

Año 1998
Nº 1

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rubifen®

METILFENIDATO



FRENTE A DETERMINADAS CONDUCTAS ... RUBIFEN
ACTUA MEJORANDO LA ATENCION Y EL COMPORTAMIENTO

PROPIEDADES: El RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina cefalotrópica estimulante de predominio cortical. En el hombre, el 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:** Tratamiento de los niños hiperkinéticos (Dislunción Cerebral Mínima). Trastornos de comportamiento en los ancianos debido a causa orgánica, como por ejemplo en la arteriosclerosis cerebral. Estados depresivos leves. Narcolepsia. **CONTRAINDICACIONES:** Ansiedad marcada, tensión, agitación, glaucoma, neurosis obsesivas o compulsivas, alucinaciones. **INCOMPATIBILIDADES:** Potencia la acción de: Agentes anticolinérgicos, anticoagulantes, anticonvulsivantes, JMAO, fenibutazona, drogas presoras, antidepresivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagonista la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El 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. **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, el 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. **FORMULA por comprimido:** Clorhidrato de metifenidato

SINDROME
HIPERCINÉTICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

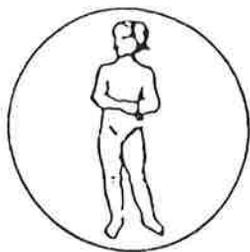
ALTERACIONES DEL
COMPORTAMIENTO

(D.C.I.) 0.010 g, excipiente, c.s. **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 Dislunción Cerebral Mínima 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. Relación de excipientes: Celulosa microcristalina. **PRESENTACIÓN Y PVP-4:** Envase conteniendo 30 comprimidos con una ranura central, 513 ptas. Coste aproximado tratamiento/día: 32 ptas. **DISPENSACIÓN CON RECETA MÉDICA. FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL (aportación normal). CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.**



LABORATORIOS RUBÍO, S.A.

Berlinés, 39 - 08022 Barcelona - Tels. 418 93 90 - 212 74 86 Fax 418 54 79



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

Sr. Salvador Arxé i Closa
Centro Psicológico Gaudí
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6ª 2ª
08012 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



SIGLO

Comunidad de Murcia, 3
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: (91) 634 37 28
Fax: (91) 634 53 44
E-mail: siglo@pulso.com

Copyright 1997

© 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

Asociación fundada en 1950
Revista fundada en 1983
Revista indexada en el Índice Médico Español

Comité de Redacción:

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: *A. Agüero Juan*
M.D. Domínguez Santos
X. Gastaminza Pérez
J.L. Pedreira Massa
P. Rodríguez Ramos
C. Rubin Álvarez
L. Sordo Sordo
M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.L. Alcázar Fernández*
Vice-presidente: *P. Rodríguez Ramos*
Secretario: *R. Vacas Moreira*
Tesorero: *C. Antolín Diego*
Vocal: *J.R. Gutiérrez Casares*

Asesor de Junta: *J. Tomás i Vilaltella*

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 Vilaltella

**Revista indexada en
Bibliomed**

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría
Infanto-Juvenil

4 números al año

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 1998

IMPORTE SUSCRIPCIÓN

ESPAÑA 8.000 PTS
ESTUDIANTES/MIRES 5.600 PTS
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 Murcia, 3
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: (91) 634 37 28
Fax: (91) 634 53 44
E-mail: siglo@pulso.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

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

FORMA DE PAGO:

- CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO.
 DOMICILIACIÓN BANCARIA.

