

Año 2001

Nº 4

*REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL*



Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



Frente a determinadas conductas

Rubifen[®]

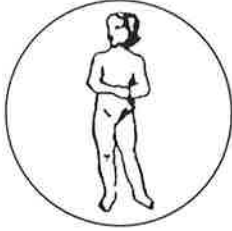
METILFENIDATO

mejora la atención y el comportamiento

ARPA Y GRANE

Rubió

LÍNEA NEUROPSIQUIATRÍA



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

*Miembro de la European Society of Child
and Adolescent Psychiatry (ESCAP)*

Secretaría de Redacción

Javier Busto Arenas
Castillo de Almorchón 17
06006 Badajoz

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



Comunidad de Castilla-La Mancha, 3
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: (91) 636 05 53
Fax: (91) 640 63 29
E-mail: siglo@infonegocio.com

Copyright 1999

©Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil
y Editorial Siglo

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal:

B-41.588-90

ISSN:

1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Comité de Redacción:

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: *A. Agüero Juan*
T.J. Cantó Díez
M.D. Domínguez Santos
X. Gastamiñza Pérez
J.L. Pedreira Massa
P. Rodríguez-Ramos
C. de la Rosa Fox
L. Sordo Sordo
M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.M. Velilla Picazo*
Vice-presidente: *M^a C. Ballesteros Alcalde*
Secretaria: *M.I. Palanca Maresca*
Tesorero: *J. San Sebastián Cabasés*
Vocal: *F. Rey Sánchez*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez
J. de Moragas Gallisa
C. Vázquez Velasco
L. Folch i Camarasa
A. Serrate Torrente
F.J. Mendiguchía Quijada
M. de Linares Pezzi
V. López-Ibor Camós
J. Rom i Font
J. Rodríguez Sacristán
J. Tomás i Vilatella
J.L. Alcázar Fernández

Asociación fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Revista indexada en el Índice Médico Español, en Bibliomed y en el IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)

RUBIFEN® Metilfenidato. PROPIEDADES: RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina cefalotrópica estimulante, de predominio cortical. En el hombre, RUBIFEN produce una acción estimulante, sobre las funciones psíquicas, con aumento del rendimiento del trabajo intelectual, de la atención y del interés hacia las tareas; estos efectos hacen útil a dicha droga en los pacientes aquejados de leves tipos de depresión mental. **INDICACIONES:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Trastornos del comportamiento en los ancianos debido a causa orgánica, como por ejemplo en la arterioesclerosis cerebral. Estados depresivos leves. Narcolepsia. **CONTRAINDICACIONES:** Ansiedad marcada, tensión, agitación, glaucoma, neurosis obsesivas o compulsivas, alucinaciones. **INCOMPATIBILIDADES:** Potencia la acción de: Agentes anticolinérgicos, anticoagulantes, anti-convulsivantes, IMAO, fenilbutazona, drogas presoras, antidepressivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagoniza la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** RUBIFEN es generalmente bien tolerado. En casos especiales puede causar sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo y palpitaciones, reacciones cutáneas, alteraciones en la presión arterial. **Si se observa cualquier otra reacción adversa no descrita anteriormente, consulte a su médico o farmacéutico.** **ADVERTENCIAS:** Esta especialidad no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad ni tampoco en los estados depresivos graves. Durante el embarazo, sobre todo en los tres primeros

meses de gestación, RUBIFEN se administrará tan sólo en casos de imperiosa necesidad. Se administrará con gran precaución en pacientes con hipertensión arterial, epilepsia o con antecedentes de abuso de psicoestimulantes o alcoholismo. El uso continuado puede conducir a tolerancia o dependencia de tipo anfetamínico. Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control del dopaje positivo. **FÓRMULA por comprimido:** Clorhidrato de metilfenidato (D.C.I.) 10 mg; Excipientes (fosfato cálcico dihidratado, celulosa microcristalina, almidón de maíz, estearato magnésico) c.s. **PRESENTACIÓN:** Envase conteniendo 30 comprimidos con una ranura central. **POSOLOGÍA:** Atenerse en todos los casos a las indicaciones del facultativo. La posología es individual y se adaptará a cada indicación. **Dosis media:** Un comprimido 2-3 veces al día. Se recomienda no tomar la última dosis después de las 4 de la tarde en vistas de la posible producción de insomnio. **Niños:** En niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se suele iniciar el tratamiento con dosis pequeñas de 5 mg antes del desayuno y del almuerzo, incrementándolas gradualmente, si se considera necesario, a razón de 5-10 mg más cada semana. No se recomienda sobrepasar la dosis de 60 mg/día. El tratamiento debe suspenderse periódicamente con el fin de evaluar el progreso del paciente. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de la intoxicación accidental es la resultante de sobreexcitación central y efectos parasimpaticomiméticos: puede incluir

vómitos, agitación, temblores, convulsiones, euforia, alucinaciones, sudoración, taquicardia, hipertensión y midriasis. El tratamiento consiste en vaciado de estómago por emesis o lavado si el paciente está consciente. Si la intoxicación es grave puede utilizarse, antes de efectuar el lavado de estómago, un barbitúrico de acción corta, controlándose cuidadosamente la dosis. Deben preverse las medidas adecuadas para mantener las funciones circulatoria y respiratoria. Si se presenta hiperpirexia puede ser preciso recurrir a enfriamiento externo. Debe protegerse al paciente de estímulos sensoriales externos que pudiesen agravar el estado de excitación. **En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20.** **PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Envase conteniendo 30 comprimidos con ranura central PVP MR 543 ptas. / 3,27€ - PVP IVA: 564 ptas. / 3,40€ Coste aproximado tratamiento / día: 37,6 ptas. / 0,23€ **DISPENSACIÓN CON RECETA MÉDICA. FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL. CONSULTE FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR. CONSERVACIÓN:** Mantener en lugar fresco y seco. **TEXTO REVISADO:** Abril 1.999

Rubió

Laboratorios Rubió, S.A.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Artículos Originales

Edad de inicio y sintomatología como factor pronóstico en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
Martínez Gras MI, Mardomingo Sanz MJ. 9

Adaptación de adolescentes y clima familiar
Gómez-Reino Domínguez I, Domínguez Santos MD. 17

Sustitución de figuras parentales en el duelo Infanto-Juvenil
Villanueva Suárez C, Sánchez del Hoyo P, Baro C, Rodríguez I, Sanz Rodríguez LJ. 27

Artículos Revisión

Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia
Ruiz Lázaro PM 32

El recorrido de la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes: del diagnóstico al ingreso
Pedreira Massa JL, Moral Iglesias L.. 39

Normas de publicación 51

DUMIROX 50mg - DUMIROX 100mg. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Principio activo: Fluvoxamina (DCI) malcato. Cada comprimido entérico contiene 50 ó 100 mg de maleato de fluvoxamina. **FORMA FARMACÉUTICA:** Dumirox 50 mg: Comprimidos recubiertos de color blanco con la inscripción "Duphar" en una de sus caras y "291" en la otra. Dumirox 100 mg: Comprimidos recubiertos y ranurados, de color blanco con la inscripción "Duphar" en una de sus caras y "313" en la otra. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la depresión y de los síntomas de los trastornos depresivos. Tratamiento preventivo de las recaídas y recurrencias de la depresión. Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en adultos, adolescentes y niños. **Posología y forma de administración.** *Depresión:* La dosis inicial recomendada es de 50 a 150 mg, administrada como dosis única, preferentemente por la noche. Se recomienda incrementar la dosis de un modo gradual hasta alcanzar la dosis considerada como eficaz. La dosis media eficaz es de 100 mg y debe ajustarse según la respuesta individual de cada paciente. Se han administrado dosis de hasta 300 mg por día. Si la dosis total diaria supera los 150 mg, es aconsejable que ésta sea dividida en varias tomas. De acuerdo con las normas establecidas por la OMS, debe continuarse la medicación antidepressiva como mínimo durante 6 meses después de superar el episodio depresivo. Para la prevención de recurrencias, se recomienda una dosis única de 100 mg al día. *Trastorno obsesivo compulsivo:* La dosis eficaz habitual es entre 100 mg y 200 mg, aunque algunos pacientes pueden necesitar hasta 300 mg diarios. En adultos, se recomienda una dosis inicial de 50 mg por día durante 3 ó 4 días. La dosis deberá incrementarse progresivamente hasta alcanzar la dosis eficaz, con un máximo de 300 mg diarios. Las dosis de hasta 150 mg pueden administrarse como una dosis única, preferentemente por la noche. Si la dosis total diaria supera los 150 mg, es aconsejable que ésta sea dividida en 2 ó 3 tomas separadas. En niños a partir de 8 años y adolescentes, la dosis inicial recomendada es de 25-50 mg por día, que deberá incrementarse gradualmente hasta alcanzar la dosis eficaz, con un máximo de 200 mg diarios. Para aquellos pacientes adolescentes cercanos a la edad adulta, puede ser necesario administrar dosis superiores a 200 mg. Cuando se administren más de 50 mg por día, es preferible dividir la dosis total en 2 tomas, una por la mañana y otra antes de acostarse. En el caso de que ambas tomas no sean iguales, debería administrarse la dosis mayor por la noche. Si al cabo de 10 semanas no se observa mejoría, debe reconsiderarse el tratamiento con fluvoxamina. Aunque hasta la fecha no existen estudios sistemáticos que respondan a la pregunta de la duración que debe tener el tratamiento con fluvoxamina, el trastorno obsesivo compulsivo es una condición crónica, y parece razonable considerar la continuación del tratamiento más allá de las 10 semanas en los pacientes que respondan positivamente al mismo. Deben realizarse ajustes cuidadosos de la dosis en base al paciente, manteniéndolo con la dosis mínima eficaz. La necesidad de tratamiento farmacológico deberá reevaluarse periódicamente. Algunos psiquiatras defienden la asociación con terapia conductual en aquellos pacientes que han respondido al tratamiento farmacológico. Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja y serán cuidadosamente monitorizados por su médico. Los comprimidos deben tragarse con ayuda de un poco de agua, sin masticar. **Contraindicaciones.** No puede administrarse conjuntamente con inhibidores de la M.A.O. Puede iniciarse tratamiento con fluvoxamina dos semanas después de finalizar un tratamiento con un inhibidor irreversible de la M.A.O, o al día siguiente de finalizar un tratamiento con un inhibidor reversible de la M.A.O (p.ej. moclobemida). Debe esperarse al menos una semana entre la interrupción de la medicación con **Dumirox** y la administración de cualquier inhibidor de la M.A.O. Contraindicado en caso de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** La posibilidad de tentativas de suicidio inherente a los enfermos depresivos puede persistir hasta que no se produzca una mejoría significativa. Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja y serán cuidadosamente monitorizados por su médico. Ocasionalmente, el tratamiento se ha visto asociado a una elevación de los enzimas hepáticos, a veces acompañándose de síntomas. En estos casos, se recomienda interrumpir la medicación. Aunque en los estudios en animales fluvoxamina no ha evidenciado poseer actividad proconvulsiva, es aconsejable tener precaución al administrar el fármaco a pacientes con antecedentes de episodios convulsivos. Si aparecen convulsiones, el tratamiento debe interrumpirse. Los datos de que se dispone no parecen mostrar diferencias farmacocinéticas significativas entre los individuos jóvenes y ancianos. Sin embargo, y de acuerdo a estos estudios, los incrementos de dosis deberán realizarse con precaución y de forma más lenta en los pacientes ancianos. **Dumirox** puede producir una ligera disminución de la frecuencia cardíaca (2-6 latidos por minuto). Debido a la falta de experiencia, se desaconseja su empleo en niños para el tratamiento de la depresión. Se han descrito algunos casos de hemorragias de diferente localización con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que, además de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, reciban concomitantemente anticoagulantes, fármacos que afecten la función plaquetaria (p. ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, aspirina, ticlopidina, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo, deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten antecedentes de trastornos hemorrágicos. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No administrar con inhibidores de la monoamino oxidasa (ver contraindicaciones). Fluvoxamina puede prolongar la eliminación de fármacos que se metabolizan por oxidación en el hígado. Es conveniente tener en cuenta la posibilidad de interacción con fármacos de margen terapéutico estrecho (por ejemplo, warfarina, fenitoina, teofilina, ciclosporina, tacrina, metadona, clozapina y carbamacepina). Es probable que puedan incrementarse los niveles plasmáticos de benzodiazepinas con metabolismo oxidativo durante el tratamiento concomitante con fluvoxamina. Se ha descrito una elevación de los niveles plasmáticos de aquellos antidepressivos tricíclicos y neurolépticos que se metabolizan extensivamente a través del citocromo P 450 1A2 al ser administrados junto con fluvoxamina. No es, por tanto, aconsejable la combinación de estos fármacos. En diversos estudios de interacción se han observado elevaciones de los niveles

plasmáticos de propranolol durante la administración concomitante con fluvoxamina. Por esta razón, se deberá disminuir la dosis de este fármaco cuando se administre junto con **Dumirox**. Al administrar fluvoxamina y warfarina simultáneamente durante dos semanas, se observó que los niveles plasmáticos de warfarina aumentaban significativamente, prolongándose también el tiempo de protrombina. Por este motivo, se recomienda monitorizar el tiempo de protrombina de los pacientes que tomen fluvoxamina y anticoagulantes orales y ajustar debidamente las dosis. No se ha observado interacción con atenolol o digoxina. Fluvoxamina ha sido utilizada en combinación con litio para el tratamiento de pacientes con depresión grave que han mostrado ser resistentes a medicación. Sin embargo, el litio (y posiblemente el triptófano) incrementan los efectos serotoninérgicos de fluvoxamina, por lo cual su utilización conjunta deberá hacerse con precaución. Los efectos serotoninérgicos pueden aumentar cuando la fluvoxamina se combina con otros agentes serotoninérgicos (p. ej. sumatriptán e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). En raras ocasiones, podría producirse un síndrome serotoninérgico. Se recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento. **Embarazo y lactancia.** Categoría B1. En los estudios de reproducción en animales, no se ha observado evidencia de alteraciones de la fertilidad, reproducción o efectos teratogénicos en la descendencia. No obstante, este medicamento deberá ser utilizado en mujeres embarazadas sólo si se considera estrictamente necesario. Fluvoxamina se excreta por la leche materna en pequeñas cantidades, por lo cual no debe ser administrado durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad de conducir y manejar máquinas.** En dosis de hasta 150 mg, fluvoxamina no parece afectar la capacidad psicomotriz asociada a la habilidad de conducción o manejo de maquinaria complicada en voluntarios sanos. No obstante, se tendrá precaución hasta que la respuesta a la medicación haya sido establecida. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas más comunes asociadas al tratamiento con fluvoxamina son las náuseas acompañadas ocasionalmente de vómitos. Este efecto suele desaparecer durante las dos primeras semanas de tratamiento. A continuación, se enumeran otras reacciones descritas en los estudios clínicos con frecuencia distinta, que se asocian habitualmente con la enfermedad pero no son necesariamente inducidas por la medicación. *Reacciones comunes con una frecuencia superior al 1 %:* Sistema nervioso central: somnolencia, mareos, cefalea, insomnio, nerviosismo, agitación, ansiedad, temblor. Aparato digestivo: constipación, anorexia, dispepsia, diarrea, dolor abdominal, boca seca. Cardiovasculares: palpitaciones/taquicardia. Piel: sudoración. Otros: astenia, malestar. *Reacciones raras con una frecuencia inferior al 1 % son:* Cardiovasculares: hipotensión (postural). Musculoesqueléticas: artralgia, mialgia. Sistema nervioso: ataxia, confusión, reacciones extrapiramidales, alucinaciones. Aparato urogenital: alteraciones de la eyaculación (eyaculación retardada). Piel: rash, prurito. *Reacciones muy raras con una frecuencia inferior al 0,1 %:* Aparato digestivo: trastornos de la función hepática. Sistema nervioso: convulsiones, manía. Aparato urogenital: galactorrea. Piel: Fotosensibilidad. Al igual que para otros fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se ha descrito hiponatremia en raras ocasiones, que parece ser de carácter reversible cuando se interrumpe la medicación con fluvoxamina. En algunos casos, la causa pudo ser el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La mayoría de los pacientes afectados eran ancianos. Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se han descrito raramente hemorragias (equimosis, hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal y otros sangrados cutáneos o de mucosas). En muy raras ocasiones, se ha descrito ganancia o pérdida de peso. Muy raramente, se ha descrito la aparición de algunos síntomas de una reacción de retirada tales como náuseas, dolor de cabeza, mareos, parestesia y ansiedad tras la interrupción brusca del tratamiento con fluvoxamina. Son generalmente de carácter leve y ceden por sí mismos. Antes de finalizar el tratamiento, es aconsejable practicar una reducción gradual de la dosis. Los datos clínicos y preclínicos disponibles no indican que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina causen dependencia. **Sobredosis.** *Síntomas:* Los síntomas incluyen trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea), somnolencia y mareos. En algunos casos, se han comunicado también efectos cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, hipotensión), trastornos de la función hepática, convulsiones y coma. Hasta la fecha, han sido comunicados más de 300 casos de sobredosis deliberada con fluvoxamina. La dosis máxima que se conoce ingerida por un paciente es 12 g. Dicho paciente se recuperó totalmente instaurando sólo un tratamiento sintomático. Ocasionalmente, se han registrado casos de sobredosis más graves con fluvoxamina en combinación con otros fármacos. Se han producido cuatro muertes por sobredosis con fluvoxamina exclusivamente. *Tratamiento:* No se dispone de antídoto específico. En caso de ingesta masiva accidental se procederá al lavado de estómago y se instaurará un tratamiento sintomático. Se recomienda el tratamiento con carbón activado. Es poco probable que la diuresis forzada o diálisis puedan resultar beneficiosas. **DATOS FARMACÉUTICOS: Relación de excipientes:** Manitol, Almidón de maíz, Almidón pregelatinizado, Estearilfumarato sódico, Silice coloidal anhidra, Metilhidroxipropilcelulosa, Polietilenglicol 6000, Talco y Dióxido de titanio. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 3 años en su acondicionamiento final. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Cada estuche contiene: **Precauciones especiales de conservación:** Normales. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Blisters de PVC/PVDV-aluminio. Cada estuche contiene: **Dumirox® 50:** 30 comprimidos. **Dumirox® 100:** 30 comprimidos. **Instrucciones de uso y manipulación:** No procede. **Nombre o razón social y domicilio permanente del titular de la autorización:** Solvay Pharma S.A. Avda. Diagonal, 507. 08029 Barcelona. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN:** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **Dumirox® 50:** P.V.P. IVA-4 ptas/euros: 1.760 Ptas/10,58 euros. **Dumirox® 100:** P.V.P. IVA-4/euros: 2.938 Ptas / 17,65 euros.

SERVICIO ATENCIÓN AL CLIENTE
Tel. 93 495 45 95 • Fax: 93 419 89 41
Apartado 12068 08080 Barcelona
e-mail: atencli.pharma@solvay.com

Duphar
Nezel



Nueva
indicación:
TOC infantil

El antidepresivo...

...con el mejor
perfil antiobsesivo



Fluvoxamina

DUMIROX[®]



Saliendo de la depresión

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Original articles

Age of onset and clinical picture as prognosis factors in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
Martínez Gras MI, Mardomingo Sanz MJ. 9

Family environment and adolescence adjustment
Gómez-Reino Domínguez I, Domínguez Santos MD. 17

Sustitution of family figures in the child and adolescent fight
Villanueva Suárez C, Sánchez del Hoyo P, Baro C, Rodríguez I, Sanz Rodríguez LJ. 27

Review articles

Deoressive disorders un childhood and adolescence
Ruiz Lázaro PM 32

The tour of the psychiatric hospitalization of children and teenagers: of the diagnosis to the revenue
Pedreira Massa JL, Moral Iglesias L. 39

Guidelines for authors

51

M^ªI Martínez-Gras¹
M^ªJ Mardomingo-Sanz²

¹ Complejo Asistencial Benito Menni, Ciempozuelos (Madrid)
² Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

Edad de inicio y sintomatología como factor pronóstico en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Age of onset and clinical picture as prognosis factors in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

RESUMEN

Objetivo: La sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede variar en función de la edad. Se ha estudiado la relación existente entre edad y sintomatología en un grupo diagnosticado de Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), considerando las implicaciones en relación al curso clínico y pronóstico así como las diferencias y similitudes con el Trastorno de Conducta. **Metodología:** Se revisan 380 historias clínicas de niños de 2 a 14,6 años de edad a lo largo de un periodo de 15 años. Se establecen criterios diagnósticos y de exclusión e inclusión para el TDAH, trastorno disocial (TD) y trastorno negativista desafiante (TN/TND). **Resultados:** El TDAH presenta una edad de inicio temprana. La gravedad del cuadro clínico es tanto mayor cuanto mas precoz es la edad de comienzo. Los casos de mayor gravedad presentan una edad de consulta mas precoz. En ambos grupos, los casos asociados a agresividad presentan una mayor gravedad. **Conclusiones:** El TDAH comienza antes que el TD/TND, y se acompaña de más problemas de aprendizaje. En ambos, el comportamiento agresivo es un dato de mal pronóstico, siendo los casos de mayor gravedad los que consultan mas precozmente.

PALABRAS CLAVE

Trastorno hiperactivo, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno por conductas perturbadoras. Trastorno negativista desafiante.

ABSTRACT

Objective: To study the relationship between age of onset and symptoms in thirty three children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and to compare them with thirty two children diagnosed to Behavior Disorder (BD). Clinical and prognosis implications are discussed. **Method:** Three hundred eight clinical records, covering a period of 15 years. Consensus diagnosis were assigned using best-estimate procedures for ADHD and Behavior disorder (BD). **Results:** ADHD clinical symptoms begin at earlier age and learning problems are more prominent and impairing. Aggressiveness is in all groups a predictor of poor outcome. **Conclusions:** ADHD starts at earlier age than BD and the severity of the clinical picture is higher as the age of onset is lower.

KEYWORDS

Attention-deficit hyperactivity disorder, Disruptive behaviour disorder, Negative defiant disorder

10 INTRODUCCIÓN

El Trastorno hiperactivo o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye uno de los trastornos del comportamiento más frecuentes de la infancia y de la adolescencia¹. Su prevalencia varía según los países, metodología y criterios diagnósticos empleados en los diferentes estudios epidemiológicos, oscilando está entre un 1,2 y un 20%^{1,2,3,4}. Se trata de una entidad heterogénea cuya definición ha planteado numerosas dificultades no quedando en muchas ocasiones su perfil clínico claramente establecido^{5,6}.