ORDEN DE PAGO. DOMICILIACIÓN BANCARIA

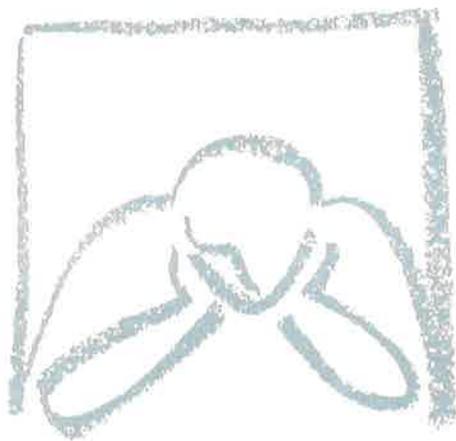
Nombre del titular de la cuenta
Banco C/C N.º
Caja de Ahorros C/C N.º
Sucursal Calle N.º
Cod. Postal Población
Provincia Teléfono

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 19....
FIRMA DEL TITULAR

Seroxat

paroxetina



Depresión

*Depresión
con
Ansiedad*

Trastorno
por
angust!a

...como debe **Ser**

SB
SmithKline Beecham

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. SEROXAT. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada comprimido contiene como principio activo: Paroxetina (en forma de clorhidrato), equivalente a 20 mg de base libre. **FORMA FARMACÉUTICA.**

Seroxat se presenta en comprimidos recubiertos, ovalados, biconvexos, que contienen clorhidrato de paroxetina, equivalente a paroxetina como base libre: 20 mg (comprimidos blancos o ligeramente rosados). **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la depresión. Tratamiento preventivo de las recaídas y recidivas de la depresión. El tratamiento prolongado con paroxetina mantiene su eficacia durante períodos de hasta 1 año. Tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos. En un ensayo clínico controlado con placebo, paroxetina fue eficaz durante al menos un año, en el tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos. También demostró eficacia en la prevención de recaídas de estos trastornos. Tratamiento del trastorno de ansiedad (panic disorder). En los ensayos clínicos disponibles no se ha distinguido entre pacientes con y sin agorafobia, pero la mayoría de los incluidos en ellos (más del 80%) tenían agorafobia. La eficacia de la paroxetina en el tratamiento del trastorno por ansiedad se mantuvo durante períodos de hasta 1 año. **Posología y forma de administración:** **Adultos:** Depresión: La dosis recomendada es de 20 mg/día. En algunos pacientes, en función de la respuesta clínica, puede ser necesario aumentar la dosis. Se debe realizar gradualmente con incrementos de 10 mg (generalmente cada semana) hasta un máximo de 50 mg. Trastornos obsesivo compulsivos: La dosis recomendada es de 40 mg/día. Se debe iniciar el tratamiento con 20 mg, aumentando la dosis gradualmente, con incrementos de 10 mg (cada semana). En algunos pacientes puede ser necesario aumentar la dosis hasta 60 mg/día. Trastorno por ansiedad (panic disorder): La dosis recomendada es de 40 mg/día. Se debe iniciar el tratamiento con 10 mg/día, aumentando la dosis gradualmente, con incrementos de 10 mg (cada semana), de acuerdo con la respuesta obtenida. En algunos pacientes puede ser necesario aumentar la dosis hasta un máximo de 60 mg/día. Se recomienda una dosis inicial baja, para reducir el potencial incremento de los síntomas del trastorno por ansiedad, hecho habitual cuando se inicia el tratamiento de esta patología. Se recomienda administrar la paroxetina una vez al día, por la mañana (a primera hora), con algo de alimento. El comprimido se debe deglutir y no masticar. Como con todos los fármacos antidepressivos, la dosificación se debe revisar y ajustar si es necesario, a las 2-3 semanas de iniciado el tratamiento, si se considera clínicamente apropiado. Se recomienda continuar el tratamiento durante un período suficiente, hasta asegurarse que el paciente está libre de síntomas. Este período puede ser de varios meses en el caso de depresión, o incluso más en los trastornos obsesivos compulsivos y por ansiedad. Al igual que con cualquier psicofármaco, es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de síntomas tales como inestabilidad, alteraciones del sueño, vértigo, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración. La administración matutina de paroxetina no altera ni la calidad ni la duración del sueño. Más aún, los pacientes suelen experimentar una mejora del sueño, a medida que responden al tratamiento con paroxetina.

Anclajes: En ancianos aparecen incrementadas las concentraciones plasmáticas de paroxetina, pero el rango de concentraciones coincide con el observado en pacientes más jóvenes. Las dosis iniciales recomendadas son las mismas que en el adulto. Esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta 40 mg/día en función de la respuesta del paciente. **Niños:** Ver "Contraindicaciones".

Pacientes con insuficiencia renal o hepática. Los pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) o hepática grave muestran un aumento de la concentración plasmática de paroxetina, por lo que la dosis se debe reducir al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). **CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad conocida a paroxetina. No se recomienda el empleo de paroxetina en niños, ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia del fármaco en este grupo de población.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO. Enfermedad Cardíaca: Paroxetina no produce cambios clínicamente significativos de la presión arterial, frecuencia cardíaca ni ECG. No obstante, es necesario tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. **Epilepsia:** Como ocurre con otros antidepressivos, paroxetina debe emplearse con precaución en los pacientes epilépticos. **Convulsiones:** La experiencia indica que la incidencia de convulsiones es menor del 0,1% en los pacientes tratados con paroxetina. El tratamiento debe interrumpirse en todo paciente que desarrolle crisis convulsivas. **Terapia electroconvulsiva (TEC):** Existe muy poca experiencia clínica sobre la administración concomitante de paroxetina con TEC. **Precauciones especiales:** Como ocurre con la mayoría de los antidepressivos, no se debe utilizar paroxetina en combinación con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), ni antes de transcurridos dos semanas tras suspender el tratamiento con un IMAO. Por lo tanto, el tratamiento con paroxetina deberá iniciarse con precaución y la dosificación se aumentará gradualmente hasta alcanzar la respuesta óptima. A su vez, no deben administrarse inhibidores de la monoaminooxidasa antes de que hayan transcurrido dos semanas, una vez suspendido el tratamiento con paroxetina. Al igual que todos los antidepressivos, paroxetina se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía. Los datos preliminares sugieren que puede producirse una interacción farmacodinámica entre paroxetina y warfarina que puede aumentar el riesgo de hemorragia sin que se reflejen cambios en el tiempo de protrombina. Por este motivo, paroxetina debe administrarse con precaución en los pacientes tratados con anticoagulantes orales. Al haberse reportado efectos adversos al administrar triptófano y otro inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT, no se debe administrar conjuntamente paroxetina y triptófano. **INTERACCION CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCION.** La absorción y la farmacocinética de paroxetina no se modifican con alimentos ni antibióticos. Como con otros antidepressivos, incluyendo ISRS, paroxetina inhibe el isoenzima del citocromo hepático específico P450 responsable del metabolismo de dobutrina y espartina. Esto puede conducir a un aumento de los niveles plasmáticos de aquellos principios activos administrados conjuntamente que se metabolizan por dicho isoenzima; aunque el significado clínico de esta observación no se ha establecido. Los principios activos metabolizados por este isoenzima incluyen ciertos antidepressivos tricíclicos (ej. nortriptilina, amitriptilina, imipramina y desipramina), neurolepticos fenotiazínicos (ej. perfenazina y flonazina) y los antimitóticos Tipo 1c (ej. propranolol y flecaína). Paroxetina tiene poco o ningún efecto en la farmacocinética de un amplio rango de principios activos que incluyen: digoxina, propranolol y warfarina, si bien este último fármaco deberá administrarse bajo control médico por la posible interacción farmacodinámica. La inducción e inhibición de los sistemas enzimáticos hepáticos, pueden afectar el metabolismo y la farmacocinética de paroxetina. Por ejemplo, cimetidina, inhibidor de los sistemas enzimáticos, puede aumentar la biodisponibilidad de paroxetina. Fenitoina, inductor de los sistemas enzimáticos, puede disminuirla. Cuando se administra conjuntamente paroxetina con un inhibidor de las enzimas hepáticas, es conveniente reducir la dosis de paroxetina al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). En principio, no es necesario ajustar la dosis de paroxetina cuando se administra conjuntamente con un inductor enzimático. Cualquier ajuste de la dosis debe basarse en la respuesta clínica (tolerancia y eficacia). Un estudio