En la actualidad el TDAH queda definido por la presencia de tres criterios clínicos principales: el déficit de atención, el exceso de actividad motora y la impulsividad. Siguiendo los criterios diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría⁷ se requieren 6 ó más síntomas de déficit de atención y/ó 6 ó más síntomas de hiperactividad-impulsividad para el diagnóstico, diferenciándose 3 subtipos según estén presentes sólo los síntomas de déficit de atención, sólo los de hiperactividad-impulsividad o ambos⁷. De esta manera el TDHA ha quedado configurado en tres subtipos cada uno de los cuales se cree que podría tener un pronóstico y una respuesta al tratamiento diferentes⁷. No obstante, una evaluación detenida pone de manifiesto la presencia de otros elementos que participan del cuadro clínico⁵ siendo frecuente su asociación a otros síntomas^{6,8,9}, que de una manera u otra también van a condicionar el curso y el pronóstico del trastorno^{5,6,8,9,10,11,12}.

Por otro lado, la sintomatología del TDAH varía en algunos aspectos en función de la edad¹³ y si bien el diagnóstico se suele realizar al inicio de la escolarización^{14,15} ya desde edades muy tempranas se constatan la presencia de síntomas que apuntan hacia la presencia del trastorno^{16,17,18,19}. Aunque la sintomatología disminuye al llegar a la adolescencia en más de la mitad de los casos el cuadro persiste a través de los años^{20,21,22} manteniéndose distintos síntomas tales como los problemas de disciplina, alteraciones de la conducta, bajo rendimiento académico y dificultades de relación con los compañeros que, unidos a otras entidades que pueden acompañar o aparecer más tarde, complican el curso del trastorno^{23,24,25,26,27}.

Desde esta perspectiva, el mejor conocimiento de la historia natural del TDAH puede contribuir a la detección precoz facilitándose de esta manera el tratamiento también precoz, tanto de los síntomas principales como de los acompañantes, y de las posibles complicaciones que pueden aparecer a lo largo del tiempo.

En definitiva y dadas las repercusiones tanto clínicas como terapéuticas a medio y a corto plazo, que la realización de un diagnóstico precoz de TDAH puede tener, se diseñó este trabajo con el fin de estudiar algunos aspectos clínicos relacionados con la sintomatología y la edad.

El objetivo del trabajo es el estudio de:

- Síntomas precursores del TDAH y edad de comienzo.
- Edad de consulta y de diagnóstico.
- Implicaciones en relación con el curso clínico y el pronóstico.
- Diferencias y similitudes con el Trastorno Disocial (TD) y Trastorno Negativista Desafiante (TND).

MATERIAL Y MÉTODO

Obtención de los datos:

Se han revisado de forma retrospectiva un total de 380 historias clínicas cuyo diagnóstico era Trastorno de la Conducta y Trastorno Hiperactivo, correspondientes al periodo de tiempo comprendido entre los años 1980 y 1995. Todas ellas corresponden a niños atendidos en régimen ambulatorio. En todas las historias quedaban registradas las siguientes áreas: socio demográfica, familiar, clínica y de intervención terapéutica.

Selección del grupo de estudio:

Se realizó en varias etapas. De las 380 historias clínicas iniciales se seleccionaron 184 (48,4%) cuyo diagnóstico quedaba registrado como Trastorno Hiperactivo o Trastorno de Conducta según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS en su novena edición (OMS, 1977). Seguidamente a estas 184 historias clínicas se les aplicó los criterios diagnósticos de la APA en su cuarta revisión (DSM-IV, 1994) para Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad⁷. De todas ellas sólo 35 (9,1%) cumplían criterios diagnósticos DSM-IV para TDHA. Criterios de exclusión: Como criterio de exclusión se consideró el presentar un CI inferior a 80.

Selección del grupo de comparación:

El grupo de comparación fue seleccionado siguiendo la misma metodología que para el grupo de estudio. Así a las 184 historias clínicas cuyo diagnóstico figuraba registrado como Trastorno Hiperactivo o Trastorno de Conducta según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS en su novena edición (OMS, 1977) se les aplicó los criterios para Trastorno

Disocial (TD) y/o Trastorno Negativista Desafiante (TND) de la APA (DSM-IV, 1994) quedando constituido este grupo por (9,4%) historias clínicas. Criterios de exclusión: Como criterio de exclusión se consideró el presentar un CI inferior a 80.

Características del grupo de estudio:

El grupo de estudio quedó definitivamente constituido por 35 pacientes de los cuales 32 (91,4%) fueron varones y 3 (8,6%) fueron hembras. La edad media fue de 6,6±2,6 años con un rango entre los 2 y los 14,6 años. El 96,7% de los casos pertenecían al medio urbano siendo en el 65,7% de nivel socioeconómico medio. Todos los casos mayores de 5 años estaban escolarizados. La media del CI fue de 95,6±10,43 con un rango entre 80 y 126 (tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra

	Grupo de estudio	Grupo de comparación
Edad	x=6,6±2,6*	x=8,5±3,2*
Rango	2-14,6	3,4-14,5
Varones	91,4%	77,8%
Hembras	8,6%	22,2%
Nivel socioeconómico medio	96,7%	87,1%
Medio rural	65,7%	55,6%
CI	95,6%	96,5%
Rango	80-126	83-115

* p=0,007

Características del grupo de comparación:

El grupo control lo formaron 36 pacientes, 28 (77,8%) varones y 8 (22,2%) hembras. La edad media fue 8,5±3,2 años, con un rango comprendido entre los 3,4 y los 14,5 años. El 87,1% de los casos pertenecían al medio urbano y en un 55,6% presentaban un nivel socioeconómico medio. Todos los casos mayores de 5 años se encontraban escolarizados. La media de CI fue de 96,56±9,97 con un rango entre 83 y 115. Sólo para la edad media se han encontrado diferencias significativas (p=0,007) entre el grupo de estudio y el grupo de comparación. Hay que reseñar que, dadas las limitaciones metodológicas de este tipo de diseños, no ha sido posible seleccionar un grupo de comparación homogéneo para todas las variables estudiadas. Por tanto se deberá tener en cuenta este dato a la hora de interpretar los resultados.

Variabes estudiadas:

Las variables registradas fueron sociodemográficas: sexo, edad, nivel de escolarización, medio urbano o rural,

y clínicas: edad de inicio de los síntomas, edad de la primera consulta, edad de realización del diagnóstico, sintomatología principal y asociada, otros trastornos tanto orgánicos como psiquiátricos acompañantes.

- Edad de inicio del trastorno: Se ha considerado como edad de inicio la edad en que es referida la aparición de las primeras manifestaciones o los primeros síntomas.

- Edad de consulta: Se ha considerado como edad de consulta la edad en que se consulta por vez primera por algún motivo relacionado con el impacto que el trastorno ha provocado en el niño.

- Edad de diagnóstico: Se ha considerado como edad de diagnóstico a la edad en que queda constatada de forma definitiva la presencia de TDAH.

Criterios de gravedad:

Se han establecido siguiendo los criterios de la APA (1994) en tres categorías:

- **T. Leve:** Presencia de alguno o ningún síntoma además de los requeridos para hacer el diagnóstico y sólo un déficit mínimo o inexistente en la actividad escolar o social.

- **T. Moderado:** Presencia de síntomas o déficit funcional intermedio entre leve o grave.

- **T. Grave:** Presencia de muchos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico y déficit significativo o moderado de la actividad familiar, escolar y social.

Determinación del Cociente de Inteligencia:

Se realizó en todos los casos mediante la escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R) en niños mayores de seis años y de la escala WPPSI para menores de seis años.

Análisis de los datos:

En una primera fase se realizó una aproximación descriptiva de la muestra (medias, desviación estándar y frecuencias). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de Chi-Cuadrado y para variables cuantitativas t-test y ANOVA para los diferentes grupos. El procesamiento informático se realizó mediante el paquete estadístico SPSS-S en su versión 6.0.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestran los resultados referentes a la variable edad. La edad media de inicio de la sintomatología del TH resultó ser de 2,27 ±2,30 años, consultando por vez primera a los 5,91±2,15 años y realizándose el diagnóstico poco tiempo después, a los 6,33±1,96. El grupo control por su parte presenta una edad media de

12 **Tabla 2. Edad de inicio, consulta y diagnóstico del TDAH**

Edad Inicio	TDAH			TD/TND			
	N	X	SD	N	X	SD	p
Consulta	6	22,7	2,3	33	5,1	4,1	0,002
Diagnóstico	34	6,33	2	35	8,5	3,46	0,003

inicio más tardía ($5,11 \pm 4,10$ años), consulta después ($8,46 \pm 3,15$ años) y se diagnostica más tarde ($8,46 \pm 3,46$ años). Las diferencias encontradas entre el grupo de estudio y el grupo de comparación en cuanto a la edad tanto de inicio, de consulta y de diagnóstico resultaron ser significativas ($p < 0,05$).

En un 76,9% de los casos en la historia clínica se recogen antecedentes que señalan el comienzo del TDAH antes de los 4 años de edad, poniéndose de manifiesto en un 61,5% de los casos la presencia de rasgos o conductas que apuntan al comienzo del trastorno antes de los 2 años de edad y en un 34,6% de los casos durante el primer año de vida. Respecto al grupo de comparación se recoge un menor porcentaje de casos de inicio durante el primer año (18,2%), antes de los 2 años (27,3%) y antes de los 4 años (51%), no resultando ser estas diferencias significativas ($p = 0,180$) (Tabla 3).

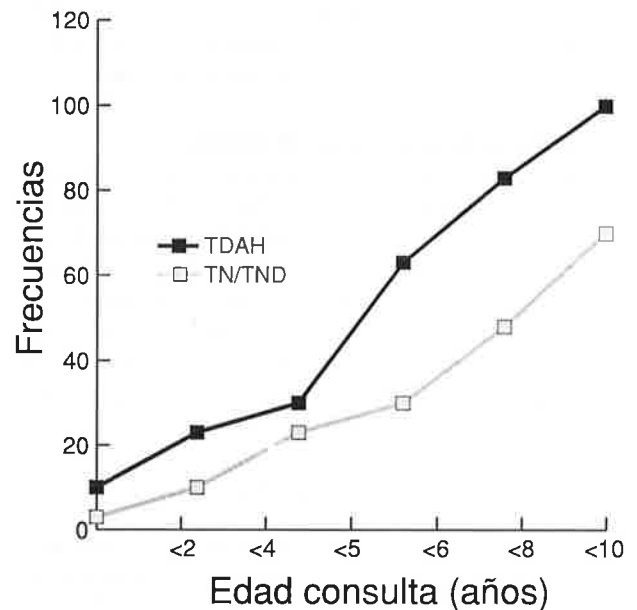
Tabla 3. Edad de inicio de los síntomas en el TDAH y TD/TND

Edad (años)	TDAH		TD/TND	
	N	%	N	%
Menos de 4	20	77	17	51,5
Menos de 2	16	62	9	27,3
Menos de 1	9	35	6	18,2

El número de consultas realizadas en el TDAH aumenta su frecuencia a medida que avanza la edad. Así un 8,8% de los casos consulta antes de los 3 años, un 23,5% antes de los 4 años y un 35,3% antes de los 5 años, elevándose a un 64,7% a la edad de seis. Esto mismo se observa en el grupo de comparación en que el porcentaje de consultas también aumenta de forma progresiva a medida que lo hace la edad, si bien el número de casos que consultan a edades tempranas es menor que en el TDAH, resultando ser el número de consultas superior al 50% a la edad de 8 años ($p = 0,192$) (Figura 1).

En cuanto a la sintomatología presente en el momento del diagnóstico los síntomas más frecuentemente registrados en el grupo de niños con TDAH lo constitu-

Figura 1.



yen la hiperactividad (71,4%) seguido por el déficit de atención (68,6%) y en menor escala por la impulsividad (20%) y la inquietud (17,1%).

El grupo con diagnosticado de TDAH presentó de forma significativa un mayor porcentaje de síntomas asociados (88,9%) que el grupo diagnosticado de TD y TND (11,1%). Tanto la agresividad (69,0%) como el retraso en el aprendizaje escolar (68,2%) aparecen como síntomas asociados con mayor frecuencia al TDAH que al TD y TND seguido de menor proporción por el insomnio (5,7%), las alteraciones del lenguaje (2,9%) y la anorexia (2,9%). No se detecta en este grupo ningún caso el intento de suicidio como síntoma asociado frente a un 5,7% de los casos en el TD/TND. En un 42,9% de los niños con TDAH se constataba la presencia de dificultades en la lectura frente a un 57,1% de los niños del grupo de comparación, no resultando ser esas diferencias estadísticamente significativas (fig 2).

Respecto a la precocidad de aparición de la sintomatología del TDAH según se muestra en la tabla 4, vemos como los tres síntomas nucleares están presentes a edades tempranas siendo la hiperactividad el síntoma que se registra más precozmente ($X = 2,0 \pm 2,1$ años). De la misma manera el diagnóstico suele ser más temprano en aquellos casos en que la hiperactividad es el síntoma más relevante ($X = 5,8 \pm 1,8$ años). Por el contrario el síntoma

Figura 2. Sintomatología asociada

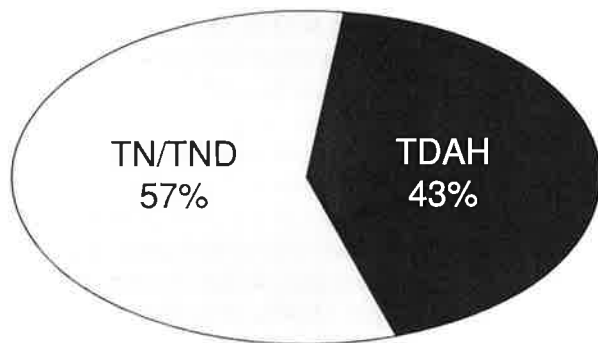


Tabla 4. Edad de inicio, consulta y diagnóstico de la sintomatología del TDAH

	Edad de inicio		Edad de consulta		Edad de diagnóstico	
	X	SD	X	SD	X	SD
Hiperactividad	2,0		5,7		5,8	
	2,1		1,9		1,8	
Déficit de atención	2,4		6,4		6,8	
	2,6		2,2		1,8	
Impulsividad	2,5		4,7		6,5	
	2,1		1,5		1,1	

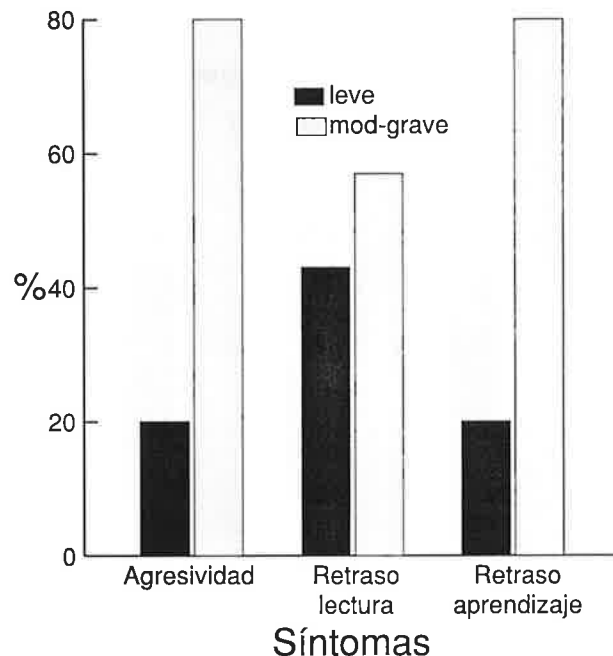
que induce a los padres a consultar mas pronto es la impulsividad ($X=4, \pm 1,5$ años).

No parece existir una relación directa entre gravedad de los síntomas y edad de aparición de los mismos, de tal forma que la edad de inicio es similar en los trastornos graves que en los moderados y en los leves (tabla 5). Sin embargo y aunque las diferencias encontradas no difieren de forma significativa, sí parece existir una relación entre la gravedad y la edad de consulta y de diagnóstico, siendo los casos de mayor gravedad los que presentan una edad de consulta mas temprana (leve $X=6,03 \pm 2,16$,

Tabla 5. Edad y gravedad del TDAH

	Edad de inicio			Edad de consulta			Edad de diagnóstico		
	N	X	SD	N	X	SD	N	X	SD
Leve	8	2,62	2,91	10	6,03	2,16	10	6,40	2,12
Moderado	8	2,12	2,35	16	5,62	2,22	16	5,90	2,09
Grave	3	2,16	2,25	5	4,67	2,92	5	7,66	1,52

Figura 3. Gravedad y sintomatología del TDAH



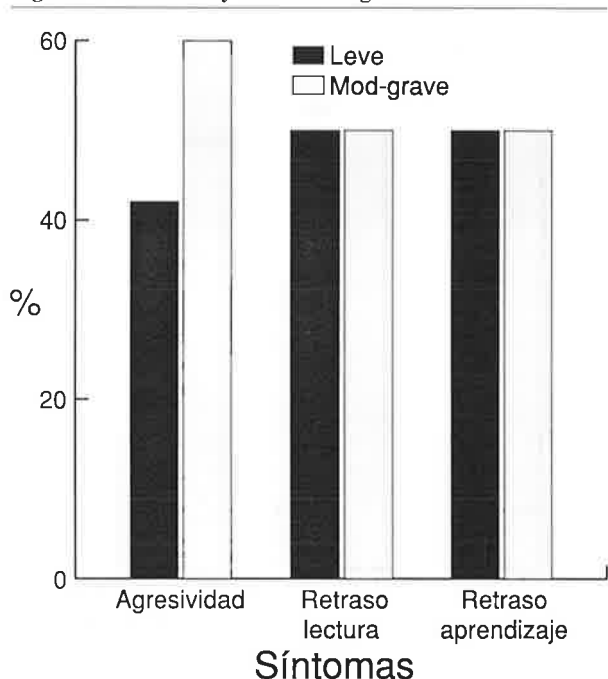
moderado $X=5,62 \pm 2,2$, grave $X=4,67 \pm 2,92$). En el grupo de niños con TD/TND los resultados en relación a estas dos variables difieren respecto al grupo con TDAH.

Finalmente y considerando de forma conjunta gravedad y sintomatología asociada vemos como tanto en el TDAH como en el TD y TND, los casos asociados a agresividad presentan una mayor gravedad (Figuras 3 y 4). En el grupo de TDAH los casos que presentan retraso en el aprendizaje escolar y retraso en la adquisición de la lectura, se asocian aunque no de forma significativa, a una mayor gravedad que los casos que no lo presentan (Figuras 3 y 4). Por el contrario, en el TD/TND no parecen existir diferencias en la gravedad del cuadro clínico respecto a la presencia o no de retraso en el aprendizaje escolar y en adquisición de la lectura (Figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz de los trastornos psiquiátricos en los niños ha cobrado un progresivo interés en los últimos años, dadas las evidentes repercusiones tanto para el tratamiento y la prevención, como para la comprensión de la etiopatogenia²⁹. Son muchos los autores que señalan que la hiperactividad infantil puede ser identificada antes de los 6 años^{5,17,18,19}. Sin embargo la mayoría de los estudios realizados en el ámbito de la hiperactividad infantil

14 **Figura 4. Gravedad y sintomatología del TN/TND**



se centran en muestras de niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años siendo escasos los estudios realizados en niños menores de 6 años²⁹. Esto viene a estar justificado en parte por la falta de consenso dentro de la comunidad científica acerca de los criterios de intensidad, duración y frecuencia, entre otras variables, que deben de satisfacer la impulsividad, hiperactividad y déficit de atención para que pueda hablarse de hiperactividad infantil^{17,18,31}.

Este hecho condiciona con gran frecuencia que el diagnóstico se realice durante los primeros años de escolarización justo cuando el niño se ve sometido a una mayores exigencias en su comportamiento y en la adaptación a las demandas ambientales^{14,22}.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los niños hiperactivos presentan un patrón de conducta difícil ya desde el primer año de vida, mostrándose o manifestándose como niños más inquietos, irritables, difíciles de consolar y con trastornos del sueño y de la alimentación^{17,18,19,32}. Encuestas retrospectivas realizadas a padres y profesores indican un comienzo del trastorno anterior a los 5 años y, a menudo, anterior a los 2 años^{19,34,35}. En este trabajo queda constancia de la presencia de síntomas desde los 2 años en un 61,5% de los casos y en un 34,6% desde el primer año, lo cual indica el inicio extraordinariamente precoz de la sintomatología. De la misma forma

queda reflejada una edad de aparición de la sintomatología y una edad de realización del diagnóstico mas temprana en el TDAH que en el TD/TND.

Tanto los datos clínicos como los estudios de investigación sugieren que suele ser la conducta disruptiva que el niño hiperactivo presenta, lo que motiva la consulta. El momento en que la conducta del niño comienza a plantear problemas de adaptación al entorno, suele ser en términos generales posterior al inicio de la sintomatología. En un reciente estudio¹⁴ se pone de manifiesto que los padres de niños diagnosticados de TDAH refieren un inicio de la sintomatología 2,5 años antes de que el trastorno haya repercutido en el funcionamiento social, familiar o escolar del niño. También se señala la existencia de diferencias a este respecto entre los distintos subtipos de TDAH resultando ser el subtipo predominio del déficit de atención aquel en el que se manifiesta el problema a una edad más tardía. Si bien el diseño del presente estudio no nos permite diferenciar los distintos subtipos clínicos, los resultados obtenidos en relación a la edad de consulta de los diferentes síntomas apoyan estos datos. Así tanto la impulsividad como la hiperactividad constituyen los síntomas que condicionan que se consulte a edades más tempranas, siendo la hiperactividad el síntoma que condiciona una mayor precocidad en el diagnóstico. Por otro lado en este estudio es el déficit de atención el síntoma por el que se consulta mas tardíamente.

Las dificultades académicas se asocian frecuentemente a la hiperactividad infantil constituyendo uno de los motivos de consulta mas frecuentes¹³. Los resultados de este trabajo se asemejan a los encontrados por otros autores³⁶ que cifran entre un 60 y 80 el % de niños hiperactivos que presentan asociado este problema. Por el contrario, vemos que en nuestro grupo de estudio, las dificultades en la adquisición de la lectura aparecen en un mayor porcentaje en el TD/TND que en el TDAH, pudiéndose explicar estas diferencias quizás por la menor edad del grupo con TDAH. Hay que considerar no obstante que, los problemas de aprendizaje de los niños hiperactivos son el resultado de diversos factores entre ellos el déficit cognitivo, la impulsividad, la existencia de un trastorno de la lectura y otros elementos psicopatológicos frecuentemente asociado tanto al TDAH como al TD y TND dada la posibilidad de la existencia de un subgrupo dentro del TDHA, con base genética común a estos trastornos.