de la interacción entre paroxetina y diazepam no mostró alteración en la farmacocinética de paroxetina que sugiriera cambios en su dosificación en aquellos pacientes tratados con los dos principios activos. Al no haberse estudiado los efectos de la administración concomitante de paroxetina con antidepressivos tricíclicos y neurolepticos, el uso concomitante de paroxetina con estos principios activos se debe realizar con precaución. Al igual que otros inhibidores de la recaptación de 5-HT, los estudios en animales indican que puede producir una interacción entre paroxetina y triptófano, dando como resultado el "Síndrome de serotonina" que se traduce en una combinación de agitación, insomnio y síntomas gastrointestinales que incluyen diarrea. Como sucede con otros inhibidores de la recaptación de 5-HT, los estudios en animales indican que puede haber una interacción entre paroxetina y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). (Ver "Precauciones Especiales"). Aunque paroxetina no aumenta el deterioro que provoca el alcohol sobre las funciones mental y motora, no se recomienda administrar simultáneamente paroxetina y alcohol. La experiencia en un grupo de individuos sanos demuestra que paroxetina no aumenta el efecto sedante ni la confusión asociada al haloperidol, amobarbital y oxazepam, cuando se administra junto con estos fármacos. La experiencia clínica de administración concomitante de paroxetina y litio es limitada, por lo que debe realizarse con precaución. La administración conjunta de paroxetina y litio se asocia a una disminución de los niveles plasmáticos de paroxetina y un aumento de los efectos secundarios. No son necesarios ajustes de la dosis inicial de paroxetina cuando se administran conjuntamente dichos principios activos; cualquier ajuste posterior debe guiarse por el efecto clínico. La administración concomitante de paroxetina y otros antiepilépticos también puede estar asociada a un mayor número de efectos secundarios. La administración diaria de paroxetina incrementa significativamente los niveles plasmáticos de procidolina. Si se observaran efectos anticoagulantes, se debería reducir la dosis de procidolina. **EMBARAZO Y LACTANCIA.** Aunque los estudios en animales no muestran ningún efecto teratogénico o embriotóxico selectivo, no se ha establecido la seguridad de paroxetina en mujeres embarazadas, por lo que no debe utilizarse durante el embarazo o la lactancia, a menos que el posible beneficio supere el riesgo potencial. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHICULOS Y UTILIZAR MAQUINARIA.** La experiencia clínica demuestra que el tratamiento con paroxetina no produce alteración de la función cognitiva ni psicomotora. Sin embargo, como ocurre con todos los psicofármacos, hay que advertir al paciente sobre la posibilidad de que se produzcan alteraciones en la capacidad para conducir vehículos y para manipular máquinas automáticas. **REACCIONES ADVERSAS.** Los efectos indeseables de la paroxetina son en general de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Estos efectos secundarios suelen disminuir en intensidad y frecuencia al continuar el tratamiento y en general no obligan a suspender la medicación. En ensayos clínicos, los efectos secundarios más comunes asociados con el uso de paroxetina, que no se observaron con la misma incidencia en pacientes tratados con placebo, fueron: náuseas, somnolencia, sudoración, temblor, estenia, sequedad de boca, insomnio, disfunción sexual, vértigo, estreñimiento, diarrea y disminución del apetito. La experiencia clínica actual muestra una menor incidencia de sequedad de boca, estreñimiento o somnolencia con paroxetina que con antidepressivos tricíclicos. Raramente se ha comunicado hiponatremia, predominantemente en pacientes ancianos, que puede estar asociada con el síndrome de secreción no apropiada de hormona antidiurética. La hiponatremia generalmente reverte al interrumpir el tratamiento. En raras ocasiones se han comunicado elevaciones transitorias de los enzimas hepáticos. Ha habido casos aislados de alteraciones graves en la función hepática en pacientes tratados con paroxetina. Se debe interrumpir el tratamiento con paroxetina si durante éste se desarrollan alteraciones de la función hepática. Se han comunicado trastornos extrapiramidales ocasionales, incluyendo distonía orofacial, en pacientes que a veces padecían de trastornos oculares del movimiento o en aquellos tratados con neurolepticos. De forma excepcional, se ha comunicado los siguientes efectos indeseables: equimosis, rash, glaucoma agudo, retención urinaria, edema periférico y facial, síndrome neuroléptico maligno y síntomas de hiperprolactinemia/galactorrea.

SOBREDOSIFICACION. Los síntomas de sobredosificación con paroxetina incluyen: náuseas, vómitos, temblor, midriasis, sequedad de boca e inestabilidad. No se ha descrito ningún caso de anomalías del ECG, como o convulsiones tras la sobredosis con paroxetina. Se desconoce antidoto específico. Se han comunicado casos de sobredosis con paroxetina sola (hasta 2000 mg), y en combinación con otros agentes. Cuando se utilizó paroxetina sola, no se produjo ninguna muerte y la recuperación se llevó a cabo sin inconvenientes. El tratamiento comprende las medidas generales habituales utilizadas frente a la sobredosis por cualquier antidepressivo. Se promueve el vaciamiento del contenido gástrico mediante la inducción del vómito, el lavado gástrico o ambos. Tras la evacuación gástrica, se administran de 20 a 30 g de carbón activado cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas tras la ingesta. Asimismo, se recomienda tratamiento conservador con vigilancia de las constantes vitales y observación del enfermo. **INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **INSTRUCCIONES DE USOMANIPULACION.** No hay instrucciones especiales. **NOMBRE Y DOMICILIO SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION.** SmithKline Beecham, S.A. C/ Valle de la Fuente nº 3, 28034 - Madrid. **PRECIO:** PVP y PVP - IVA 4: Seroxat 14 comprimidos: PVP 2.930 Ptas. y PVP - IVA 4: 3.050 Ptas. (I.M.). Seroxat 28 comprimidos: PVP 5.548 Ptas. y PVP - IVA 4: 5.768 Ptas. (I.M.). **CONDICIONES DE DISPENSACION A LA S.S.:** Con receta médica. Cicero de aportación reducida. **PARA MAS INFORMACION CONSULTE LA FICHA TECNICA COMPLETA DEL PRODUCTO.**

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

| | | |
|------------------------------------|--|----|
| Comentario breve | Vulnerabilidad psicopatológica y experiencias tempranas de la vida <i>M^a J. Mardomingo Sanz</i> | 1 |
| Artículos originales | Flexibilizar los Servicios de Salud Mental para adaptarlos a las necesidades de los adolescentes: una estrategia de intervención comunitaria <i>A. Benito de la Iglesia y P. Rodríguez Ramos</i> | 8 |
| | Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil tras un intervalo de 10 años <i>M. A. Quintanilla, J. M. Velilla, B. Quetglas, I. Olza y A. Bonals</i> | 13 |
| | Hijos de madre adolescente. Estudio descriptivo <i>M. Clavera Roger, I. Palazón Azorín, C. Esteve Casellas y J. J. Mira</i> | 20 |
| | Actitudes en estudiantes de Medicina que favorecen u obstaculizan la prevención del suicidio <i>S. Pérez Barrero, J. M. Vargas Oliva y L. Rodisnel Rodríguez</i> | 25 |
| | Diagnóstico psiquiátrico de las tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos <i>A. Fernández Rivas, M. A. González Torres y A. Lasa Zulueta</i> | 31 |
| Artículos de revisión | Principios introductorios a la metodología de investigación en psiquiatría de la infancia y la adolescencia <i>J. L. Pedreira Massa</i> | 41 |
| Caso clínico | | 55 |
| Reseñas terapéuticas | | 57 |
| Comentario de publicaciones | | 61 |
| Agenda | | 63 |