La agresividad aparece como el síntoma mfamiliar relacionado con los trastornos de conducta, en los cuales la agresividad es uno de los síntomas principales¹⁰, la agresividad puede constituir un factor condicionante del

pronóstico. Nuestros resultados apoyan a otros estudios en los cuales la asociación de TDAH con agresividad correlaciona con una mayor gravedad del cuadro^{23,24,26}. Por otro lado la presencia de agresividad como síntoma asociado puede plantear problemas de diagnóstico diferencial⁸.

Finalmente es de destacar de acuerdo con los resultados expuestos, la importancia que tiene la detección temprana del TDAH. Son los casos de mayor gravedad los que presentan una edad de consulta mas precoz, quizás debido a que son estos niños los que presentan una conducta mas perturbadora. Por el contrario en el grupo con TN/TND son los casos leves los que consultan y se diagnostican antes. Este hallazgo puede estar justificado por el hecho de que este subgrupo también presenta una edad de inicio mas temprana.

Una última consideración que se desprende de los resultados de este trabajo es hasta que punto, la aplicación de criterios diagnósticos de forma mas o menos estricta, condiciona los diagnósticos realizados en la práctica clínica y las tasas de prevalencia obtenidas en los estudios de investigación. Se observa como del total de historias revisadas en las que el diagnóstico genérico había sido el de Trastornos de Conducta, sólo una quinta parte (20,8%) cumplía en sentido estricto los requisitos del DSM IV para el diagnóstico de TDAH, TD o TND.

Quiere decir que un problema de comportamiento aislado puede confundirse con un diagnóstico psiquiátrico como tal, máxime en un grupo de edad de niños tan pequeños como en la muestra estudiada, en la cual la media de edad no llegaba a los 6 años y el inicio de los síntomas se constata en torno a los dos años. El rigor de los criterios diagnósticos parece especialmente importante en el TDAH, que se ha diagnosticado y se diagnostica en exceso, con el inconveniente añadido de la prescripción de tratamientos no indicados.

CONCLUSIONES

El TDAH comienza antes que el TD/TND y se acompaña de más problemas de aprendizaje. En ambos trastornos el comportamiento agresivo es un dato de mal pronóstico, asociándose con una mayor mayor gravedad del cuadro clínico. Sólo en el TDAH la presencia de retraso en el aprendizaje escolar y en adquisición de la lectura, condicionan un peor pronóstico.

Los casos más graves son los que consultan más precozmente indicando los estudios longitudinales que son estos casos precisamente los que tienden a evolucionar de forma crónica y con peor pronóstico, sugiriendo la posible relación entre precocidad de aparición de la sintomatología, gravedad y peor evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- Dulcan M., Dunne G.E., Ayres W., Arnold V., Benson S., Bernet W., Bukstein O., Kinlan J., Leonard H., Licamele W. And McClellan J.(1997): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (1997). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 6:10 supplement, October .85S-121S.
- Thorley G. (1984): Hyperkinetic Syndrome of Childhood: Clinical Characteristics, *Brit J Psychiat*, 144: 16-24.
- Taylor E. y Sandberg G. (1984): Hyperactive Behavior in English Schoolchildren: a Questionnaire Survey, *J Abnormal Child Psychol*, 12: 143-156.
- Mann E.M., Ikeda Y., Mueller Ch.W., Takahasi A., Tai tao K., Humnris E., Ling Li B, and Chin D.(1992): Cross-Cultural Differences in Rating Hyperactive-Disruptive Behaviors in Children, *Am J Psychiatry*, 149,11: 1539-1542.
- Prior M. y Sanson A. (1986): Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: a Critique, *J Child Psychol Psychiatry*, 27(3): 307-319.
- Polaino-Lorente A. y Cabanyes Ruffino J. (1995): Diagnóstico Diferencial de la Hiperactividad Infantil, *Monografías de Psiquiatría*, 4: 9-22.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric
- Guevremont D.C., Du Paul G.J. y Barkley R.A. (1990): Diagnosis and Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children, *J Sch Psychol*, 28: 51-78.
- Roberts M.A., Russell S. and Tannock R.(1990): A Behavioral Observation Method for Differentiating Hyperactive and Aggressive Boys, *J Abnormal Child Psychol*, 18: 131-142.
- Kuhne M y colabs. (1997): Impact of Comorbid Oppositional or Conduct Problems on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1715-1725.
- Lahey B.B. y Carlson C.L.(1991): Validity of the Diagnostic Category of

- Attention Deficit Disorders Without Hyperactivity: A Review of the Literature, *J Learn Disabil*, 24: 110-120.
- Shaywitz S.E., Shaywitz B.A., Schnell C, Y Towle V.R.(1988): Concurrent and Predictive Validity of the Yales Children's Inventory: An Instrument to Assess Children with Attentional Deficits and Learning Disabilities, *Pediatrics*, 81: 562-571.
- Mardomingo Sanz M.J. (1994): Trastorno Hiperactivo, en *Psiquiatría del niño y del Adolescente Método, Fundamentos y Síndromes*, Diaz de Santos, S.A., págs. 415-450, Madrid.
- Applegate B., Lahey B., Hart E.L., Biederman J., Hynd G.W., Barkley R.A., Ollendick T., Frick p.j., Greenhill L., Mc Burnett K., Newcorn J.H., Kerdyk L., Garfinkel B., Waldman I., and Shaffer D.(1997): Validity of the Age-of-Onset Criterion for ADHD: A Report From the DSM-IV Field Trials, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36,9: 1211-1221.
- Weiss G.(1975): The Natural History of Hyperactivity in Childhood and Treatment of Stimulant Medication at Different Ages: A Summary of Research Findings, *Int J of Mental Health*, 4: 213-226.
- Werry J.S., (1964): Studies on Hiperactive Child: Some Preliminary Findings. *Canad Psychiat Ass*, 9: 120-130.
- Campbell S.B., Szumowski E.K., Ewing L.J., Gluck D.S., and Breaux A.M., (1982): A Multidimensional Assessment of Parent- Identified Behavior Problems Toddlers, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10: 569-591.
- Campbell S.B.(1985): Hyperactivity in Preschoolers: Correlates and Prognosis Implications, *Clinical Psychol Review*, 5: 405-428.
- Campbell S.B., Breaux A.M., Ewing L.J., y Szumowski (1986): Correlates and Predictors of Hyperactivity and Aggression: A Longitudinal Study of Parent- Referred Problem Preschoolers, *J Abnormal Child Psychol*, 10(2) :217-234.
- Thorley G. (1988): Adolescent outcome for Hyperactive Children, *Arch Disease in Chilhood*, 63: 1181-1183.
- Barkley R.A.(1996): Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder, en *Child Psychopathology*, Guilford , págs. 63-111. New York
- Weiss G. y Hechtman L.T. (1993): *Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents and Adults*, 2nd ed, New York: Guilford.
- Abikoff H., y Klein R.G.(1992): Attention Deficit Hyperactivity and Conduct Disorder: Comorbidity and implications for Treatment, *J,Consult Clin Psychol*, 60:881-892.
- Fischer M., Barkley R.A., Fletcher K.E.,and Smallish L.(1993): The adolescent Outcome of Hiperactive Children: Predictors of Psychiatric, Academic, Social, and Emotional Adjustment, *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 32: 324-332.
- Herrero M.E., Hetchman L, and Weiss G.(1994): Antisocial Disorders in Hyperactive Subjectes from Chilhood to Adulthood: Predictive Factors and Characterization of Subgroups, *Am J Orthopsychiatry*, 64: 510-521.
- Satterfield J.H., Swanson J., Schell A., and Lee J.(1994): Prediction of Antisocial Behavior in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder boys from aggression/Defiance Scores, *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 33: 125-129.
- Satterfield J.H, and Schell A. (1997): A Prospective Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 :1726-1735.
- OMS (1977), *Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento(CIE-9)*. Ginebra.
- Avila de Encio C. y Polaino-Lorente A. (1997): *El Enfoque Preventivo de la Hiperactividad Infantil*. En: Polaino-Lorente A, *Manual de Hiperactividad Infantil*. Unión Editorial S.A, págs. 215-232. Madrid.
- Prior M., Leonard A. y Wood G. (1983): A Comparison Study of Preschool Children Diagnosed as Hyperactive, *J Pediat Psychol*, 8: 191-202.
- Rosenberg M.S., Wilson R.J,y Legenhausen E (1989). The Assessment of Hyperactivity in Preschool Populations: A Multidisciplinary Perspective. *Multidisciplinary Perspective*. 9(1): 90-105.
- Thomas A., Chess S. Y Birch H.G.(1968). *Temperament and Behavior Disorder in Children*. New York, University Press.
- Campbell, S. y colabs. (1986). Parent-Referred Problem Three-Year-Olds: Follow-up at School Entry. *J Child Psychol Psychiat*, 27 (4): 473-488.
- Taylor E. y colabs. (1986). Conduct Disorder and Hyperactivity: II. A Cluster Analytic Approach to the identification of a Bahavioural Syndrome, *Br J Psychiat*, 149: 768-776.
- Sanson A. y colabs. (1993) Precursors of Hyperactivity and Aggression, *J Am Acad Child Adolesc Psichiatri*, 32(6): 1207-1216.
- Barkley R.A (1982): Guidelines for Defining Hiperactivity in Children: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. En: Lahey B.B, y Kazdin A.E. (eds). *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum Press, 5: 137-175.
- Barkley R.A (1982): Guidelines for Defining Hiperactivity in Children: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. En: Lahey B.B, y Kazdin A.E. (eds). *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum Press, 5: 137-175.

I. Gómez-Reino Rodríguez¹
M^a D. Domínguez Santos²

Adaptación de adolescentes y clima familiar

¹ Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Unidad de Hospitalización. Complejo Hospitalario de Ourense.

² Psiquiatra Infantil y Profesora Titular de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infanto-Xuvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Family environment and adolescence adjustment

Correspondencia:

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez
Servicio de Psiquiatría. Hospital Santa María Nai.
Complejo Hospitalario de Ourense.
C/ Ramón Puga 52-56. 32005 Ourense.
ireino@eresmas.com.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue estudiar las relaciones entre clima familiar y adaptación en los adolescentes. Estos completaban un cuestionario general diseñado para este trabajo y de donde extrajimos las preguntas que tenían que ver con clima familiar. Para estudiar la adaptación utilizamos el cuestionario de Bell que comprende la adaptación familiar, social, a la salud y emocional. La muestra esta compuesta por 657 individuos de 12 a 17 años, representativos de la población urbana de Galicia. Los resultados indican que las mujeres perciben con mas claridad los problemas, se las discrimina mas en las relaciones y reacciona de manera mas adecuada ante los problemas. La adaptación se correlaciona positivamente con los ítems que representan relaciones democráticas padres-hijos, independientemente del sexo, edad o clase social.

PALABRAS CLAVES

Adolescencia, Adaptación, Clima familiar.

ABSTRACT

The purpose of this paper is study the relationship between familiar environment and adolescent adjustment. The Adolescent completed a general cuestionary designed in our department, and where we selectioned questions in relation with family environment. To study de adjustment we used the Bell adolescence test wihch included measures of familiar, social, health and emotional adjustment. The sample (N=657) is representati-ve from young Galicians of urban areas, (12-17 years old). -The results shows that woman are aware better the problems, are discriminated more in relationships and deal better with problems. The adjustment was related positively with items that represent democratic parent-child relationships independent of sex, aged or social class.

KEY WORDS

Adolescence. Adjustment, Familiar environment.

18 1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- Adolescencia y adaptación

La adolescencia, se ha definido durante muchos años como un período de tormenta y estrés, una transición a medio camino entre la niñez y la edad adulta. Estaría formado por un grupo de individuos que no son ni niños ni adultos, su puesto en la sociedad se basaría en estar parcialmente excluidos de las dos comunidades más importantes, con las que se interrelacionan y donde los factores genéticos, constitucionales, culturales y sociales modelan según un tiempo y lugar determinado un tipo u otro de varones y mujeres. Quizás, la propia existencia de la adolescencia como un estadio evolutivo de nuestro desarrollo, indique un cierto grado de "Madurez Social", una adolescencia superada por la propia sociedad que la genera y a la que pertenece (debemos recordar que este período está ausente en culturas primitivas, en las que el paso a la edad adulta se señalaba mediante ritos iniciáticos).

En la adolescencia el individuo se abre a un conjunto de nuevas ideas y actitudes que van a constituir progresivamente su sistema de valores similar inicialmente al de los padres, aunque progresivamente distante, pudiendo desarrollarse en este período un cierto "conflicto generacional". Esta lucha por la independencia tiene aspectos tanto sociales como biológicos y está en la raíz de la propia supervivencia de la especie, al posibilitar el establecimiento de nuevos núcleos familiares. Durante esta fase reaparece el negativismo, como un intento de decir a los padres que el mundo que el joven tiene en mente es su propio mundo, que es distinto al de sus padres. La aparición de nuevos valores en la sociedad va a introducir nuevas perspectivas no tenidas en cuenta hasta ese momento y en esa renovación está el propio dinamismo de la historia. Durante la fase en la que ya se rechazaron los antiguos valores pero aún no se tienen unos nuevos el grupo de amigos, los grupos culturales o religiosos suelen fijar reglas que posibilitan un punto de referencia en medio del cambio. Lentamente el adolescente empieza a fundir valores muy diversos, de todo tipo de fuentes en sus propios valores (Talbot 1996).

El que la evolución del adolescente se haga de una manera más o menos tumultuosa es el resultado de cierto número de presiones operantes; algunas, sobre todo las de índole fisiológica y emocional son internas, mientras que otras proceden de los compañeros, padres, profesores, la sociedad en general y son externas para los jóvenes. A veces estas presiones externas fuerzan al individuo hacia la madurez a un ritmo más rápido del que preferiría, mientras que en otras ocasiones actúan como freno,

reteniendo al adolescente de modo que no puede alcanzar aquella libertad e independencia a las cuales cree tener legítimo derecho. Es el juego de estas fuerzas el que, en un análisis final, contribuye más que ninguna otra cosa al éxito, o bien al fracaso de la transición desde la infancia hasta la madurez, pudiendo prolongarse el fracaso en esta transición hasta la edad adulta.

El término adaptación se puede definir como la tendencia del individuo a vivir en armonía con su medio, cuando lo consigue, podemos decir que el individuo vive sin conflictos, se adapta. Si sólo lo hace parcialmente, el conflicto dará lugar a alguna perturbación del comportamiento, si su desadaptación es muy acusada, la persona será considerada enferma.

En la mayoría de los animales la adaptación, está en relación con la satisfacción de las necesidades fisiológicas (hambre, sed, sexualidad), en el ser humano sin embargo, no es tan sencilla, ya que las necesidades y motivos de su conducta son más complejos y además, existen normas restrictivas impuestas por las diversas culturas y que evolucionan en el tiempo; las relaciones que mantenían nuestros padres o abuelos entre sí, poco tienen que ver con las de los adolescentes actuales. Pero no sólo necesitamos adaptarnos a estas normas sino que además, debemos adaptarnos continuamente a las necesidades y actitudes de otras personas, a saber respetarlas y armonizar con ellas.

El término adaptación (Cerdá, 1987) surge durante los años que siguieron a la primera guerra mundial, en relación con las explicaciones mecanicistas que Watson utiliza para entender la conducta humana; Shaffer (1936), en su obra "la psicología de la adaptación", acaba por consagrar definitivamente el término, definiéndolo como "Un proceso biológico mediante el cual los organismos consiguen ajustarse a su medio". Poco después Allport (1937), incluye en su definición de personalidad este término, al que da un matiz, no solamente funcional sino evolucionista, "Es la organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan sus peculiares adaptaciones a su medio". Allport entiende la personalidad como aquello que la persona es realmente, la forma especial como elabora sus propias pautas de organización dinámica. La fórmula personal no es nunca estática o completa sino que sigue moldeándose durante toda la vida y es en este dinamismo donde el proceso de adaptación juega su papel. Allport, cree que los motivos que llevan a actuar a una persona están en el aquí y en el ahora, quizás continuos con el pasado, pero no dependientes o explicados por él, y en ese sentido su concepto

de adaptación se puede contraponer al del psicoanálisis clásico donde la función de adaptación a la realidad esta íntimamente relacionada con las funciones defensivas del yo, y por lo tanto ligado a estadios iniciales del desarrollo. Las defensas del yo se ponen en marcha ante determinadas situaciones conflictivas que suponen una amenaza a nuestra capacidad de adaptarnos a las demandas de nuestro entorno. La ansiedad es uno de los elementos que nos indican que estamos en una situación de conflicto y las conductas resultantes de enfrentarnos con ella se denominan mecanismos de defensa.

Desde un punto puramente biológico Selye se ocupó de las manifestaciones proteicas, humorales e inmunitarias en el síndrome general de adaptación (González de Rivera, 1991), donde describió las respuestas estereotipadas del organismo ante las noxas externas y sentó las bases de entendimiento más sistémico de la salud y de la enfermedad. Las teorías cognitivas de la emoción, se han basado en los trabajos de diferentes autores (Schacter 1962, Lazarus 1986) y establecen relaciones demostrables entre las respuestas fisiológicas y los procesos atribucionales de los sujetos. Estos procesos, pueden depender de estilos cognitivos estables, de mecanismos de defensa selectivos o de evaluaciones ocasionales de las circunstancias, pero en cualquier caso se parte de la asunción de que cada organismo procesa idiosincrásicamente la información simbólica, de acuerdo con su dotación genética y con sus experiencias antecedentes.

Como puede inferirse de todo esto la capacidad adaptativa del organismo esta determinada por múltiples factores dependientes de su prehistoria, puesto que la dotación genética que recibe y las vicisitudes de su desarrollo intrauterino condicionaran su vulnerabilidad al síntoma a la disfunción y a la enfermedad. Por otra parte las experiencias previas y los aprendizajes del sujeto van modificando su aparato mental y por tanto, su respuesta emocional, puesto que al saberse en posesión de habilidades y de recursos adquiridos en interacciones anteriores con el medio, evaluará las demandas y los peligros de otra manera.

1.2.- Clima familiar

En los últimos 35-40 años se ha producido un debilitamiento de la autoridad paterna sobre los hijos en general y muy especialmente sobre los adolescentes. Quizás esta época de cambio en los modelos tradicionales, tanto laborales, afectivos como religiosos, haya conducido a que los jóvenes tengan escasos motivos para respetar la autoridad parental; ahora el camino no esta tan claro y el adolescente encuentra que sus progenitores no ofrecen la seguridad

y confianza que de ellos se debería esperar. Esto, nos puede hacer pensar que los adultos deben desempeñar un papel limitado en su trabajo con los jóvenes, sin embargo, la auténtica cuestión como señala Conger, consiste en saber que modelos son los mas adecuados, quizás los nuevos tiempos exigen nuevos modelos de relación más flexibles que permitan tanto al adolescente como al adulto crecer y madurar juntos aunque se encuentren en distintos momentos vitales de su existencia.

Elder (1963), diferencia tres tipos de control parental: **control autocrático** en el que los padres son quienes dicen a los adolescentes lo que tienen que hacer; **control democrático** en donde el adolescente participa en la toma de decisiones; y **control permisivo** en donde el joven puede decidir por sí mismo, sin el control de los padres. Elder correlaciona los niveles de control con ítem indicadores de confianza en la habilidad para establecer decisiones inteligentes y con o sin consideración previa de consejos por parte de otros. Entre los adolescentes de padres democráticos, prevalecía un sentimiento de confianza en la autodirección, siendo menos corriente entre aquellos que no tenían ni voz ni voto en la adopción de sus propias decisiones. Otro resultado fue que dentro de cada grupo, aquellos padres que intentaban legitimar el ejercicio del poder parental ante los ojos de sus hijos, utilizando frecuentemente explicaciones de su conducta, facilitaban mas un desarrollo óptimo. El estudio indicó que los adolescentes que disponen de experiencias en adopción de decisiones bajo supervisión parental y que reciben explicaciones de sus padres, tienden a ser más independientes, a desear parecerse a ellos y a tener mas amistades que estos aprueben. Además cuando los padres hacían fuertes objeciones a los amigos, los jóvenes no hacían mucho caso en los tipos de relación permisiva y autocrática, en las que las explicaciones eran poco frecuentes. Este mismo autor, también señala, que los padres pertenecientes a la clase media tienden a una práctica educativa democrática en mayor porcentaje que los de la clase obrera. Utilizando sus propias palabras se puede afirmar que, "Incrementando al máximo la interacción progenitor-adolescente, aumentando la confianza y la legitimación de papeles y proporcionando experiencia en cuanto a la fe en sí mismo, se proporciona un medio ambiente que facilita la adquisición de autonomía y el aprendizaje de los niveles de comportamiento adultos" (Elder, 1968). Baumrind (1968), establece una distinción similar entre los tipos de control parental; según dicha autora el padre autoritario intenta controlar y evaluar el comportamiento del hijo de acuerdo a una serie estándar de comportamientos, por

20 contra el democrático valora y estimula el desarrollo de una voluntad autónoma propia y la adopción de responsabilidad y la interiorización de una disciplina personal. Lo esencial desde el punto de vista de esta autora es la simultánea estimulación de AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD. En la misma línea de estos autores aunque estudiando otro aspecto de la interacción padres-hijos, Douvan y Adelson (1966), diferencian los castigos aplicados en el hogar en tres tipos, físico, psicológico (basado en admonición verbal) y supresivo (perdida de libertad, movilidad, dinero etc.), relacionándolos con la actitud del adolescente frente a la autoridad. Los resultados demuestran que los adolescentes se mostraban más conformistas cuando se empleaba el castigo físico y menos cuando era de tipo psicológico. La utilización de los castigos físicos producía en los adolescentes un mayor resentimiento hacia sus padres, y los hacía más dependientes, sumisos y subdesarrollados en cuanto a comportamiento social e interiorización de controles. Los castigos de tipo psicológico y en menor medida los supresivos interferían menos en los procesos de adaptación.

Estudios más recientes apuntan a similares conclusiones a las expuestas por Elder y Baumird. Así, Burt, Cohen, Bjorck, (1988), señalan que las familias percibidas por los adolescentes como cohesionadas, y que favorecen la expresión de conflictos, se relacionan con un funcionamiento positivo psicológico, mientras que las familias percibidas como conflictivas y controladoras se relacionan con funcionamiento negativo. McCombs, Forehead y Smith (1988), encuentran que aquellas madres que tenían un estilo determinado de resolver sus problemas (estilo de integración), con intercambio de información y examinando las diferencias para llegar a un mutuo acuerdo lograban que sus hijos presentasen una adaptación social mejor. Fullinwider (1993), encuentra que las adolescentes que señalaban que sus padres favorecían su autonomía a la vez que se sentían cercanos a ellos presentaban una mejor adaptación social. Cederblad (1994), halla una relación entre salud mental en el adulto y positiva autoestima en la infancia, locus interno de control, y relaciones de confianza positiva con los padres. Boer's (1990), relaciona el favoritismo en el trato de los padres con un hermano con un incremento en la hostilidad tanto de los favoritos como de los no favoritos, resultados similares a los de Hetherington (1988), y Bryant et Croclenberg (1980). Luby (1993), demuestra que la calidad de las relaciones parentales está relacionada con la presencia de patología psiquiátrica en los adolescentes. En esta misma dirección y en nuestro medio, Velilla (en prensa) señala, en su estu-

dio sobre adaptación familiar y psicopatología en la adolescencia, que un 65% de los adolescentes con diagnóstico de depresión presentaban importantes dificultades de relación con sus padres, frente a un 32% del grupo control. Ferreiro (1991), estudia el grado de conocimiento de las aficiones y amistades de los adolescentes por sus padres y el tipo de abordaje a la hora de discutir los problemas entre ambos, en dos grupos de adolescentes, uno control y otro delincuente, encontrando en este último un menor conocimiento de aficiones y amistades y un estilo más autoritario en la resolución de los conflictos. Sisterre, Calve y Velilla (1997), demuestran una relación inversa, aunque no significativa entre adaptación familiar y circunstancias familiares desfavorables (discusiones de pareja, sobreprotección, carencia de autoridad).

La familia es uno de los núcleos en los que se apoya el desarrollo adolescente y es un elemento básico en el aprendizaje de los mecanismos que le permiten adaptarse a su medio. Como señalan los diferentes autores, existen numerosos datos que apoyan que el clima familiar influye de manera directa en las actitudes del adolescente dentro de la propia familia, en su capacidad de proyección exterior y en su propio equilibrio psíquico.

2.- MATERIAL Y MÉTODO

2.1.- Material humano

El universo o conjunto sobre el que se realiza el trabajo está formado por todos los jóvenes gallegos de hábitat urbano, con edades comprendidas entre 12 y 17 años, con un tamaño muestral de 657 individuos. Se extrajo siguiendo criterios estadísticos y refleja las características del universo, siendo cuantificada para un error muestral máximo de $\pm 3.7\%$, con un margen de confianza del 95%. Se considera la población concentrada en Entidades o Núcleos (no Ayuntamientos), de más de 10.000 habitantes.

2.2.- Material instrumental

1. - CUESTIONARIO GENERAL (76 ÍTEMS):

A) CLIMA FAMILIAR:

Donde se analizan las preguntas contenidas en la tabla 1.

Las respuestas se agruparon según se muestra en la tabla 2.

B).- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- **Sexo:** Varón y Mujer.

2.- **Edad:** 12-15 y 16-17.

3.- **Clase Social:** Media-alta y Media-baja.

2.- EL CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN DE BELL PARA ADOLESCENTES.

Tabla 1. PREGUNTAS SOBRE CLIMA FAMILIAR.

-¿Cómo suelen ser o han sido las relaciones con tu padre y con tu madre?

1. Conflictivas (temor, rebeldía)
2. Regulares (incomprensión, obediencia)
3. Corrientes (indiferencia)
4. Buenas (confianza y amistad)
5. Otras (anotar)

-¿El trato dado por tus padres es o fue igual para todos los hermanos, o te parece que hay o hubo favoritismos?:

1. Si hubo con un hermano
2. No, normal, con los pequeños
3. No, muy bien respecto a todos

-¿Te parece suficiente el tiempo que pasas con tus padres o crees que debería ser más?

1. Me parece suficiente
2. Algo más
3. Necesitaría mucho más.

-En general, ¿Cómo son las relaciones entre tus padres?

1. Malas se llevan mal y riñen continuamente.
2. Regulares con períodos de riña.
3. Normales, con algún problema.
4. Buenas, hay confianza y dialogo.

-Concretamente tú ¿Cómo te sentías o sientes dentro de tu familia? ¿había llorado y tenido en cuenta

¿mucho, bastante, poco o nada?:

1. Nada.
2. Poco.
3. Bastante.
4. Mucho.

-Tus amigos con los que mas te relacionas, ¿son bien vistos en tu casa y los reciben bien, o desconfían de ellos y sus aficiones?

1. No van nunca a casa, tendrían problemas.
2. Van poco, no les gustan.
3. Van lo normal, unas veces a casa de uno y otras a la de otros. Nos aceptan.
4. Nos reciben muy bien y se relacionan con nosotros habitualmente.

-Tus padres, en general, ¿Conocen tus aficiones e ilusiones más importantes, o esto es para compartir con los amigos / as?

1. No se lo participo a nadie.
2. Con los amigos, que te entiende.
3. Algo con los padres, pero no entienden.
4. Las conocían compartían y apoyaban.

-En general, en tu familia, cuando tú o algún hermano, creaba problemas (trabajo, estudios, amistades, líos familiares etc.) ¿había llamada al orden y discusión del asunto con explicaciones y demás, o simplemente se castigaba y reprendía?

to con explicaciones y demás, o simplemente se castigaba y reprendía?

1. Se discuten y aclaran los problemas siempre.
2. Sólo en casos graves.
3. Se discute poco, mas bien se manda y obedece.
4. No se discute nada, hay autoridad sin más.
5. No les importa, si la cosa no es grave.

-¿Qué castigo/sanciones más frecuentes ponen tus padres, según que la falta sea más leve o importante?

- Leves:
1. Sin Televisión.
 2. Sin salir.
 3. Sin salir varios días.
 4. Sin dinero.
 5. Sin todas.
 - 6.. Otras (anotar).

Graves:

1. Sin dinero y sin salir.
2. Castigos corporales.
3. Encerrarlo en la habitación.
4. Otras (anotar).

-¿ Cuándo tienes o has tenido problemas, un poco serios, con tus padres, ¿como te has encontrado?.

1. Con ganas de marcharte de casa.
2. Amargado por la incomprensión.
3. Triste, pero con ganas de reconciliarte y explicarte.
4. Otras (anotar).

Fue adaptado para población Española por Cerda (1963), comprende un total de 140 ítem, es autoadministrado y el tiempo de cumplimentación no debe sobrepasar en condiciones normales los 25mn. Los aspectos que estudia son los siguientes:

La **A. Familiar**, representa los pensamientos y sentimientos del individuo sobre sus relaciones familiares. Se trata de una medida global de como el sujeto se siente a gusto o no en su entorno familiar.

La **A. Social** nos indica lo que el individuo siente y piensa acerca de sus amistades y el grado de contacto social. Se trata de una medida de su forma de relacionarse socialmente, desde la dominancia a la sumisión o retraimiento.

La **A. Emocional** nos habla de como el individuo comprende y vive sus sentimientos y emociones y hasta que punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional. Analizando los ítems se puede considerar como una medida de salud mental, pues hace referencia a síntomas de ansiedad, fóbicos, autoestima, rasgos de suspicacia, irritabilidad, pesimismo etc. Se refiere de alguna manera al grado de estabilidad o inestabilidad emocional. Esta escala, en el test de adultos tiene una correlación positiva más alta con las puntuaciones que se obtienen en el "Cornell Index FN", por lo que puede asignarse a esta escala el valor de una medida del neuroticismo (Cerda 1966). En nuestro grupo, Ferreriro (1995), demostró que

Tabla 2. AGRUPACION DE RESPUESTAS DE CLIMA FAMILIAR

- 1, 2.- *Relaciones con el padre y madre:* En ambas preguntas se han agrupado las respuestas en buenas, corrientes y conflictivas.
- 3.- *Trato dado a los hermanos:* Si ha existido sentimientos de discriminación o no.
- 4.- *Tiempo pasado con los padres:* suficiente, intermedio y escaso.
- 5.- *Relaciones entre los padres:* buenas, regulares y malas.
- 6.- *Sentimientos del adolescente dentro de la familia:* Escaso y bastante.
- 7.- *Como son vistos los amigos por los padres:* No gustan, indiferentes y bien vistos.
- 8.- *Conocimiento de las aficiones por los padres:* Escaso, bastante.
- 9.- *Como se resolvían los problemas en el seno familiar:* Democrático, autoritario e intermedio.
- 10.- *Castigos impartidos por los padres:* Físicos, supresivos, otros.
- 11.- *Sentimientos del adolescente cuando tiene problemas con sus padres:* deseos de reconciliación y sentimientos de incompreensión.

para la Adaptación Emocional los bajos niveles de adaptación se asocian con mayor frecuencia de casos GHQ, mientras que los buenos niveles de adaptación se asocian con mayor frecuencia a no casos GHQ, lo que orienta a que ambas pruebas miden parámetros semejantes. Por lo que este estudio demuestra la utilidad de la subescala de adaptación emocional como medidor de estabilidad emocional y salud mental general.

La **A. a la Salud** se entiende como un índice si el sujeto padece muchas o pocas enfermedades o molestias de origen somático.

La **A.Total** se puede considerar como un indicador del estado general de adaptación.

En el trabajo se han reagrupado los rangos del test original en dos niveles para mejorar la potencia estadística y mostrar patrones más claros de adaptación o desadaptación.

- 1.- Adaptación satisfactoria: incluye los rangos de excelente buena y normal.
- 2.- Adaptación insatisfactoria: incluye rangos no satisfactorios y mala.

3.3.- Estudio estadístico

En una primera parte, descriptiva, se analizan las preguntas que hacen referencia al clima familiar tanto a nivel global como en función de los factores sociodemográficos (edad, sexo y clase social subjetiva). Posteriormente se correlacionan los niveles de adaptación con cada una de las preguntas de clima, con la misma sistemática que en la primera parte. Las correlaciones entre cada una de las variables dependientes y las explicativas se analizan mediante tablas de contingencia utilizando el Chi-cuadrado de Pearson. Cuando la tabla se compone, tan solo, de dos filas y dos columnas, y el efectivo total de todas ellas no llegan a 200 individuos, el programa estadístico calcula automáticamente la denominada corrección de Yates, consistente en modificar ligeramente las frecuencias contenidas en las cuatro casillas para así obligar a que las diferencias entre los valores experimentales y teóricos queden artificialmente disminuidas. Con ello se consigue que sea más difícil alcanzar el X^2 necesario para superar el valor teórico de la tabla, compensando de esta manera, el débil rigor de una prueba realizada con escaso número de individuos (Carrasco, 1989). El procesamiento de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS/PC en su versión 6.0 para Windows.

VARIABLES: **INDEPENDIENTES:** SEXO, EDAD, CLASE SOCIAL, CLIMA FAMILIAR.
DEPENDIENTES: ADAP. FAMILIAR, SOCIAL, EMOCIONAL, SALUD Y TOTAL.

3.- RESULTADOS

3.1. - Clima familiar y factores sociodemográficos

La mayoría de los adolescentes mantienen con ambos padres una buena relación. El padre mantiene mejores relaciones con sus hijos varones ($p < 0,01$) que con las mujeres, mientras que la madre no presenta diferencias, en función del sexo de los hijos. Las buenas relaciones con ambos padres disminuyen con el aumento de la edad, especialmente en varones y en las clases menos favorecidas ($p < 0,0000$).

Los adolescentes consideran que el trato dado por los padres a los hermanos no es discriminatorio (86,4%). El trato discriminatorio es mayor con las mujeres (12,2% frente a 7,1%), en el grupo de 16-17 años (12,8% frente a 6%) y en la clase social medía-baja (11,7% frente a 6,6%). Todos los resultados son estadísticamente significativos.

Un 58,5% de los adolescentes consideran que el tiempo que sus padres les dedican es suficiente y sólo un 5,1% cree que es poco. Las mujeres valoran en un por-

centaje mayor que los varones el tiempo como insuficiente, al igual que los adolescentes de mayor edad, pero las diferencias no son significativas. Este mayor porcentaje en las mujeres se hace sobre todo a expensas del grupo de 16-17 años. No hay diferencias importantes en función de la clase social.

La mayoría de los adolescentes señalan que las relaciones entre sus padres son buenas (50%), siendo un escaso 3% los que las señalan como malas. No hay diferencias significativas en función del sexo, aunque las mujeres refieren en mayor porcentaje malas relaciones que los varones. El grupo de mayor edad y las clases sociales más desfavorecidas presentan significativamente una peor apreciación de la relación entre los padres.

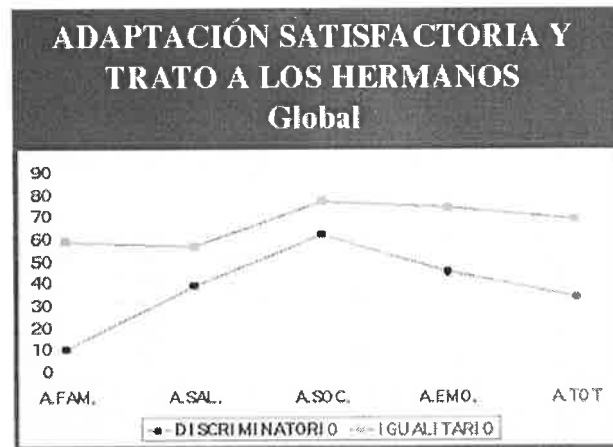
Los adolescentes gallegos se sienten apreciados por sus familias (86%). No hay diferencias significativas en función del sexo y la edad, aunque las mujeres y los adolescentes de 16-17 años se sienten menos apreciados. En las mujeres el aprecio aumenta con la edad y en los hombres disminuye. En relación con la clase social, la media-alta se siente significativamente más apreciada que la media-baja (92% frente a 84%, con una $p < 0,0004$).

Los amigos de los adolescentes son bien vistos por los padres y se les recibe en casa, en la mayoría de los casos (45%), en un 10% se desconfía de ellos. Los padres desconfían en una mayor proporción de los amigos de sus hijos varones (14,3%), que del de las mujeres (8%), ($p < 0,002$). Con el aumento de la edad, fundamentalmente a expensas de los varones y en las clases menos favorecida aumenta la desconfianza de los padres.

El porcentaje de adolescentes cuyas familias conocen sus aficiones e ilusiones es del 57,4% frente al 41% que las desconoce. Las aficiones de las mujeres, de los hijos menores y la clase social media-alta son más conocidas por los padres, siendo en estos dos últimos casos las diferencias significativas. En el grupo de mayor edad y en las clases sociales más desfavorecidas existe un mayor porcentaje de padres que desconocen las aficiones que los que las conocen. Al aumentar la edad el desconocimiento aumenta para ambos sexos pero de manera mucho más evidente en varones ($p < 0,01$).

La mayoría de los padres de adolescentes discuten y tratan de aclarar los problemas que surgen con sus hijos (56,4%). Sin embargo sorprende que hasta en un 30% de los casos nunca se discutan los problemas y se limiten a la imposición de la autoridad sin más. No hay diferencias significativas entre sexos, aunque se observa una tendencia a aclarar los problemas en mayor medida cuando son mujeres, con el aumento de la edad y de la clase social.

Figura 1. Trato a los hermanos



La mayoría de los castigos en los adolescentes son de tipo supresivo (60%), seguido de la no-aplicación de castigos (31%) y los físicos (8,8%). Los hombres sufren con más frecuencia castigos físicos que las mujeres (8,9% frente a 5,5%) y se les castiga menos (38,8% frente a 30,3%) ($p < 0,006$). Con la edad, disminuyen los castigos de todo tipo ($p < 0,0000$). En la clase social media-baja el castigo físico es más frecuente que en la media alta (8,3% frente a 5,9%). La disminución de los castigos que se produce con el aumento de la edad es más acentuada en los varones.

Un 59% de los adolescentes, reaccionan con deseos de reconciliación tras los problemas familiares. La incomprensión es el sentimiento predominante en el grupo de mayor edad y las clases sociales más desfavorecidas. No hay diferencias significativas en función del sexo, aunque la tendencia a la incomprensión es mayor en los hombres.

3.2.- Adaptación y clima familiar

1.- **ADAPTACIÓN Y RELACIÓN CON EL PADRE Y LA MADRE:** Los mejores niveles de adaptación se obtienen cuando las relaciones de los adolescentes con sus padres son calificadas como buenas. En las relaciones con la madre las relaciones conflictivas parecen más adaptativas a nivel social, que las corrientes en la mayoría de grupos. Las diferencias son significativas en su mayoría.

2.- **ADAPTACIÓN Y TRATO A LOS HERMANOS:** El trato no discriminatorio favorece significativamente mejores niveles de adaptación (Figura 1).

3.- **ADAPTACIÓN Y TIEMPO PASADO CON PADRES:** Cuando la valoración subjetiva del tiempo pasado con los padres es considerada suficiente por los adolescentes se obtienen niveles de adaptación más satis-

24 Figura 2. Como son vistos los amigos por los padres.



factorios, aunque existen algunas excepciones, sobre todo a nivel Social.

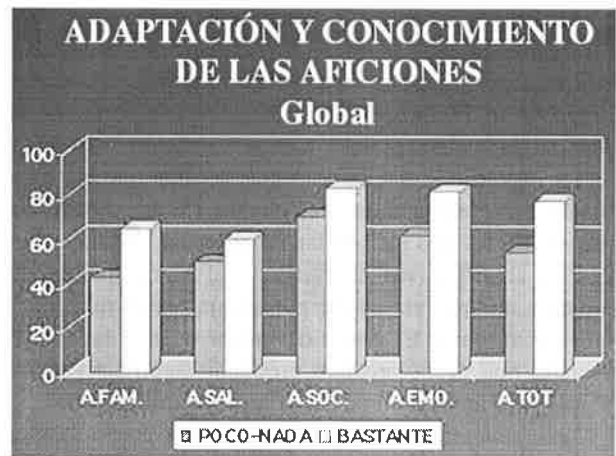
4.- **ADAPTACIÓN Y RELACIONES ENTRE LOS PADRES:** Los niveles más satisfactorios de adaptación, se consiguen cuando las relaciones entre los padres son buenas, con una relación directa entre los niveles de adaptación y la progresiva mejoría de las relaciones parentales. En el grupo donde se producen más excepciones es a nivel Social, donde las mujeres en ambos grupos de edad y la clase media-baja, consiguen mejores adaptaciones cuando las relaciones son malas. Las diferencias son significativas a nivel Familiar y Total.

5.- **ADAPTACIÓN Y SENTIMIENTOS DE APRECIO**

Figura 4. Modos de reacción de los padres.



Figura 3. Conocimiento de las aficiones.



EN LA FAMILIA: Los niveles de adaptación más satisfactorios se consiguen cuando los adolescentes se sienten apreciados dentro de su familia. Existen algunas excepciones en la adaptación Social. La A. Familiar, Emocional y Total presenta resultados estadísticamente significativos.

6.- **ADAPTACIÓN Y VISIÓN DE LOS AMIGOS POR PARTE DE LOS PADRES:** Cuando los padres aceptan a los amigos de sus hijos y los reciben en casa se obtienen niveles más satisfactorios de adaptación. Las diferencias son significativas a nivel Familiar. La Social es la que presenta más excepciones (Figura 2).

7.- **ADAPTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS AFICIONES:** Los adolescentes muestran niveles más satis-

Figura 3. Modos de reacción de los adolescentes.



factorios de adaptación cuando los padres conocen sus aficiones. Las diferencias son significativas a nivel Familiar, Emocional y Total (Figura 3).

8.- *ADAPTACIÓN Y COMO REACCIONAN LOS PADRES CUANDO EXISTEN CONFLICTOS CON LOS HIJOS*: El discutir y aclarar los problemas que surgen con los adolescentes de manera habitual, favorece los niveles de adaptación Familiar, Social, Emocional y Total, siendo la mayoría de los resultados estadísticamente significativos. La aplicación de la autoridad sin explicaciones, es más adaptativa a nivel Social que las posturas intermedias en todos los subgrupos excepto en hombres de 16-17 años. En la adaptación a la salud no hay un patrón claro de resultados (Figura 4).

9.- *ADAPTACIÓN Y TIPO DE CASTIGOS*: Los castigos físicos son los que obtienen niveles de adaptación menos satisfactorios con frecuentes excepciones en la adaptación Social. La Familiar y Total obtienen resultados en su mayoría significativos.

10.- *ADAPTACIÓN Y SENTIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES TRAS DISCUSIÓN FAMILIAR*: Cuando los adolescentes reaccionan con deseos de reconciliación con sus padres, los niveles de adaptación son más satisfactorios. Las diferencias son significativas excepto en la A. Social (Figura 5).

4.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis de los factores de clima en función del sexo, edad y clase social, demuestra que los hombres y mujeres presentan una percepción diferente del clima familiar, siendo en general los resultados que se pueden considerar como de percepción subjetiva negativa sentidos en mayor medida por las mujeres, el grupo de mayor edad y las clases sociales más desfavorecidas.

Las mujeres se sienten más discriminadas en relación al trato dado a los hermanos, se quejan más del tiempo que sus padres pasan con ellas, señalan la existencia de peores relaciones entre los padres y se les castiga más que a los hombres. Por otra parte existen una serie de factores que indican que las mujeres en general tienen una mejor relación con su familia, como el mayor conocimiento de aficiones por parte de los padres, la menor desconfianza hacia sus amigos, la discusión de los problemas en mayor medida que los hombres, la aplicación de castigos físicos en menor medida y que reaccionan mejor ante los problemas con sus padres. Parecería de alguna manera que las adolescentes perciben los problemas con más claridad que los varones, se las discrimina más en las relaciones y reaccionan de manera más adecuada ante los

problemas. El aumento de la edad para ambos sexos repite este patrón de conducta y apreciación de la realidad.

En relación a la adaptación, nuestros datos revelan en coincidencia con la literatura que los niveles más satisfactorios se consiguen en aquellos adolescentes con un clima que se puede calificar como "democrático", entendiéndose como tal, aquel en donde el adolescente toma parte en la toma de decisiones y donde los padres valoran y estimulan el desarrollo de una voluntad autónoma propia y la adopción progresiva de responsabilidades. En definitiva donde se estimula de manera simultánea la autonomía y la responsabilidad, y donde los padres no son meros espectadores en la vida de sus hijos sino que conocen y participan en su desarrollo, acompañándolos, comprendiéndolos y tratando con la mayor ecuanimidad a sus diferentes hijos.

Nos gustaría hacer una referencia especial a las preguntas que se refieren al conocimiento de las amistades y aficiones de los hijos por parte de los padres, pues sus resultados nos parecen de gran importancia y suelen ser objeto de debate en los medios de comunicación con cierta frecuencia. En la primera pregunta nos pareció de interés el establecimiento de tres posibles actitudes por parte de los padres, por un lado había una serie de conductas que se podrían clasificar como de no-aceptación de las amistades de sus hijos, que como se ve en el gráfico 3 son los que presentan peores niveles de adaptación. Las otras dos respuestas (indiferente y bien vistos), aunque en ambas se aceptaban a los amigos, la que obtiene mejores niveles de adaptación es aquella donde los padres también se relacionan y conocen a los amigos de sus hijos. Creo que esta diferencia, aunque sutil, es indicativa de una actitud que a la vez que no coarta la libertad del adolescente, significa que los padres siguen manteniendo en un área tan sensible para sus hijos su responsabilidad como educadores, y que además eso favorece un mejor equilibrio familiar y emocional. En la misma línea argumental con la pregunta anterior, volvemos a encontrarnos como el conocimiento y la participación en las aficiones de los hijos por parte de los padres genera mejores niveles de adaptación en todas las áreas (Figura 4).