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**
**Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil**

S U M M A R Y

| | | |
|--------------------------------|---|----|
| Short commentary | Psychopathological vulnerability and early experience <i>M^a J. Mardomingo Sanz</i> | 1 |
| Original articles | Adaptating Mental Health Services to the necessities of the adolescents: a community-intervention strategy <i>A. Benito de la Iglesia and P. Rodríguez Ramos</i> | 8 |
| | Ten years afters Characterictics of the demand for care of Eating Disorders (DE) in a child and adolescent Psychiatry Unit <i>M. A. Quintanilla, J. M. Velilla, B. Quetglas, I. Olza and A. Bonals</i> | 13 |
| | Adolescent mother's children. A descriptive study <i>M. Clavera Roger, I. Palazón Azorín, C. Esteve Casellas and J. J. Mira</i> | 20 |
| | Medicine students' attitudes in favour or against the prevention of suicide <i>S. Pérez Barrero, J. M. Vargas Oliva and L. Rodisnel Rodríguez</i> | 25 |
| | Psychiatric diagnosis of suicide attempts by adolescents and young adults <i>A. Fernández Rivas, M. A. González Torres and A. Lasa Zulueta</i> | 31 |
| Review articles | Research and methodological aspects in child and adolescence psychiatry and mental health <i>J. L. Pedreira Massa</i> | 41 |
| Clinical case | | 55 |
| Therapeutical summary | | 57 |
| Publications commentary | | 61 |
| Calender | | 63 |

PROZAC[®]

20 mg fluoxetina

PATRON *antidepresivo* UNIVERSAL



por
eficacia

Ningún antidepresivo es más eficaz que Prozac[®] 20 en la ansiedad asociada a depresión^{1,2,3,4}

por
tolerancia

Menor índice de abandono de tratamiento por causa de efectos secundarios que otros ISRS⁵

por
experiencia

El fármaco antidepresivo más estudiado en el mundo

(comunicado de la FDA)