Por último y en relación con el tipo de castigos se puede observar como los castigos físicos siempre son los que generan peores niveles de adaptación (con excepción de la Social donde los resultados son contradictorios). Esto coincide con los datos de la literatura, donde los estudios que demuestran que el castigo físico produce en los adolescentes que lo sufren, un mayor resentimiento hacia sus padres, haciéndoles más dependientes, sumisos

26 y subdesarrollados en el comportamiento social y en la interiorización de controles (Douvan y Anderson, 1966).

5.- CONCLUSIONES

1.- Las adolescentes perciben los problemas con mas claridad que los varones, se las discrimina mas en las relaciones y reaccionan de manera mas adecuada ante los problemas. El aumento de la edad para ambos sexos repite este patrón de conducta y apreciación de la realidad.

2.- Las actitudes de los padres que llevan a un clima familiar que se puede calificar como democrático, favoreciendo la expresión de desacuerdos, la toma de decisiones sin imposición, el trato igualitario a los hijos, el conocimiento de aficiones y amistades, los sentimientos de aprecio y comprensión por la familia, así como el pasar tiempo suficiente con los hijos y la apreciación de estos de unas buenas relaciones entre los padres son mas adaptativos y esto es así independientemente del sexo, edad o clase social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allport GW, Personality: a psychological interpretation, Holt y C^o, Nueva York, 1937.
2. Baumrind D, Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 1968; 3: 255-272.
3. Boer F. Sibling relationships in middle childhood. Leiden. DSWO University, 1990.
4. Bryant BK & Crockerberg SG. Correlates and dimensions of prosocial behaviour: a study of female siblings with their mothers. *Child Development*, 1980; 51: 529-544.
5. Burt CE, Cohen LH, Bjorck JP. Perceived family environment as a moderator of young adolescents life stress adjustment. *American J. of Community Psychology*, 1988; 16: 101-122.
6. Carrasco JL. Estadística analítica: Asociación de caracteres cualitativos. En: El método estadístico en la investigación médica. Madrid: Editorial Ciencia (4^o Edición), 1989; 3:172.
7. Cerda E. Cuestionarios de adaptación de actitudes e intereses. En psicología aplicada. Barcelona: Herder, 1966; 222.
8. Cerda E. Cuestionario de adaptación para adultos de HM Bell. Barcelona: Herder (7^a ed), 1987.
9. Cederblad M., Dahlin L., Hagnell D., Hansson K.. Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1994; 244 (1): 1-11.
10. Douvan E, Adelson J. The Adolescent experience. New York: Wiley, 1966.
11. Elder GH. Parental Power legitimation and its effects on adolescent. *Sociometry*, 1963; 26:50-65.
12. Elder GH. Adolescent socialization and development. En E. Bogartta y W. Lambert (eds), *Handbook of Personality Theory and Research*, Chicago: Rand McNally, 1968.
13. Ferreiro MD. Saude mental e delincuencia en adolescentes. Tesis Doctoral, Facultade de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, 1991.
14. Ferreiro MD, Domínguez Santos MD, González Ares LA, Rodríguez López A. Validación Empírica del GHQ-60 para población gallega de 12 y 13 años de edad. Póster presentado en el Congreso de la Federación Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, 1995.
15. Fullinwider BN, Jacobvitz DB, The transition to young adulthood: generational boundary dissolution and female identity development. *Fam. Process*, 1993; 32 (1): 87-103.
16. González de Rivera JL. El proceso psicossomático. *Monografías de psiquiatría: Medicina Psicossomática*, 1991; 3 (3): 22-29.
17. Hetherington EM. Effects of father absence on personality development in adolescent daughters. *Development Psychology*, 1972; 7: 313-326.
18. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
19. Luby J. Parent and family. *Current Opinion in Psychiatry*, 1993; 6: 500-503.
20. McCombs A, Forchand R, Smith K. The relationship between maternal problem-solving style and adolescent social adjustment. *Journal of Family Psychology*, 1988; 2 (1): 57-66
21. Schacter S, Singer J. Cognitive, social and psychological determinants of emotional state. *Psychological review*, 1962; 69:379-399.
22. Shaffer LM (1936). La psicología de la adaptación. Reseñado por Cerda E. Cuestionario de adaptación para adultos de Bell. Barcelona: Herder (7^a edición), 1987.
23. Sisterre M, Calve A, Velilla M. Las circunstancias familiares y los trastornos del comportamiento infantil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1997; 3:143-147.
24. Talbot AJ, Hales RE, Yudofsky SC. Crecimiento normal y desarrollo. En *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora (capítulo 4): 113-151. 1996.
25. Velilla JM, Quintanill MA, Olza I, Garcés E, Quintana L, Bonal A. Adaptación Familiar y psicopatología en la adolescencia (en Prensa).

C Villanueva Suárez¹
P Sánchez del Hoyo¹
C Baro²
I Rodríguez³
LJ Sanz Rodríguez⁴

Sustitución de figuras parentales en el duelo Infanto-Juvenil

Sustitution of family figures in the child and adolescent fight

¹ Psicóloga. Servicio Salud Mental Parla, área 10, Madrid-España.
² Trabajadora social. Servicio Salud Mental Parla, área 10, Madrid-España.
³ Enfermera. Servicio Salud Mental Parla, área 10, Madrid-España.
⁴ Psicólogo. P.I.R. Hospital Universitario de Getafe, área 10, Madrid-España.

Correspondencia:

Carmen Villanueva Suárez,
CSM Parla
C/ Pablo Sorozábal, 4
28980 Parla (Madrid)

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue analizar la elaboración del duelo infanto-juvenil a través del estudio de las historias de niños y adolescentes que acudieron al Servicio de Salud Mental de Parla tras haber sufrido la pérdida de una de sus figuras parentales (debido a la muerte de uno de ellos o por separación). Asimismo, se trató de determinar si la presencia de figuras sustitutas y la relación con la familia ejercen algún efecto modulador sobre el nivel de adaptación de los sujetos. Para ello, se contó con una muestra de 35 sujetos a quienes se les aplicó un cuestionario para recoger información sobre variables hipotéticamente relevantes en la elaboración del duelo. La única variable que mostró dependencia estadísticamente significativa con el nivel de adaptación de sujeto fue la relación con la familia del progenitor perdido o discontinuo.

PALABRAS CLAVE

Duelo infanto-juvenil, pérdida, figura sustituta.

ABSTRACT

The purpose of this work was to analyze the elaboration of the child and youthful mourning through the study of children and teenagers histories who requested for help in the Mental Health Service of Parla after the

one of their parentes loss (due to dead or separation). Moreover, we tried to determine if the presence of substitute figures and the relationship with the family exerts a modulator effect over the adaptation level of the children. The sample consisted of 35 individuals. We used a questionnaire to pick up information about the variables hypothetically relevant in the mourning elaboration. The only variable which showed a statistically significant dependency with the adaptation level was the relationship with the family of the lost or discontinuous parental figure.

KEY WORDS:

Infant mourning, loss, substitute figure.

INTRODUCCIÓN

La pérdida, el duelo y la elaboración del mismo son vivencias presentes en la vida del niño y adolescente. En estudios anteriores y en nuestra práctica clínica, hemos observado cómo la sustitución de las personas desaparecidas, forma parte de la elaboración de esa pérdida.

El presente trabajo pretende profundizar en el desarrollo de dicho proceso, a través de las historias clínicas y tratamiento realizado.

Autores como Black, Rutter y Furman, en sus dife-

28 rentes trabajos abordan aspectos relacionados con el duelo y la elaboración de la pérdida.

Para Black (1994)¹, los efectos a largo plazo de la muerte de uno de los progenitores, están relacionados con situaciones posteriores a la pérdida, mas que con la pérdida en sí misma.

Rutter (1990)², destaca como factores importantes para explicar la respuesta de los menores ante una pérdida aspectos como:

- La disolución del hogar
- Cambios frecuentes de personas que proporcionan cuidados
- Cambios en los roles familiares
- Los efectos de la pérdida en el padre sobreviviente
- La aparición de un padrastro-a.

Furman (1974)³, refiere que una de las condiciones favorables en la elaboración de la pérdida para un niño/adolescente es que cuente con la presencia del padre sobreviviente y/o un sustituto de confianza y que tenga la seguridad de que esa relación habrá de continuar. Es importante también que no disminuyan las actividades sociales y de ocio que venían realizando.

En los niños esa sustitución viene impuesta la mayoría de las veces por el adulto y su ajuste emocional influirá en dicho proceso (Worden, 1997)⁴.

La dificultad por parte del padre/madre sobreviviente en que se produzca la sustitución, genera crisis en los referentes de identificación respecto al menor y empobrecimiento de los modelos con los que identificarse e imitar ya que el progenitor que se queda sólo mucho tiempo, está más pendiente de él mismo que de su función de cuidado y autoridad; pueden surgir dificultades en la empatía con respecto a los hijos, inconsistencia en las normas, intercambios padres-hijos narcisistas como consecuencia del apego excesivo o de la sobreprotección.

Villanueva y otros (2000)⁵, concluyen que cuando hay antecedentes psiquiátricos en padres, situaciones vitales estresantes asociadas o ha habido pérdidas anteriores importantes, la elaboración del duelo y la restitución de figuras parentales, será más complicada.

El duelo se resuelve en la fase de restitución, cuando la persona puede volver a colocar emociones y afectos en la vida y en otras personas vivas (Worden 1997)⁶.

Como define Rutter², la restitución consiste en encontrar nuevas figuras significativas que den apoyo emocional y sean fácilmente accesibles.

En un primer momento, las figuras sustitutas suelen ser familiares de primer grado, abuelos, tíos, hermanos. Su función es que el proceso de identificación no se inte-

rumpe y que el menor tenga la seguridad de que esa relación continuará⁴.

Desde nuestra experiencia clínica también consideramos que se produce un proceso de sustitución cuando aparece una figura afectiva de referencia y/o también cuando el hijo deja de preocuparse y ocuparse del progenitor, porque otro adulto se interesa de él o ella. Por eso los hijos buscan parejas a sus padres, para que se vuelva a producir la triangulación y se reinstalen las diferencias generacionales. En este sentido, son fundamentales los abuelos pues posibilitan la transmisión generacional, dan continuidad al proceso vital evitando que la familia nuclear se cierre.

Cuando el desaparecido es el padre, es importante que surjan sustitutos varones y cuando es la madre, sustitutos maternos, pues es más complicado el proceso cuando desaparece el progenitor del mismo sexo.

Con posterioridad, puede ser la nueva pareja del padre/madre la que ocupe ese lugar de restitución.

Furman³, refiere que cuando se espera que un niño afligido establezca una nueva relación, la desaparición del recuerdo de la anterior persona no es un requisito para que la nueva tenga éxito.

Las investigaciones muestran que cuanto más claras y distintas se mantengan las dos relaciones, tanto más probable es que prospere la nueva. Esta situación puede ser decisiva cuando se trata de una nueva figura parental. El niño se acomodará de manera estable a los nuevos rostros y a las nuevas maneras solo si el padre sobreviviente y/o la nueva figura parental es sensible a la lealtad del niño a su anterior relación y a su tendencia a resistirse ante cualquier cambio que él sienta que puede amenazarla.

Poco a poco habrá una disminución del recuerdo de esa persona querida, podrá desprenderse del sentimiento de lealtad sin culpa y permitir la restitución.

En ocasiones cuando este proceso no se puede concluir, puede quedar comprometido su desarrollo psicosexual y su futura conyugalidad y parentalidad. Lo que se añora no es tanto la figura paterna, como las funciones parentales y el lugar que ocupa el padre/madre perdido como cuidador, protector, contenedor de angustias y modelo de pareja adulta (Bowlby 1993)⁷.

METODOLOGÍA

El trabajo se realiza en el Servicio de Salud Mental de Parla, zona sur de la Comunidad de Madrid (área 10).

El distrito de Parla tiene una población en torno a los 115.000 habitantes y 25.837 menores de 18 años. Aproximadamente un 10% de la población son extranjeros. La tasa de paro registrada es de un 12%. El fracaso

escolar está en torno al 50%, (indicadores municipales de la Comunidad de Madrid-1999).

Partimos de un estudio previo realizado en el Centro de todos los casos evaluados en el año 98-99 en el programa infanto-juvenil, cuyo motivo de consulta estaba relacionado con situaciones de duelo o pérdida.

La muestra de la investigación actual está constituida por aquellos casos en los que hubo una pérdida real de figuras parentales, bien por la muerte de uno de ellos o por separaciones en las que se pierde totalmente el contacto con el padre discontinuo o en los que nunca existió vínculo parental. Hemos encontrado 35 casos que cumplen los criterios de inclusión.

Se ha hecho un estudio retrospectivo con esos casos, investigando como se ha elaborado el duelo y el nivel de adaptación después de dos años del contacto con Salud Mental, valorando la situación escolar, social y familiar. La información se obtiene a partir de la revisión de las historias clínicas y de entrevistas telefónicas.

Se diseñó un cuestionario para la recogida de los siguientes datos:

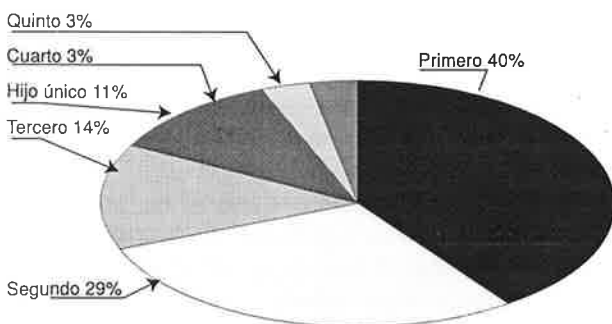
- aspectos sociodemográficos
- motivo de la pérdida de la figura parental
- presencia o no de figuras sustitutas
- nivel de adaptación actual
- nuevas pérdidas de figuras afectivas significativas.

Los datos se han analizado según el paquete estadístico SPSS v 9.0. Para las tablas de contingencia se ha utilizado la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

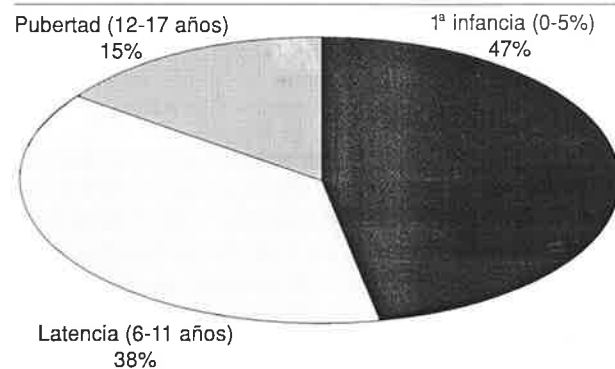
Respecto a la distribución por sexos, un 46% son varones y un 54% mujeres. La media de hermanos, incluido el paciente es de 2,29 (desviación típica=1,15). El 40% de los sujetos ocupan el primer lugar en la fratria, el 29% el segundo y 11% son hijos únicos (Fig. 1).

Figura 1. Lugar en la fratria



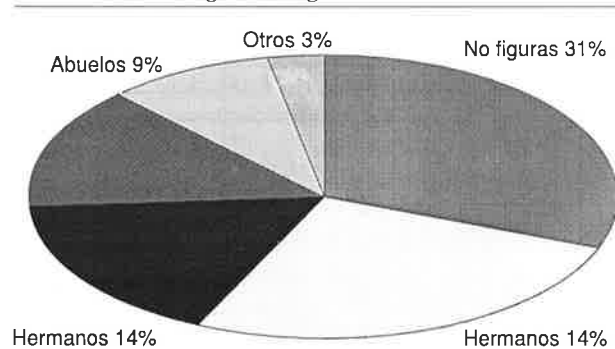
En un 68% el motivo de pérdida de la figura parental es la separación de los padres, en el 29% es por muerte del padre, sólo un 3% por muerte de la madre. La edad media en la cual se produjo la pérdida es de 6,76 años, con una desviación típica de 4,05. En un 47% se produce antes de los cinco años, en un 38% en la latencia y en un 15% a partir de los 12 años. El 73% de los menores no han tenido otras pérdidas significativas (Fig. 2).

Figura 2. Edad de pérdida



En un 69% ha habido figuras sustitutas. El 26% fue la nueva pareja del padre, 17% tíos, 14% hermanos y 9% abuelos. En un 31% no ha habido figuras sustitutas (Fig 3).

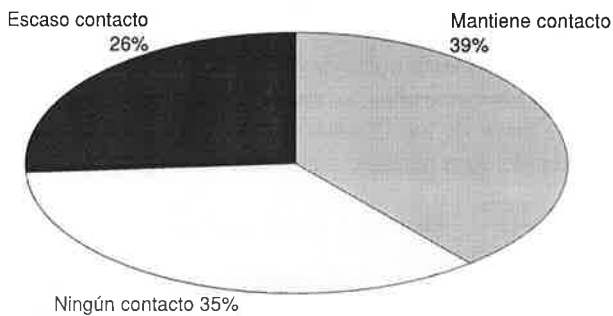
Figura 3. Figura sustituta



La valoración de su nivel de adaptación después de dos años es buena en un 48%, regular un 46% y malo en un 6%. La relación actual con los familiares del progenitor fallecido o discontinuo son inexistentes en un 35% y mantienen contacto un 65%, aunque en un 26% sea escaso (Fig 4).

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables que hemos analizado en cuanto a la adaptación, motivo de la pérdida y si ha habido o no figuras sustitutas.

30 **Figura 4. Relación actual con familiares del progenitor fallecido o discontinuo.**



Si hemos encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,02$) entre relación con los familiares del progenitor fallecido o discontinuo y nivel de adaptación. Cuando existe relación con dichos familiares, la adaptación es buena en un 77%, mientras que en el grupo que mantiene escasa o nula relación, el nivel de adaptación es regular o mala en un 71% (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Tabla de contingencia entre el nivel de adaptación y la relación actual.

		Relación actual con familiares de la figura perdida		TOTAL
		Buena relación	Escasa o nula relación	
Nivel de adaptación	Buena	10	6	16
	Regular	3	13	16
	Mala	0	2	2
TOTAL		13	21	34

Tabla 2. Prueba Chi-cuadrado para estudiar la independencia entre el nivel de adaptación y la relación actual.

	Valo	gl	Sig Asint (Bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,799	2	0,020

Cuando la pérdida es por la muerte de uno de los padres, aparece con más frecuencia como figura sustituta la nueva pareja (40%).

DISCUSIÓN

Este estudio nos ha permitido observar tendencias sobre menores en duelo y variables que pueden favorecer dicho proceso.

En el 68% de los casos analizados, la pérdida es debi-

da a la separación de la pareja. Toda la literatura relacionada con los niños del divorcio, llega a las mismas conclusiones que los problemas y las dificultades surgen cuando el nivel de conflicto y agresividad entre los padres se mantiene después del mismo^{5,8,9}.

Durante el primer año el funcionamiento es peor, se ponen malos, consultan más a los médicos por causas sin base orgánica, empeoran su comportamiento¹⁰. Después de 5 años, una tercera parte de los niños sigue enfermo o con problemas y uno de cada 3, sigue en medio de las peleas de los padres⁹.

Una de las situaciones que más claramente tiene consecuencias negativas en los niños es el pobre contacto con el padre discontinuo, o la falta de figuras sustitutas en caso de fallecimiento, sobre todo cuando es del mismo sexo.

En las niñas puede dar lugar a precocidad en las relaciones sexuales y en los chicos a conductas agresivas y fracaso en el rendimiento escolar¹¹.

Este escaso o ningún contacto se amplía a la familia extensa, perdiendo fortaleza las relaciones familiares y la continuidad generacional, dificultando el proceso de interiorización de la pareja parental (el deseo sexual del adulto está en otro lugar). Esto implica que se creen que son los únicos y desarrollan un funcionamiento narcisista y megalomaniaco (múltiples expectativas y satisfacciones en una relación dual).

Cuando un padre se va, los niños lo viven como un abandono¹². El sentimiento es similar a cuando un padre fallece pero sin la causa concreta de la muerte. Cuando un padre no tiene contacto, lo sienten como un rechazo. Los niños necesitan sentirse queridos por ambos padres. La fantasía de reconciliación es casi permanente y hacen lo que sea para intentarlo.

Los niños pasan por 4 etapas:

- Negación: no pueden entender que quien les cuida se vaya, piensan que volverá.
- Enfado: por no intentar seguir juntos y estropear su familia y su futuro.
- Negociación: piensan que si son "buenos", no se pelean con los hermanos, etc. volverán a estar juntos.
- Depresión: están tristes y cansados. Tardan mucho tiempo en asimilarlo, finalmente cuando se hacen mayores.

La reconstitución familiar es otra de las situaciones difíciles que los chicos tienen que afrontar. En nuestro estudio no se encuentran diferencias significativas por contar con una muestra reducida, pero se observa una tendencia a que la sustitución se produzca más fácilmente.

te cuando hay fallecimiento que cuando hay separación. Furstenberg¹³ refiere que los chicos admiten mejor al padrastro que las chicas cuando conviven con la madre, pues no tienen que ocuparse ellos de la "familia". Cuando conviven con el padre hay más problemas cuando se incorpora una mujer a la casa.

La asunción de una nueva pareja cuando el padre es discontinuo, es más sencilla, pues no tiene funciones de cuidado.

La incorporación es más sencilla cuando el nuevo adulto es del mismo sexo.

La intervención terapéutica⁸ está dirigida fundamentalmente a los padres para:

- Introducir un nivel de auto-observación que permita identificarse con las necesidades de sus hijos, no en las carencias de ellos como adultos.
- Transmitir a los padres que la paternidad es la única

relación sólida y para la constitución de la personalidad y su humanización es necesaria la filiación (sentimiento de ser deseado y querido).

- Articular y mantener las diferencias generacionales, genitales y sexuales (no hacer a los niños responsables de tareas de los padres).
- Mantener y fomentar la relación con los familiares del progenitor desaparecido o discontinuo influye positivamente en la elaboración del proceso.

El proceso terapéutico realizado con los menores facilita la elaboración del duelo y tiene un efecto a largo plazo en la construcción de su vida como adultos.

Podemos concluir que mantener una relación continuada con los familiares del padre fallecido o discontinuo ejerce un efecto positivo en los menores, valorado en el nivel de adaptación, así como la presencia de figuras sustitutas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Black D. Psychological reactions to life-threatening and terminal illnesses and bereavement in Rutter M, Taylor E, and Herson L (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994: 776-793.
2. Rutter M. *La privación materna*. Madrid, Ed. Morata SA, 1990.
3. Furman E. *A child's parent dies: Studied in childhood bereavement*, 1974. New Haven y Londres. Yale University Press.
4. Worden JW. *Children and grief: When a parent dies*. New York. The Guilford Press, 1996.
5. Villanueva C, García J. Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría Pública* 2000; 12(3):219-228.
6. Worden, JW *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona Paidós 1997.
7. Bowlby J. *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona, Paidós 1993.
8. Bryner Ch. Children of divorce. *Jam Board Fam Pract*, 14(3). May/June 2001: 201-210.
9. Kelly JB. Marital conflict, divorce and children's adjustment. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1998;7:259-71.
10. Lloyd-Williams M. Do bereaved children consult the primary health care team more frequently?. *Eur-J-Cancer-Care(Engl)*. 1998 Jun; 7(2): 120-4.
11. Thompson P. Adolescents from families of divorce: vulnerability to physiological and psychological disturbances. *J Psycholoc Nurs Ment Health Serv* 1998;36(3)34-9.
12. Emery RE, Coiro MJ. Divorce: consequences for children. *Pediatr Rev* 1995; 16:306-10.
13. Furstenberg FF Jr, Cherlin AJ. *Divided families: what happens to children when parents part*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

PM Ruiz-Lázaro

Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia

Psiquiatra Infanto-Juvenil, Coordinador Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Teruel, Diputación General de Aragón, Teruel.

Depressive disorders in childhood and adolescence

Correspondencia:

Pedro Manuel Ruiz Lázaro
c/ Luis Vives 8, 3ºA.
50.006 ZARAGOZA.
pmruiz@aragob.es/pruizl@intersep.org.

RESUMEN

Este artículo pretende revisar con criterio las pruebas aportadas por la investigación y la práctica clínica habitual sobre la depresión en los niños y adolescentes.

PALABRAS CLAVE

Depresión, niño, adolescente, tratamiento, antidepresivo.

ABSTRACT

This article critically reviews the current research evidence and common clinical practice on the depression in children and adolescents.

KEY WORDS

Depression, child, adolescent, treatment, antidepressant.

INTRODUCCIÓN

La paidopsiquiatría ha ido arrastrando un notable retraso en el estudio y definición de los trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia¹. Hasta hace poco tiempo la depresión era un área desdeñada en Psiquiatría infantil².

La situación afortunadamente ha cambiado y la investigación sobre la depresión ha ido aportando datos cruciales en los últimos años³.

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión entre los niños y adolescentes es común pero frecuentemente no se reconoce. Afecta al 2% de los niños prepuberales y un 5-8% de los adolescentes⁴.

La depresión es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad entre los niños y adolescentes⁵. Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la adolescencia y uno de los que más consecuencias acarrea: morbilidad psiquiátrica, abuso de sustancias, fracaso académico y social, embarazos no deseados y lo más grave altas tasas de parasuicidio y suicidio consumado⁶.

En la edad escolar la depresión se distribuye igualmente en niños que en niñas, o es incluso más frecuente entre los varones. En los adolescentes la proporción se duplica en el sexo femenino, paralelamente a lo que ocurre en adultos³. Habitualmente en la pubertad media se produce un incremento de las tasas de depresión en las mujeres. Se ha relacionado a los factores genéticos que influyen en el riesgo de depresión y a los acontecimientos vitales negativos como los productores de mayores tasas de depresión en las chicas adolescentes, al interactuar con el estado puberal y el género⁷. Hay pruebas de

que las chicas tienen más factores de riesgo para la depresión que los chicos: refieren más acontecimientos vitales interpersonales, tienden a responder con un estilo cognitivo rumiativo y entran tempranamente en la pubertad con los cambios biológicos, hormonales y psicosociales acompañantes⁸.

PATOGÉNESIS, FACTORES DE RIESGO

La vulnerabilidad hacia la depresión comprende una compleja interacción entre factores biopsicosociales, ambientales e intraindividuales que pueden contribuir a la disfunción en la regulación afectiva⁸.

La depresión en la adolescencia se asocia con un estilo atribucional negativo, mayor fatalismo, mayor pesimismo, baja autoestima, un mayor afrontamiento pasivo, un bajo soporte social y mayor estrés⁹.

En niños y adolescentes con alto riesgo de desarrollar un trastorno depresivo se pueden encontrar alteraciones biológicas: así la respuesta a la estimulación de la secreción de la hormona de crecimiento (GH) con GHRH puede representar un marcador de rasgo en niños y adolescentes¹⁰.

Las relaciones entre depresión y tabaquismo no están del todo claras. Un reciente artículo encuentra que el uso frecuente de cigarrillos es un poderoso determinante del desarrollo de síntomas depresivos¹¹.

CLÍNICA

Empíricamente parece demostrado que la sintomatología depresiva en los niños cuenta con mayor transitoriedad que la de los adultos¹. Hay pruebas de la existencia de varios subtipos de depresión en niños y adolescentes como en los adultos: psicótica, endógena, melancólica, bipolar. La presencia de síntomas de depresión atípica entre niños y adolescentes se encuentra en un 15,5% de jóvenes deprimidos¹².

En una amplia muestra representativa de adolescentes holandeses de 12 a 18 años una percepción negativa de la familia tiene una estrecha y significativa relación con síntomas depresivos y conducta antisocial; la relación entre la percepción negativa de los pares y los síntomas depresivos es más estrecha que la relación entre las percepciones negativas de la escuela y los síntomas depresivos¹³.

EVOLUCIÓN, CURSO Y PRONÓSTICO

Los estudios longitudinales de seguimiento de adolescentes con depresión han documentado altas tasas de recurrencia, de progresión a la cronicidad y de continuidad en la edad adulta con un trastorno afectivo⁶. Bajos

niveles de excesiva dependencia, expresividad emocional, un único episodio de trastorno depresivo en la adolescencia, baja proporción de familiares con trastorno depresivo recurrente, bajos niveles de síntomas de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (límite) y de trastorno antisocial y un estilo atribucional positivo (en los varones sólo) son predictores independientes de que los adolescentes con trastorno depresivo pueden permanecer libres de psicopatología en el futuro. El género femenino, múltiples episodios de trastorno depresivo en la adolescencia, alta proporción de familiares con trastorno depresivo recurrente, elevados síntomas de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (límite) y el conflicto con los padres (en las mujeres sólo) predicen independientemente la recurrencia del trastorno depresivo¹⁴.

En un estudio de seguimiento de adultos con el diagnóstico de depresión prepuberal tienen un trastorno bipolar tipo I el 33,3%, una tasa significativamente mayor que la de los sujetos normales de comparación. Las tasas son significativamente mayores para el trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias y suicidio¹⁵. Además la depresión en la infancia se asocia positivamente con un Índice de Masa Corporal elevado en la edad adulta en un seguimiento a 10-15 años¹⁶.

TRATAMIENTO

La psicoterapia parece ser útil en niños y adolescentes con depresiones leves y moderadas. Las terapias médicas que se han estudiado con bases limitadas son los antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs). Estos últimos son mejor tolerados pero no necesariamente más eficaces¹. Hay un uso creciente de ISRSs en Psiquiatría infanto-juvenil. Los datos respecto a su eficacia son bastante limitados. Los más sólidos son en el tratamiento del TOC y la depresión. Las pruebas de que disponemos junto con la experiencia clínica y los estudios en adultos permiten afirmar que los ISRSs tienen un papel válido como componente del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes¹⁷.

Para el tratamiento de las depresiones infantiles se recomienda el uso de intervenciones psicoterapéuticas de diversa índole (individual, interpersonal, cognitivo-conductual, familiar, grupal, intervención y asesoramiento escolar). De no responder positivamente a los abordajes previamente citados se sugiere realizar una prueba con antidepresivos. Su prescripción ha de inscribirse dentro de un plan global¹⁸. Los antidepresivos utilizados junto

34 con la psicoterapia pueden mejorar y acelerar el alivio de los síntomas en los niños escolares deprimidos². El tratamiento de la depresión en los niños y adolescentes requiere a menudo farmacoterapia con antidepresivos tricíclicos (ATC) o inhibidores selectivos junto con la psicoterapia¹⁹.

Respecto a las modalidades de tratamiento en ocasiones nos encontramos con creencias extendidas que más parece tienen que ver con la ideología que con criterios científicos. Así sucede respecto al uso de los antidepresivos en estas edades.

La mayoría de los estudios no encuentran los ATC más efectivos que el placebo en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Trabajos iniciales sí han demostrado que los ISRSs son más efectivos y mejor tolerados. Son necesarios más estudios en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes pues los datos de los adultos no pueden extrapolarse sencillamente¹⁹.

La enorme dificultad para hacer ensayos clínicos en niños da lugar a un número de estudios escaso, con muestras reducidas y no siempre homogéneas, lo que dificulta la generalización de sus resultados. En los años 60 en adultos la imipramina y los IMAOs no daban mejor resultado que el placebo en los pacientes depresivos. Entre 1958 y 1972 de 85 ensayos controlados en adultos el 30% no halló diferencia entre los antidepresivos tricíclicos (ATC) y el placebo. Y sin embargo, hoy día nadie afirmaría que los antidepresivos no son eficaces en los adultos. Existe el mito de que la psicoterapia es "inocua" y se realiza sin control, consentimiento informado, cuando apenas existe investigación controlada que verifique su eficacia, ausencia de efectos adversos, lo que afortunadamente se exige a los antidepresivos^{20,21}. Se llega al extremo en la postura contraria al empleo de fármacos como la carta en APA Monitor que animaba a los psicólogos "a evitar derivar niños con síntomas de depresión para que los traten con antidepresivos pediatras y psiquiatras infantiles no éticos" y que no merece mayor comentario²¹.

Tricíclicos

Una revisión de estudios clínicos abiertos con tricíclicos bien diseñados en niños prepuberales (años 1965-1983) encuentra un promedio de mejorías del 75% (con un rango entre el 46 y el 100%)²².

Puig Antich y sus colaboradores en 1987 estudiando 53 niños prepuberales con trastorno depresivo "mayor" con un diseño doble ciego controlado mediante placebo hallaron que la respuesta terapéutica a la imipramina era

muy similar a la obtenida mediante placebo. El objetivo del trabajo era ver la potencial efectividad de la imipramina (>5mgr/Kgr/día) en 53 niños prepuberales con trastorno depresivo. El diseño era doble ciego, placebo-controlado 5 semanas (N=38, 16 imipramina y 22 placebo) y estudio de la respuesta clínica/nivel plasma (N=30). Quince de los 16 asignados aleatoriamente a la droga activa en el primer estudio también participaron del segundo. Fueron valorados con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children y diagnosticados de acuerdo con los Research Diagnostic Criteria. La tasa de respuesta en el estudio doble-cego fue similar en ambos grupos: con imipramina del 56% y con placebo del 68%. En 30 respondedores se halló correlación positiva entre los niveles imipramina /desipramina y la respuesta clínica ($p<0,003$). Los respondedores tenían una tasa plasmática media de 284 ng/ml y de 145 ng/ml en los que no respondían. Las alucinaciones predecían una respuesta clínica negativa ($p<0,05$). Algunos niños precisaron dosis superiores a 5mg/kg/día para alcanzar niveles plasmáticos en rango terapéutico. Sus resultados sugerían que la dosis media de imipramina era demasiado baja y recomendaban en futuros estudios niveles en plasma > 150 ng/ml y un período de limpieza placebo inicial²³.

En otro estudio doble ciego con atribución aleatoria y control placebo en 22 pacientes prepuberales (6-12 años) hospitalizados con moderada o grave depresión con niveles imipramina más desipramina en plasma entre 125-250 ng/ml la respuesta fue superior a placebo. Si los niveles eran >250 ng/ml aumentaba significativamente la incidencia de efectos secundarios (cardiocirculatorios). Los niños deprimidos con Test de Supresión de Dexametasona (TSD) positivo (marcador estado) respondían mejor a la imipramina que al placebo. Con TSD negativo era igual la respuesta imipramina y placebo²⁴.

Previamente otros investigadores tampoco habían hallado diferencias en la eficacia terapéutica entre la amitriptilina y el placebo en el tratamiento de la depresión adolescente tras 6 semanas de tratamiento en 20 adolescentes²⁵.

Otros trabajos con nortriptilina, desipramina no encuentran tampoco diferencias significativas respecto al placebo^{20,21}.

El placebo parece milagroso en estos estudios con una sorprendente eficacia del 40-60%. Las causas posibles apuntadas para este sorprendente hecho son: respuestas muy frecuentes por la obligada mayor información recibida por el paciente y su familia en los ensayos controla-

dos con niños; la abundancia de depresiones secundarias; la inestabilidad de los síntomas afectivos en menores; la inclusión de depresiones moderadas y una menor prevalencia de depresiones melancólicas que en adultos²¹.

Frente a este panorama desolador del tratamiento con tricíclicos un interesante trabajo estudió la eficacia de la clomipramina con un ensayo doble ciego en 16 adolescentes no suicidas (\leq ó $>$ 18 en Escala Hamilton-21) con depresión mayor DSM-III-R. A 8 se les administró una sola dosis intravenosa (IV) de 200 mg de clomipramina. A 8 de solución salina. La clomipramina parenteral fue significativamente más eficaz (88% de respuesta positiva, $n=7$) que el placebo (38%, $n=3$). La respuesta a la clomipramina fue evidente a los seis días y no a las 36 horas. En el 43% persistía la respuesta hasta 8 semanas después de la administración. La clomipramina IV crea durante 40 horas un efecto ISRS. Así la aparente falta de respuesta a los antidepresivos en la infancia y adolescencia estaría causada por el escaso número de estudios con ISRS²⁶.

Inhibidores selectivos

Estudios farmacocinéticos de sertralina, paroxetina y nefazodona se han realizado en jóvenes deprimidos. Hay pruebas de que pueden ser bien tolerados en niños y adolescentes. Estudios abiertos publicados han mostrado generalmente mejoría sintomática en deprimidos pediátricos, eficacia antidepresiva²⁷.

Así hay dos estudios españoles con paroxetina. El primero en 25 adolescentes con trastorno afectivo con un rango de dosis entre 20-40 mgr durante 8 semanas con un 44% de remisiones y un 32% de mejorías²⁸. El segundo con 45 depresivos menores de 14 años. La CGS pasa de 3,02 a 1,22 en 3 meses. Tras 8,4 meses todos los pacientes experimentan remisión completa de síntomas²⁹.

Con sertralina en 33 depresivos de 12 a 16 años, con una dosis inicial de 25 mgr y entre 25-200 mgr/día de mantenimiento, en 18 pacientes seguidos durante 10 semanas la gravedad del trastorno se redujo significativamente y en un 67% hubo mejorías moderadas o notables. Se encontraron efectos conductuales en un 21%, siendo relativamente frecuente la hipomanía³⁰.

Un estudio doble ciego control-placebo con dosis de 20, 30, 40 mgr de fluoxetina en 30 adolescentes con depresión encontró mejoría clínica en 2/3 de los pacientes tanto del grupo estudio como del placebo. En el seguimiento a 22 meses (8-46 meses) no hallaron diferencias significativas fluoxetina-placebo ni entre los que responden al inicio y los que no³¹. Sus resultados son difíciles de

interpretar por consideraciones metodológicas²⁷.

Emslie ha podido obtener una respuesta terapéutica mediante fluoxetina superior a la conseguida mediante placebo. Ha estudiado 96 niños o adolescentes (7-17 años) pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor no psicótico con un ensayo clínico randomizado, doble ciego, placebo-controlado con fluoxetina, con aleatorización estratificada por edad y sexo, precedida de 3 visitas de evaluación. Se administraba 20 mgr de fluoxetina ($N=48$) o placebo ($N=48$) con una visita semanal 8 semanas consecutivas y el empleo de las escalas Clinical Global Impressions scale, Children's Depression Rating Scale-Revised. Resultaban con mejoría 27 (56%) de los tratados con fluoxetina y 16 (33%) de los con placebo. La CGI Scale al acabar el estudio presentaba diferencia significativa ($\chi^2=1,1$, $g.l.=1$, $p=0,02$) y también la CDRS-R después de 5 semanas. La respuesta era equivalente en los de 12 años o menos ($N=48$) y en los de 13 o más ($N=48$). La remisión completa de síntomas ($CDRS-R < 6 = 28$) ocurría en sólo el 31% de los tratados con fluoxetina y el 23% de los con placebo. La fluoxetina era superior al placebo en la fase aguda de tratamiento del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes con grave, persistente depresión³². Para el grupo placebo una menor edad, una corta duración del episodio depresivo y un bajo estatus socioeconómico predecían la respuesta con un poder predictivo total del 81%³³. Al año de seguimiento la mayoría de los pacientes (85%, $n=74$) se recuperaban durante el año (47 con fluoxetina, 22 sin medicación y 5 con otros antidepresivos o litio) pero un 39% tenían una recurrencia³⁴.

Los prepúberes y adolescentes con depresión mayor que no toleran ISRSs o no responden a ellos pueden beneficiarse de la administración de Venlafaxina³⁵. Aunque un estudio doble ciego placebo-controlado con Venlafaxina en 33 pacientes (8-17 años) con depresión mayor DSM-IV no encuentra diferencias entre los grupos con fármaco y placebo. Claro que la duración es corta (6 semanas) y las dosis muy bajas³⁶.

Con todos los datos disponibles parece que los noradrenérgicos y mixtos noradrenérgicos /serotoninérgicos tricíclicos son inefectivos en la depresión de niños y adolescentes. Pero los antidepresivos serotoninérgicos (ISRS) son probablemente efectivos³⁷.

En líneas generales el perfil de los ISRSs, comparado con los tricíclicos, implica menos efectos anticolinérgicos, sedación, aumento peso y cambios electrocardiográficos. Existen efectos secundarios de los ISRSs en un 10-20% de los adolescentes. molestias gastrointestinales en

- 36 1/3 de los tratados, pérdida de peso, cefaleas (en un 15%), activación conductual, insomnio, nerviosismo, inquietud motora²¹.

Otros tratamientos biológicos

En la pequeña proporción de niños que tiene depresión resistente al tratamiento, refractaria los tricíclicos con litio, IMAOs o TEC pueden ser útiles¹⁸.

La Terapia Electroconvulsiva TEC tiene unas indicaciones muy claras (depresión con síntomas psicóticos, riesgo suicida elevado, depresión resistente, inhibición o agitación intensas) y es otro tratamiento biológico a considerar.

La eficacia y seguridad del TEC en jóvenes de 18 años de edad o menos parece similar a la TEC en adultos. Tras revisar 60 artículos con 396 pacientes las tasas de mejora significativa son del 63% para la depresión (y de 80% en la manía, 42% en esquizofrenia y 80% en la catatonia)³⁸. En 42 pacientes de 14-18 años de Australia entre los años 1990-1996 la TEC es un efectivo tratamiento en adolescentes, con mejoría marcada o resolución de síntomas en la mitad. Los trastornos del humor son los más beneficiados de la TEC. La opinión, experiencia de 26 pacientes es positiva^{39,40,41}.

Un ensayo controlado demuestra la eficacia de la fototerapia, luminoterapia en el trastorno afectivo estacional (TAE) pediátrico en 28 niños y adolescentes⁴².

A tener en cuenta por posibles interacciones son los remedios herbales (como la Hierba de San Juan o *Hypericum perforatum*) usados por los adolescentes con problemas psiquiátricos. Hay resistencia a comunicar su uso al psiquiatra y las creencias que justifican su uso son su seguridad ("naturales") y que las medicaciones prescritas tienen limitaciones. Para evitar riesgos es conveniente preguntar por su posible utilización⁴³.

Guías de tratamiento

Se intenta buscar el consenso para tratar de forma adecuada la depresión en las etapas evolutivas y de desarrollo como la experiencia de la Conferencia de Consenso de Texas con el proyecto de desarrollar algoritmos para el tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia⁴⁴.

Basados en la bibliografía existente y en su experiencia clínica para Birmaher, Villar y Heydl parece adecuado comenzar con 6-8 semanas de psicoterapia individual

o grupal en pacientes que presentan depresión leve o moderada. Si en este lapso de tiempo no se ha obtenido una respuesta o si han aumentado los síntomas depresivos se debe indicar medicación antidepresiva, preferentemente.

Se debe iniciar el tratamiento utilizando medicación antidepresiva con psicoterapia o sin ella en los siguientes casos:

- 1) Depresión psicótica.
- 2) Depresión bipolar.
- 3) La gravedad de la depresión impide la realización de la psicoterapia.
- 4) La depresión es crónica y no ha respondido a psicoterapia.
- 5) El paciente o la familia no quieren psicoterapia.
- 6) Ausencia de servicios adecuados para llevar a cabo la psicoterapia⁴⁵.

Park y Goodyer proponen una Guía para planificar el tratamiento de la depresión del niño/adolescente.

-Depresión Leve: 5 síntomas DSM-IV, Hamilton > 12-17. Iniciar tratamiento psicológico. -Moderada: 6-7 síntomas DSM-IV, Hamilton 18-24. Iniciar psicoterapia y si no hay respuesta considerar combinar con antidepresivo.

-Grave: 8 o más síntomas DSM-IV, Hamilton > 24. Iniciar psicoterapia combinada con medicación antidepresiva. Tener preocupación constante por la seguridad, manejo de riesgo, crisis.

El tratamiento inicial son 4 semanas mediante apoyo y psicoeducación (con un 30% de respuesta). Con psicoterapia de 8 semanas individual (Terapia Cognitivo Conductual o TCC de elección), consejo a los padres se obtiene un 55% de respuesta, un 15% parcial.

Si hay gravedad, pobre respuesta tratar con un ISRS durante 6 meses. El tratamiento de continuación son 3-6 meses tras la remisión. Si hay 2 o más episodios recomiendan un tratamiento de mantenimiento de 1-2 años⁸. (

CONCLUSIONES

Tras este intento de una revisión con criterio de las pruebas aportadas por la investigación y la práctica clínica habitual sobre la depresión en los niños y adolescentes parecen claras la trascendencia de este cuadro en estas etapas del ciclo vital y la existencia de unas pautas de tratamiento recomendables si se sigue la medicina basada en pruebas (psicoterapia, ISRSs) con el actual estado de conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toro J. Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. En: Vallejo J, Gastó C, editores. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000. pág. 868-883.
2. Herzog DB, Jellinek MS. Introducción a la consulta psiquiátrica infantil. En: Cassem NH, editor. *Psiquiatría de enlace en el hospital general*. 3ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 1994. pág. 601-620.
3. Canals J. Trastornos depresivos. En: Gutiérrez JR, Rey F, editores. *Planificación Terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del Niño y del Adolescente*. Madrid: SmithKline Beecham. ENE Publicidad, 2000. pág. 747-790.
4. Son SF, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000; 15; 62 (10): 2297-2308.
5. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T, Rintelmann J A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54 (11):1031-1037.
6. Martin A, Cohen DJ. Adolescent Depression: Window of (Missed?) Opportunity. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1549-1551.
7. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical Review. B J Psychiatry* 2000; 177: 486-492.
8. Park RJ, Goodyer IM Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2.000; 9 (3): 147-161.
9. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. Fatalism and Risk of Adolescent Depression. *Psychiatry* 2.000; 63 (3): 239-252.
10. Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Perel JM, Brent DA, Axelson DA, Kaufman J, Dorn L, Stull S, Rao U, Ryan ND. Growth Hormone Secretion in Children and Adolescents at High Risk for Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2.000; 57: 867-872.
11. Goodman E, Capitman J. Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Among Teens. *Pediatrics* 2000; 106 (4): 748-755.
12. Williamson DE, Birmaher B, Brent DA, Balach L, Dahl RE, Ryan ND. Atypical Symptoms of Depression in a Sample of Depressed Child and Adolescent Outpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2.000; 39 (10): 1253-1259.
13. Garmeski N. Age Differences in Depressive Symptoms, Antisocial Behavior, and Negative Perception of Family, School, and Peers Among Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2.000; 39 (9): 1175-1181.
14. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1584-1591.
15. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (1): 125-127.
16. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001; 107 (5): 1049-1056.
17. Ziervogel CF. Selective serotonin re-uptake inhibitors for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 Suppl 1: 120-126.
18. Remedi C. Cuando termina el mito de la infancia feliz y se descubre la tristeza. En: Grau A, Meneghello J, editores. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2000. pág. 418-426.
19. Weller EB, Weller RA Treatment options in the management of adolescent depression. *J Affect Disord* 2000; 61 Suppl 1: 23-28.
20. Mardomingo MJ, Rodríguez P, Velasco A. *Psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos, 1997.
21. Toro J, Castro J, García M, Lázaro L. *Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson, 1998.
22. Weller EB, Weller RA, Svadjian H. Mood Disorders. In: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. pág.650-665.
23. Puig-Antich J, Perel JM, Lupatkin W, Chambers WJ, Tabrizi MA, King J, Goetz R, Davies M, Stiller RL Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (1): 81-89.
24. Preskorn SH, Weller EB, Hughes CW et al. Depression in prepubertal children: Dexamethasone non-suppression predicts differential response to imipramine vs placebo. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23: 128-133.
25. Kramer AD, Feiguine RJ. Clinical effects of amitriptyline in adolescent depression: a pilot study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981; 20: 636-644.
26. Sallee FR, Vrindavanam NS, Deas-Nesmith D, Carson SW, Sethuraman G. Pulse intravenous clomipramine for depressed adolescents: double-blind, controlled trial. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (5): 668-673.
27. Findling RL, Reed MD, Blumer JL. Pharmacological treatment of depression in children and adolescents. *Paediatr Drugs* 1999; 1 (3): 161-182.
28. Rodríguez P, de Dios JL, San Sebastian J y cols. Estudio preliminar de la paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos. *Psiquis* 1995; 16 (1): 21-30.
29. Rey-Sánchez F, Gutiérrez-Casares JR. Paroxetine in children with major depressive disorder: an open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (10): 1443-1447.
30. Tierny F, Joshi PT, Llinas JF et al. Sertraline for depression in children and adolescents: preliminary clinical experience. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1995, 5: 13-27.
31. Simeon JG, Dinicola VF, Ferguson HB, Copping W. Adolescent depression: a placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Progress Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 1990; 14. 791-795.
32. Emslie GJ, Walkup JT, Pliszka SR, Ernst M. Nontricyclic antidepressants: current trends in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (5): 517-528.
33. Kowatch RA, Carmody TJ, Emslie GJ, Rintelmann JW, Hughes CW, Rush AJ. Prediction of response to fluoxetine and placebo in children

- and adolescents with major depression: a hypothesis generating study. *J Affect Disord* 1999; 54 (3): 269-276.
34. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Carmody T, Mayes TL. Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depress Anxiety* 1998; 7 (1): 32-39.
35. Kutcher S. Venlafaxine. *Child Adolesc Psychopharmacol News*, 1996; 1 (4): 1-3.
36. Mandoki MW, Tapia MR, Tapia MA, Sumner GS, Parker JL. Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33 (1): 149-154.
37. Ryan ND, Varma D. Child and adolescent mood disorders-experience with serotonin-based therapies. *Biol Psychiatry* 1998; 44 (5): 336-340.
38. Rey JM, Walter G. Half a century of ECT use in young people. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (5): 595-602.
39. Walter G, Koster K, Rey JM. Electroconvulsive therapy in adolescents: experience, knowledge, and attitudes of recipients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (5): 594-599.
40. Walter G, Rey JM, Starling J. Experience, knowledge and attitudes of child psychiatrists regarding electroconvulsive therapy in the young. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31 (5): 676-681.
41. Walter G, Rey JM. An epidemiological study of the use of ECT in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (6): 809-815.
42. Swedo SE et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997
43. Walter G, Rey JM. Use of St. John's Wort by adolescents with a psychiatric disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9 (4): 307-311.
44. Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, Wagner KD, Birmaher B, Geller B, Pliszka SR, Ryan ND, Strober M, Trivedi MH, Toprac MG, Sedillo A, Llana ME, Lopez M, Rush AJ. The Texas Children's Medication Algorithm Project: report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (11): 1442-1454.
45. Birmaher B, Villar L, Heydl P. Depresión y distimia en el niño y el adolescente. En: Grau A, Meneghello J, editores. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2000, pág. 392-417.0

JL Pedreira Massa¹
L Moral Iglesias²

El recorrido de la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes: del diagnóstico al ingreso

*The tour of the psychiatric hospita-
lization of children and teenagers:
of the diagnosis to the revenue*

¹ Paidopsiquiatra, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

² Psiquiatra, Máster en Gestión Sanitaria

INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años la hospitalización de niños y adolescentes que padecen trastornos mentales es un tema recurrente. Pero con igual o, cuanto menos, similar frecuencia es el olvido y aparcamiento del tema.

En los últimos dos años la situación se ha modificado parcialmente. Por una parte, la criticada reforma de la asistencia psiquiátrica ha avanzado de una forma sensible, lo que ha posibilitado evidenciar sus múltiples fallos, aunque algunos quisieran silenciarlos. Entre sus claras y nítidas deficiencias está el escaso, cuando no nulo, desarrollo de los programas destinados a la atención de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, pese a ser denominados (pág. 34)¹ como "programas permanentes de carácter prioritario". Abundando en esta argumentación la Ley General de Sanidad (LGS)² señala esta prioridad de atender la salud mental de la infancia en el Capítulo tercero, art. 20, apartado 1. Pero en ninguna de ambas versiones se ha desarrollado, al menos hasta el momento actual.

Un segundo grupo de razones hay que buscarlas en la promulgación de la Ley 1/96³, donde de forma clara se contempla un apartado para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia.

En este orden de cosas incluimos los sucesivos informes anuales del Defensor del Pueblo durante los últimos

10 años en el que tres personalidades diferentes señalan esta carencia y claman por su solución por parte de las Administraciones Públicas.

Desde la perspectiva profesional hay que destacar que los casos notificados con complicaciones de todo tipo (sociales, clínicas y asistenciales) se han ido incrementando de forma gradual. Sobre todo dos aspectos destacan: la proliferación desordenada y descontextualizada de un marco asistencial gradual e integrado en una red asistencial mínimamente coherente de demandas para la creación de Unidades específicas para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), promovida por diversos agentes y grupos de presión. En segundo lugar la creciente presión de profesionales que demandan el reconocimiento de la subespecialidad en psiquiatría infanto-juvenil.

En este contexto, tiene lugar la puesta en funcionamiento, casi simultánea de dos unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil, una en un hospital dependiente de la Comunidad de Madrid (Hospital Gregorio Marañón) y otra en un hospital gestionado por INSALUD, de referencia supraprovincial (Hospital Niño Jesús).

DATOS HISTÓRICOS

La primera forma de atención a la infancia con algún tipo de problemas fue el acogimiento caritativo destina-

40 do a dar cobijo a los niños abandonados. Las inclusas sustituyen a la Roca Tarpeya a la hora de atender a la infancia que presenta dificultades de cualquier índole.

Un paso cualitativamente diferente lo constituyen el intento de atender de forma específica y diferenciada a los pacientes que presentan algún tipo de deficiencia mental. Primero con la creación de salas o pabellones destinados a tal fin en los Manicomios y la creación de Centros Especiales, desde finales del siglo XIX y durante todo el siglo pasado.

Los casos que presentaban graves trastornos del comportamiento o presentaban serias dificultades sociales también tuvieron su institución específica: Los reformatorios. Estas instituciones, tan controvertidas, han sido como los "ojos del Guadiana" de la asistencia, pues de estar presentes a ser condenados y pasar a ser requeridos como casi milagrosos en la actualidad, ha existido todo un tránsito literario, cuyo representante más genuino podría ser Dickens, y de análisis socio-sanitario, cuyo representante más conspicuo es Platt⁶.

La última mitad del siglo pasado en España ha sido rica en cambio de pareceres asistenciales y científicos. Primero se pasó de la nada al todo. El PANAP creó cuatro Hospitales Psiquiátricos Infantiles (Madrid, Ciudad Real, Zamora y Teruel) allá por la década de los cincuenta-sesenta⁷. Supusieron un paso muy relevante y sus frutos tuvieron. Pero la década de los setenta destacó por la proliferación de un cierto modernismo antiinstitucional, que tuvo su continuación en los ochenta con la exposición de dudas crecientes acerca de la existencia de la enfermedad mental en la infancia. De esta suerte se pasó a un cierto desorden asistencial en este tipo de trastornos con políticas primero educativas, que evidenciaron su fracaso unos años después, y que dieron paso a políticas sociales, que están demostrando su clamorosa insuficiencia en la actualidad.

La LGS y el documento ministerial para la reforma psiquiátrica¹² supusieron un punto de inflexión que levantaron esperanzas, que se cargaron de contradicciones y terminaron en frustraciones de un amplio colectivo de profesionales que desempeñan su actividad en la atención a la patología psiquiátrica de la infancia y adolescencia^{8,9}.

En épocas más recientes la situación tampoco ha mejorado de forma sensible, pues la Ley 1/96 no se ha desarrollado y tienen unas consecuencias claramente silenciadas y la Reciente Ley Penal del Menor está creando buena dosis de confusión y un importante nivel de poner en evidencia las múltiples contradicciones del sistema¹⁰.

El recorrido de la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes: del diagnóstico al ingreso

Tabla 1. Mejora continua de calidad en SJI-J: proceso roto de la reforma

Dispositivos	Profesionales/100.000 habitantes	
	Etapas 3-4 Staff	Etapas 4-5 Staff
CSM	10	30
Hosp. Psiq.	25	40
HDP	10	20
Urgencias	5	10
Infanto-juvenil	5	20
Toxicomanías	3	10

**Etapas para el proceso de reforma
de la asistencia psiquiátrica**

Etapa 0: psiquiatría asilar

Etapa 1: motivación reforma

Etapa 2: iniciativa política

Etapa 3: desbloqueo psq. asilar

Etapa 4: implantación dispositivos en comunidad

Etapa 5: generalizar dispositivos nuevos

Etapa 6: consolidación psq. comunitaria

Fuente: M. González Chávez (1994)

SITUACIÓN ACTUAL DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN ESPAÑA

Con cierta frecuencia la experiencia demuestra que la existencia de una legislación abundante sobre un tema, no implica en modo alguno que el presunto problema esté solucionado, más bien lo contrario. Es el caso de la Reforma de la asistencia psiquiátrica² que ha tenido intentos de aplicación¹¹ y evaluación muy relevantes^{11,12}, pero posiblemente los contenidos de mejora de calidad asistencial no han sido tan finos y constantes^{13,14} y los escasos intentos por conseguirlos no han tenido el apoyo gestor-administrativo ni el eco requeridos.

La mejora continua de la calidad es un proceso¹⁴ y las formulaciones en la asistencia sanitaria en general de Donabedian, Juran y la propia OMS han posibilitado pensar la aplicación en psiquiatría y en salud mental^{13,16}. De esta suerte aplicando los ratios y criterios que sigue a cada etapa del proceso (González de Chávez¹³) (Tabla I) podremos comprobar que aún aceptando que el conjunto de la reforma psiquiátrica hubiera alcanzado el nivel 4-5, si hacemos caso a las ratios de atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia no se alcanza ni siquiera el nivel 3.

Lo anterior hace que nos planteemos las deficiencias reales de los Centros o Programas de Salud Mental Infanto-juvenil: la realidad constató que la aptitud, actitud y estabilidad de los profesionales responsables de estos programas, no siempre ha sido la idónea. Por ello la atención a los trastornos mentales de la infancia se realizaba en condiciones poco adecuadas, al confundir "ver los niños que llegan" con "atender los problemas que presentan" en esas etapas del desarrollo humano.

Con este marco general se explica que las deficiencias hayan sido relevantes: los dispositivos intermedios no existían (17-18), la hospitalización ni se planteaba (1,2, 9, 11 y 12), crecían ciertas unidades específicas por patologías (TCA en el cenit) (4,5), la presión judicial comienza a ser un hecho incontestable (9, 14 y 19) y los procedimientos de reinserción y rehabilitación son una quimera (12 y 14) ¿Cómo superar esta situación?

Contestar esta pregunta no es tarea sencilla, pero creemos conveniente iniciar el proceso conociendo cuál es la situación concreta en el momento actual. En efecto, aún están por obtener una respuesta mínimamente sensata las preguntas que uno de nosotros (19) realizó con la puesta en marcha de la Ley de Derechos del Menor 1/96 (3):

- ¿Dónde hacer el ingreso hospitalario de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia? Se suscita aquí el debate de si en Psiquiatría vs. Pediatría, y lo que es más relevante desde el punto de vista técnico y de eficiencia en la utilización de los recursos públicos: en el mismo hospital de área o en unidades de referencia supra-área. Esta última opción, que implica indudablemente algunos problemas, es la más adecuada y eficiente, pues permite no sólo que los casos que precisan ingreso (relativamente poco frecuentes) sean atendidos por profesionales expertos, sino crear unidades que tienen una dimensión mínima eficiente.

- ¿Cómo hacer esta hospitalización?

- ¿Cuándo hacer la hospitalización? A este respecto deben primar sobre todos los criterios clínicos, de adecuación del ingresos.

- ¿Quién es el responsable de la hospitalización de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia?

La respuesta a estas y otras preguntas, choca con situaciones que dificultan la implantación, con criterios de calidad y eficiencia de las unidades de hospitalización

psiquiátrica infanto-juvenil, pues existen problemas en todos los ámbitos de responsabilidad:

1° Planificación: Utilización del criterio de población general, en vez de la población infanto-juvenil existente, para el cálculo de necesidades.

2° Organización: Escasa relevancia a los programas de atención a los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia por parte de los responsables de organizar la asistencia en primera instancia, Jefes de Servicio/Sección y Coordinadores de Salud Mental

3° Profesionales: La falta de regulación, y las circunstancias en las que se ha desarrollado la actividad, ha propiciado el que con cierta frecuencia se "autotitulen" expertos en psiquiatría infanto-juvenil, profesionales con insuficiente formación y experiencia profesional en esta materia.

De lo que antecede emergen unas reflexiones que tienen el sustento de la experiencia y la práctica: el peligro que se ha cernido y está aún vigente de desarrollar unidades de hospitalización de algunos grupos de trastornos mentales de la infancia y adolescencia, soslayando algún tipo de trastornos y con exclusión de otros, dando lugar a engañosas unidades de aparente superélite que, en poco o en nada, responden a las necesidades de la población. Se precisa, para poder confrontarse con la realidad, la existencia de profesionales formados y sensibilizados, que antepongan la atención a la infancia y la adolescencia a sus (legítimas) apetencias personales. Por fin, se precisa la elaboración de guías clínicas, más allá de los meros protocolos, que orienten la práctica de forma flexible y fundamentada y no como meros catecismos o seguimiento de "recetas de cocina", que ya alertaba el manual de la DSM-IV (21).

En conclusión, puede quedar un regusto de amargor pues ha primado la descalificación de muchos profesionales que se dedicaban a la asistencia psiquiátrica de la infancia y adolescencia, con razones oscuras y métodos peculiares (20), sin atender lo que El Cid proclamara en la Jura de Santa Gadea ante su Rey: "¡Qué buen vasallo, si hubiere buen Señor!".

42 REQUISITOS GENERALES PARA EL INGRESO PSIQUIÁTRICO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Era preciso situar el contexto, así podremos acercarnos a comprender la exposición en su conjunto. El pasado año la Fiscalía de Madrid actuaba de oficio contra los responsables sanitarios por no existir dispositivos de ingreso adecuados para la infancia y la adolescencia, según se contemplaba en la Ley 1/96. Sin entrar a valorar la oportunidad y adecuación de esta actuación, lo cierto es que fue el desencadenante de la puesta en marcha, con escaso tiempo de diferencia, de dos unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en Madrid²². Sean cuales fueren las vicisitudes posteriores y las versiones, más o menos interesadas o desvirtuadas, que se han querido exponer, aquí vamos a expresar los planteamientos iniciales y los objetivos y la planificación de la unidad que, con carácter piloto, se creó en el Hospital del Niño Jesús.

El rango de edad para el ingreso debía cubrir hasta los 18 años. El ámbito territorial de influencia debía referirse a un Área asistencial de Madrid (aspecto a coordinar con la otra unidad, dependiente de la Comunidad de Madrid) y a las CCAA cuya asistencia era todavía gestionada por INSALUD.

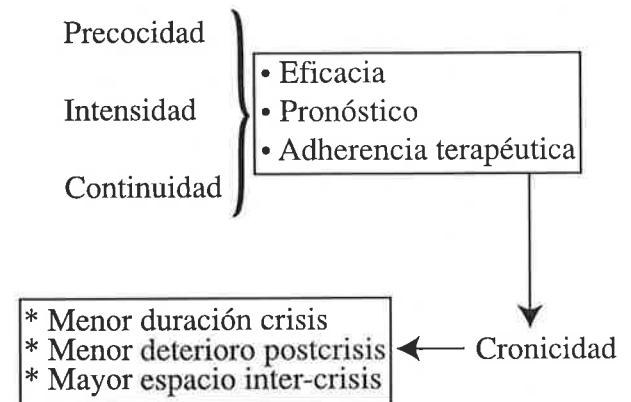
El ingreso se planteaba como preferentemente programado, siempre previa firma de un documento de consentimiento informado por parte de los responsables legales, y en cumplimiento de la legislación vigente, con notificación al juez/fiscal en el curso de las primeras 24 horas de ingreso y al alta.

La estancia media se estimaba en unos 21 días. Al alta debía acompañarse un informe y una cita con el centro de referencia del área sanitaria correspondiente en un plazo inferior a una semana.

Se consideraban, al menos inicialmente, unos criterios de exclusión: trastornos de agresividad severa, consumo de drogas, causas psicosociales en las que el impacto de los factores sociales es muy determinante y la inexistencia de un protocolo de ingreso, tratamiento y seguimiento al alta. Es evidente que estos criterios debían ser revisados según la capacidad de contención y la dotación de recursos, tanto humanos como materiales.

También debían, por pura lógica, desarrollarse unas guías clínicas/protocolos adecuados, para lo que contábamos con bibliografía española contrastada²³⁻²⁶ los mínimos serían: Urgencias, uso clínico de los psicofármacos, primeros brotes psicóticos, descompensaciones de cua-

Figura 1. Impacto del primer brote psicótico



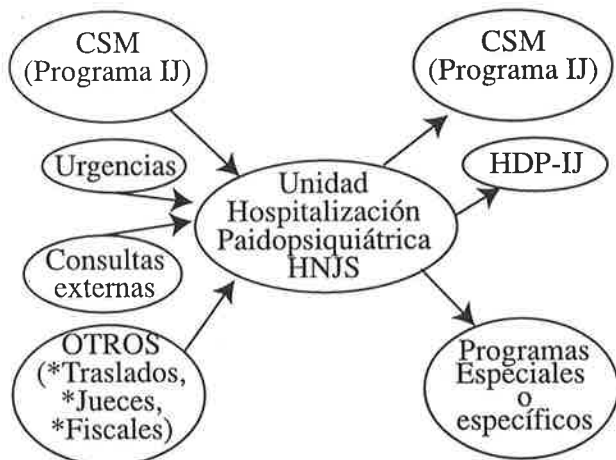
dro psicóticos previamente conocidos, tentativas de suicidio y otro tipo de conductas suicidas, trastornos afectivos y del humor, trastornos severos del comportamiento, cuadros psicósomáticos y TCA y, por fin, observación y diagnóstico diferencial.

Como caso paradigmático baste señalar la importancia de atender de forma adecuada e integrada el primer brote psicótico en la adolescencia (Fig. 1). La bibliografía internacional coincide²⁷⁻³² en que de la precocidad, intensidad y continuidad terapéutica en este primer brote depende la eficacia terapéutica, el pronóstico evolutivo y, lo que es más importante, la adherencia terapéutica. Por lo tanto esta intervención condiciona, en buena medida, la evolución hacia la cronicidad, de tal suerte que se pueden programar unos objetivos conseguibles de hacer que las crisis duren lo menos posible, que el deterioro postcrisis sea el mínimo posible y, sobre todo, que el espacio intercrisis se amplíe lo más posible.

RECORRIDO DE LA DEMANDA EN LOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La hospitalización paidopsiquiátrica representa un momento terapéutico, no es, por lo tanto, un fin en sí misma. Ello quiere decir que es importante el recorrido que se establece desde el diagnóstico al ingreso. Implica que la red asistencial debe funcionar coordinada y fluidamente, donde prima la atención al niño o adolescentes con problemas y su familia, donde se les aporta una asistencia de calidad contrastada y, por supuesto, desde donde se les orienta para la continuidad asistencial del proceso. No está indicado que la hospitalización presente, como ocurre de forma habitual, la puerta de

Figura 2. Recorrido de la demanda



entrada a la asistencia de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia como tampoco lo está que tras la hospitalización el servicio hospitalario y esa familia queden "enganchados" sin hacer la correspondiente derivación al dispositivo de tratamiento ambulatorio (Fig. 2).

Este es el sentido del recorrido asistencial a la demanda, contemplado desde una unidad de hospitalización paidopsiquiátrica. Es el sentido del "pathway" que dicen los sajones y que a lo hora de poner en marcha dispositivos asistenciales por primera vez tienen una importancia trascendente.

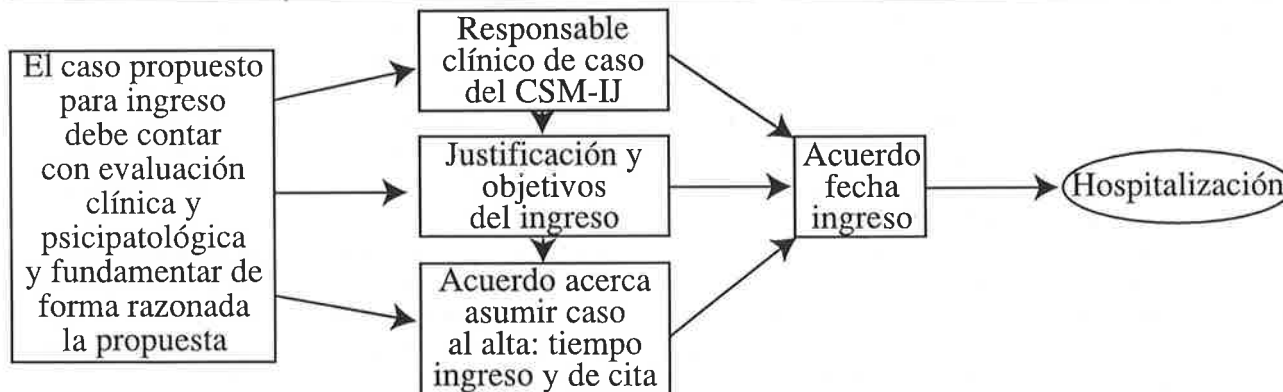
Este "momento" terapéutico es un punto en el que insisten servicios que tienen más dilatada experiencia³³ y por ello es imprescindible tener claro algunos aspectos, p.e. en el Reino Unido no es posible realizar un ingreso

en servicios de hospitalización de psiquiatría de la infancia y la adolescencia sin que un psiquiatra infantil acreditado haya opinado sobre la indicación de dicho ingreso. Por eso es de importancia lo expresado en las figuras 3 y 4, donde existe responsable de caso para la remisión al ingreso y para la canalización de la continuidad asistencial al alta, pudiéndose acordar, de forma prioritaria, la fecha de ingreso y los objetivos terapéuticos que se persiguen conseguir.

Tal como se encuentra la situación en España¹⁹, el sistema judicial ha adquirido una importancia creciente (Fig. 5), en detrimento de los profesionales sanitarios, que deben por ello recuperar su importancia en este tema. Por tanto es clave trabajar con los responsables del poder judicial, teniendo en cuenta las peculiaridades y especificidades mutuas en esta relación que se puede catalogar como compleja y, en ocasiones, complicada, pues el citado poder esta sujeto a las contradicciones de la propia sociedad en la que ejerce su función y, por ello, es partícipe de sus mitos culturales y temores en torno a la enfermedad mental. Por lo que es fundamental establecer sesiones de trabajo conjunto, se puede partir de las visitas que realizan para supervisar los ingresos, nosotros lo hemos hecho en el HNJ y los resultados son muy satisfactorios por ambas partes.

El traslado de otro centro (Figs. 6 y 7) y la atención de urgencias (Figs. 8 y 9) tienen características comunes. En parte responde a criterios especificados al inicio de este apartado y se encuadra en el hecho por el que la asistencia paidopsiquiátrica se encuentra en un segundo nivel o nivel de llamada en el caso de la urgencia. Es decir, no es el psiquiatra de infancia y adolescencia el primero en acudir a la urgencia. Por ello es preciso descartar procesos somáticos y son los pediatras de urgencia los encar-

Figura 3. CSM-programa IJ



46 Figura 8. Urgencia

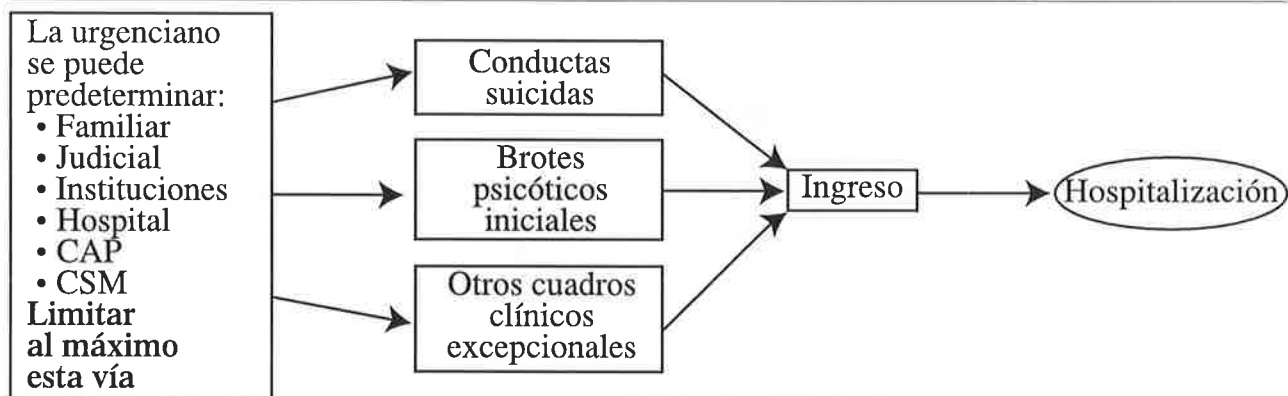
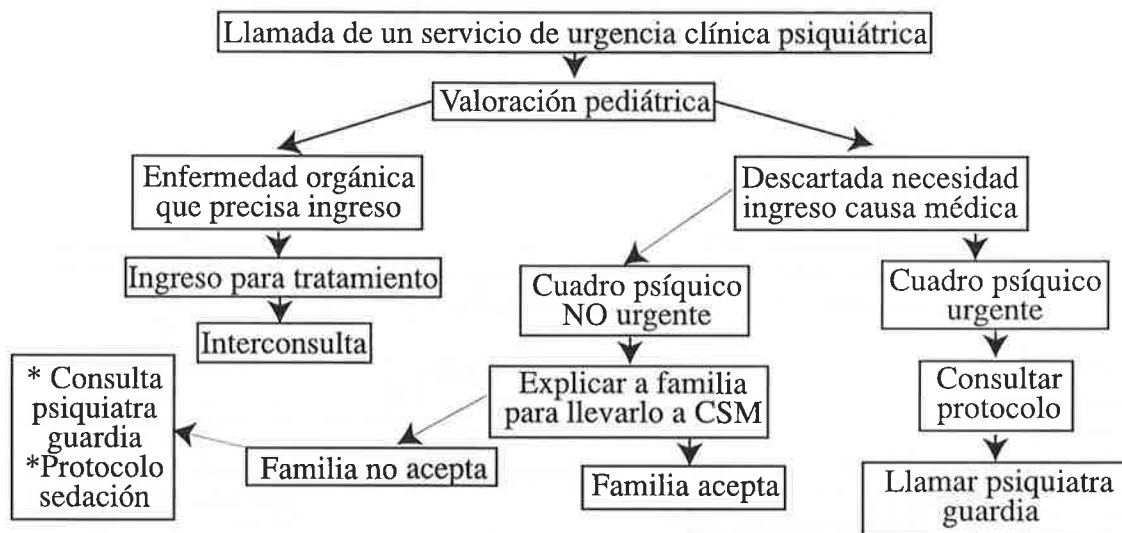


Figura 9. La urgencia en Psiquiatría de la infancia y la adolescencia



del profesional responsable del ingreso, esta notificación debe canalizarse por la Dirección del Centro en el curso de las primeras 24 horas del ingreso. Luego está la valoración, tratamiento e instrucciones generales hasta que el caso sea asumido por los facultativos responsables de la Unidad de hospitalización.

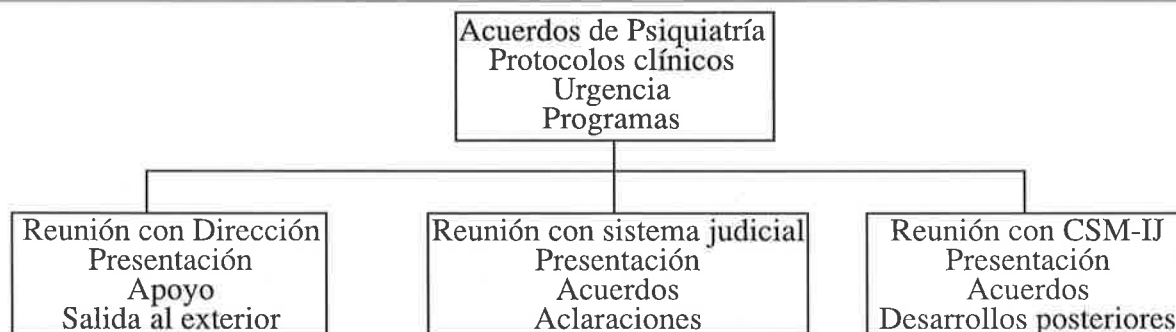
1.2. Actuaciones durante el ingreso: La historia clínica completa y la correspondiente solicitud de exploraciones complementarias deben ser realizadas en el día hábil inmediatamente posterior al ingreso. Así se da paso a instaurar el programa individualizado de tratamiento, que debe establecerse a más tardar con anterioridad al tercer día hábil desde el ingreso. La cumplimentación evolutiva debe ser diaria, tanto por parte de los facultativos (médico y psicólogo) como por parte del personal de enfermería.

1.3. Trámites en el momento del alta: Hay tres trámites de singular importancia: la notificación a la autoridad judicial, previa remisión a la dirección del centro hospitalario, del correspondiente parte de alta firmado por el responsable de la hospitalización psiquiátrica. En segundo lugar, es fundamental la entrega del informe de alta correspondiente al ingreso y, por fin, se debe acompañar la cita de seguimiento concertada, de preferencia con el CSM infantil correspondiente, dicha cita no debe superar el plazo máximo de una semana a contar desde la fecha de alta.

2. Actividades del personal asistencial durante el ingreso:

2.1. Reunión de equipo: La periodicidad es diaria, con una duración máxima de 45 min., donde se abordan tres

Figura 10. Secuencia apertura hospitalización paidopsiquiátrica HNJS



tipos de temas: incidencias de la guardia, revisión de casos y movimiento de camas. A ella asistirán el personal facultativo, la Supervisora de enfermería y uno de los profesionales de enfermería de la Unidad de Hospitalización.

2.2. Trabajo con Unidades de referencia: Se abordarán temas de propuesta de pacientes para ingreso y propuesta de altas. Por parte de la Unidad de Hospitalización acudirán el facultativo responsable, el supervisor de Enfermería y el Trabajador Social. Por parte de los otros dispositivos asistenciales acudirán los facultativos responsables de los casos ingresados y el Trabajador social. Por cuestiones estratégicas al inicio, 2-3 meses, iniciales sería pertinente que acudieran todos los servicios de Salud Mental Infanto-juvenil del área sanitaria de cobertura, con posterioridad bastarían los que tienen propuesta de casos que los remitirían con una semana de antelación a la fecha de reunión.

2.3. Reunión de la Unidad de Hospitalización con el conjunto de la Sección de Psiquiatría: Bastaría con dedicar una de las reuniones diarias al tema de la UHA. Como temas están el análisis de ingresos y altas y la muy importante revisión de casos. Asisten los facultativos del servicio de psiquiatría y el Supervisor de enfermería.

2.4. Trabajo individual con pacientes: Por el propio funcionamiento de los hospitales españoles el trabajo diario puede desarrollarse entre 10 h. 30 min. a 12 h. 30 min. La técnica fundamental se basa en la entrevista diaria con cada un@ de los pacientes ingresados por parte del facultativo responsable del caso durante el ingreso, en dicha entrevista debiera estar presente el enfermer@ responsable de ese caso. La duración de estas entrevistas clínico-evolutivas será de 30 min. por paciente. De forma complementaria se puede evaluar implantar un grupo de "incidencias"/debate/aclaración, con una periodicidad semanal o dos veces a la semana, como es obvio este tipo

de grupos no pueden denominarse psicoterapéuticos, siendo simplemente una sensibilización a poder iniciar algún tipo de psicoterapia posterior. Algunos pacientes podrán realizar el análisis del contenido del "diario" que pueden hacer con sus contenidos afectivos y de hechos. También podrán realizar, como actividades complementarias y según la evolución clínica, la integración en aquellas actividades normalizadas que se organicen en el hospital; estas actividades de tiempo libre pueden ser matutinas (10 h. 30 min.-13 h. 30 min.) y/o vespertinas (16 h. 30 min.-20 h. 30 min.), la coordinación de estas actividades es el personal de enfermería.

2.5. Trabajo con las familias: Las entrevistas familiares individuales tendrán un horario de referencia entre 13 h. 30 min.-14 h. 30 min. con una duración máxima de 30 min. por entrevista. Una vez a la semana puede realizarse una entrevista familiar grupal con una duración de una hora. Durante el ingreso se realizarán, al menos tres entrevistas: la primera será el primer día hábil posterior al día del ingreso urgente o el mismo día si es ingreso programado; una segunda en el curso del ingreso y la última para preparación del alta.

2.6. Fomento de habilidades sociales: Es un trabajo a desarrollar por el personal de enfermería de gran repercusión, por el impacto en la sociabilización: aseo diario, arreglo de la habitación, actitud y comportamiento en el comedor, salvo casos aislados, durante la comida y el manejo de la impulsividad y la frustración (juegos, normas, ...).

3. Documentación clínica: Sólo va a ser enumerada de forma somera, pero es un apartado relevante para la organización y funcionamiento de una UHA, como de cualquier otro dispositivo asistencial:

3.1. Historia clínica: Es un documento fundamental, se propuso como modelo de partida la elaborada por un grupo de AEPIJ (34).

1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de Redacción:

Sr. S. Arxé i Closa
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª
08012 Barcelona)

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 (castellano e inglés)
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor (es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

Es necesario enviar un diskette 3 fi en cualquier procesador de textos para facilitar el trabajo de publicación.

3) Como norma general, cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: resumen y palabras clave (castellano e inglés); introducción en la que se explique el objeto del trabajo; descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que puede seguirse de unas conclusiones.

4) Resumen (castellano e inglés): se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco 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 Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de cinco folios.

6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha 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 arábigos 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 lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón intencional.
- d) Número del año, volumen y páginas.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc, que se efectúen en las sesiones de la Asociación, podrán ser 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 siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de la Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para cada Sección Correspondiente.

10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas 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 tres o cuatro citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.

11) La sección de actos sociales (Agenda) podrá contener notas relativas a asuntos de interés general.

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 Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

La "Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil" se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición); Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; Normas de Vancouver, 1997.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría

Infanto-Juvenil

4 números al año

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 2002

IMPORTE SUSCRIPCIÓN

ESPAÑA 52 €
ESTUDIANTES/MIRES 34 €
EXTRANJERO 150\$
Tef. 93 253 05 17. Fax 93 253 05 15
Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Editorial SIGLO
Comunidad de Castilla La Mancha, 3-3°
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: 91 636 05 53
Fax: 91 640 63 29
E-Mail: siglo@infonegocio.com
Web: www.editorialsiglo.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos
Dirección N° Piso
Cód. Postal Población
Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

ORDEN DE PAGO. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta
Entidad Oficina D.C. C/C

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Editorial SIGLO (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil)

..... de de 2002

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

En trastorno **bipolar**



nueva indicación



Risperdal TRADEMARK
RISPERIDONA

El valor **más estable**

- Rápido control de la manía aguda
- Eficacia global en el largo plazo
- Excelente perfil de tolerancia



JANSSEN-CILAG, S.A.
Paseo de las Doce Estrellas, 5 - 7
28042 - Madrid

NUEVO

Minurin®

desmopresina

comprimidos



La **enuresis nocturna** genera en el niño una **pérdida de autoestima**, dando lugar en él y su familia a:

- tensión emocional
- sufrimiento psíquico
- marginación psicosocial

Devuélvale la **S**onrisa

La alternativa **eficaz y segura...** ...en el tratamiento de la **enuresis nocturna**

La **autoestima mejora significativamente** tras 3 meses de tratamiento y a los 6 meses el grado de autoestima se iguala a la del grupo comparado (2)



Envase con cierre de seguridad

Aprobado por la FDA

Financiado por la Seguridad Social

Sus **Buenos días** y sus **Secas noches**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: MINURIN® COMPRIMIDOS 0,2 mg. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Desmopresina Acetato 0,2 mg (equivalente a desmopresina base) 0,178 mg. **FORMA FARMACEUTICA:** Comprimidos ranurados. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Diabetes insípida central, Enuresis nocturna en niños mayores de 5 años. **Posología y forma de administración:** La dosis óptima de Minurin comprimidos se ajusta individualmente. **Diabetes insípida central:** Una dosis inicial adecuada a niños y adultos es 0,1 mg tres veces al día. Posteriormente se ajusta la dosis según la respuesta de cada paciente. En base a la experiencia clínica obtenida hasta la fecha la dosis diaria oscila entre 0,2 mg y 1,2 mg. En la mayoría de los pacientes, la dosis óptima es de 0,1 - 0,2 mg tres veces al día. **Enuresis nocturna primaria:** Una dosis inicial adecuada es 0,2 mg a la hora de acostarse. La dosis puede aumentarse hasta 0,4 mg si la dosis inferior no es lo suficientemente activa. A los 3 meses de tratamiento se valora la necesidad de su continuación interrumpiéndolo durante por lo menos 1 semana. **Contraindicaciones:** MINURIN NO DEBE SER UTILIZADO en los siguientes casos: Polidipsia habitual o psicógena. Insuficiencia cardíaca y otras situaciones en donde sea necesario un tratamiento con agentes diuréticos. **Advertencias y precauciones especiales de empleo: Advertencias especiales:** En caso de enuresis se debe restringir la ingestión de líquidos no bebiendo entre 1 hora antes y 8 horas después de la administración. Aquellas sustancias de acción conocida como liberadoras de hormona antidiurética, es decir, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina y carbamazepina, pueden potenciar el efecto antidiurético y aumentar el riesgo de retención hídrica. Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en este preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas debe consultar a su médico. **Precauciones especiales de uso:** Se debe tener cuidado de no ingerir demasiado líquido en el caso de: Los pacientes muy jóvenes o ancianos. En aquellos donde las condiciones se caracterizan por un desequilibrio en los líquidos y electrolitos. Pacientes con riesgo de que aumente la presión intracraneal. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La Indometacina puede aumentar la magnitud pero no la duración de respuesta a la desmopresina. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Los estudios de reproducción realizados en ratas y conejos con dosis superiores a 100 veces la dosis humana no han revelado evidencias de una acción dañina de la desmopresina sobre el feto. Un investigador ha comunicado 3 casos de malformaciones en niños de madres que sufrieron diabetes insípida y habían recibido desmopresina durante el embarazo. Sin embargo, diversos informes publicados que en conjunto incluyen más de 120 casos muestran que mujeres tratadas con desmopresina durante el embarazo han tenido niños normales. Además, una revisión con gran cantidad de datos procedentes de 29 niños que han sido expuestos a la desmopresina durante todo el embarazo no muestra que exista un aumento en el rango de malformación en los niños nacidos. El médico valorará el beneficio frente al riesgo del tratamiento que según los estudios realizados se ha revelado poco probable. **Lactancia:** Los resultados de los análisis realizados en el leche de madres que recibieron grandes dosis de desmopresina (300 µg intranasalmente), indican que las cantidades de desmopresina que pueden pasar al lactante son inferiores a las necesarias para ejercer una acción en la diuresis. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria MINURIN no afecta a la capacidad de conducir y utilizar maquinaria. **Reacciones adversas:** En ocasiones aisladas (superior al 1%) puede aparecer dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago y epistaxis. Un tratamiento sin control de la ingestión de agua puede producir una retención hídrica acompañada de síntomas tales como ganancia de peso, disminución del sodio sérico, y en casos graves, convulsiones. **Sobredosificación:** La sobredosis aumenta el riesgo de la retención hídrica e hiponatremia. Aunque el tratamiento de la hiponatremia debe ser ajustado a cada paciente, pueden seguirse las siguientes recomendaciones generales: La hiponatremia asintomática se trata interrumpiendo el tratamiento con desmopresina y la restricción de fluidos. Puede además administrarse una infusión isotónica o hipertónica de cloruro sódico en casos con síntomas. Cuando la retención hídrica es grave (convulsiones e inconsciencia) debe tratarse al paciente con furosemida. No existe un antídoto específico para MINURIN. **Propiedades farmacodinámicas:** Mecanismo de acción: MINURIN contiene desmopresina, un análogo estructural de la hormona hipofisaria endógena humana del lóbulo posterior, arginina vasopresina. En la molécula de desmopresina se omite el grupo amino de la cisteína y se sustituye la L-arginina por la D-arginina. Estas modificaciones de la molécula aumentan la duración de la acción antidiurética mientras que evitan los efectos indeseables de la hormona natural. **Efectos farmacodinámicos:** Las modificaciones realizadas en la estructura de la arginina vasopresina de la desmopresina producen un descenso en la acción vasopresora y en la acción sobre la fibra lisa visceral relacionado con una potenciación de la actividad antidiurética. Por consiguiente, las dosis antidiuréticas clínicamente efectivas son inferiores a los niveles del umbral respecto a los efectos sobre la fibra lisavascular o visceral. **DATOS FARMACEUTICOS: Lista de excipientes:** Lactosa 120 mg; Almidón de patata; Povidona; Estearato de Magnesio; Agua calidad inyección. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Precauciones especiales de conservación:** MINURIN Comprimidos debe ser mantenido a temperatura ambiente (máx. 25°C), y en lugar seco (máx. 60% de humedad relativa). **Instrucciones de uso/manipulación:** No se ha descrito. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** FERRING S.A. C/ Saturno, 1. Edificio Saturno 28224-Pozuelo de Alarcón. Madrid - España **PRESENTACIONES Y PVP:** Envase de 30 comprimidos de 0,2 mg. P.V.P. I.V.A.: 10.312 Ptas. Con receta médica. Aportación reducida. Última actualización: Agosto 2000.

BIBLIOGRAFIA: 1.- World Health Organisation, International Onion Against Cancer, Incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, eds. 1st International Consultation Incontinence. Monaco: Health Publications Ltd, 1998. 2.- Hägglöf B, et al Data presented at IERC meeting, Denmark 1996.

FERRING
PRODUCTOS FARMACEUTICOS