1. NOMBRE COMERCIAL: PROZAC® 20 Fluoxetina **2. COMPOSICIÓN:** PROZAC® 20 mg cápsulas: cada cápsula contiene fluoxetina (D.C.I.) (clorhidrato) 20 mg. PROZAC® 20 mg líquido: cada 5 ml contienen fluoxetina (D.C.I.) (clorhidrato) 20 mg. PROZAC® 20 mg dispersable: cada comprimido contiene fluoxetina (D.C.I.) (clorhidrato) 20 mg. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Cápsulas, solución oral y comprimidos. El envase de la solución oral contiene un vasiló dosificador de 5 ml. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Depresión: El clorhidrato de fluoxetina está indicado en el tratamiento de la depresión y su ansiedad asociada. (DSM III, ICD-9 y RDC). La eficacia de fluoxetina fue establecida en ensayos clínicos de 5 a 6 semanas de duración con pacientes ambulatorios que sufrían depresión y cuyo diagnóstico correspondía estrechamente a la categoría DSM-III de los trastornos depresivos mayores. **Bulimia nerviosa:** El clorhidrato de fluoxetina está indicado en el tratamiento de la bulimia nerviosa. En dos ensayos controlados, a doble ciego y aleatorios, en pacientes con bulimia nerviosa, fluoxetina ha mostrado una disminución significativa de la voracidad y de la actividad purgante en comparación con el placebo. **Trastornos obsesivo-compulsivos:** El clorhidrato de fluoxetina está indicado en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. La eficacia de la fluoxetina ha sido establecida en ensayos clínicos de 13 semanas de duración con pacientes ambulatorios con trastornos obsesivo-compulsivos cuyos diagnósticos correspondían estrechamente a la categoría de trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-III. **4.2 POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN: Depresión: Tratamiento inicial:** La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día por la mañana. Después de varias semanas de tratamiento, y en caso de no observarse mejoría clínica, se puede considerar un aumento de la dosis. Las dosis por encima de 20 mg/día deben administrarse dos veces al día (por ejemplo, por la mañana y al mediodía), y no debe excederse de la dosis máxima de 80 mg/día. Como sucede con otros antidepresivos, para que se alcance el efecto antidepressivo total, puede necesitarse un tiempo de 4 o más semanas de tratamiento. **Mantenimiento, continuación, tratamiento prolongado:** No existen datos suficientes para poder hacer una recomendación en cuanto al tiempo que debe mantenerse el tratamiento de las personas tratadas con fluoxetina. En general, los episodios agudos de depresión necesitan varios meses de farmacoterapia sostenida. No se conoce si la dosis utilizada para inducir la remisión es idéntica a la que se necesita para mantener la eutimia. **Bulimia nerviosa:** La dosis recomendada es de 60 mg al día. **Trastornos obsesivo-compulsivos:** La dosis de 20 mg/día a 60 mg/día es la dosis recomendada para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes que recibieron 40 ó 60 mg de fluoxetina en los ensayos clínicos de estudio de esta indicación, tendieron a mostrar un comienzo de la eficacia más temprana que los que recibieron 20 mg de fluoxetina. Debido a que el trastorno obsesivo-compulsivo es una patología crónica, es razonable considerar el mantenimiento del tratamiento una vez que el paciente haya respondido al mismo. La eficacia de fluoxetina durante un tiempo mayor a trece semanas no ha sido sistemáticamente evaluada. Por lo tanto, el médico deberá reevaluar la utilidad a largo plazo de fluoxetina en cada paciente. En cualquiera de las indicaciones, la dosis de clorhidrato de fluoxetina no debería exceder de 80 mg diarios. **Uso en pediatría:** No se recomienda el uso de fluoxetina en niños dado que su seguridad y efectividad no han sido establecidas. **Uso en pacientes de edad avanzada:** Se recomienda una dosis diaria de 20 mg. **Insuficiencia hepática:** Se deben utilizar dosis menores o menos frecuentes. **Insuficiencia renal:** En pacientes con insuficiencia renal grave, se recomienda la administración de dosis menores o menos frecuentes. **Forma de administración:** PROZAC® se administra por vía oral. **4.3 CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a fluoxetina. Fluoxetina no deberá administrarse en combinación con un inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO), ni tampoco durante los 14 días posteriores a la suspensión del tratamiento con un IMAO. Debido a que fluoxetina y su principal metabolito tienen vidas medias largas de eliminación, deberá pasar un mínimo de 5 semanas entre la suspensión de fluoxetina y el comienzo del tratamiento con IMAOs. **4.4 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO: Advertencias:** Algunos pacientes con erupción cutánea relacionada con fluoxetina, han desarrollado reacciones sistémicas serias, posiblemente relacionadas con vasculitis. Aunque de forma rara, se ha comunicado éxitus en asociación con estos eventos. El clorhidrato de fluoxetina se debe interrumpir cuando se presente una erupción cutánea u otro fenómeno aparentemente alérgico para el que no se haya identificado otra etiología posible. **PROZAC® 20 mg líquido: "Este medicamento contiene azúcar (sacarosa) en su composición, 3g por cada 5 ml aproximadamente, por lo que tendrán que tenerlo en cuenta las personas diabéticas".** **Precauciones:** Se debe llevar a cabo una estrecha monitorización de los pacientes al comienzo del tratamiento, ya que la posibilidad de un intento de suicidio es inherente a la depresión, y puede persistir hasta que se produzca una remisión significativa. Se ha producido activación de la manía/hipomanía en una pequeña proporción de pacientes tratados con fluoxetina. **4.5 INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** Se recomienda precaución si se requiere la utilización concomitante de clorhidrato de fluoxetina con otros medicamentos activos a nivel del sistema nervioso central, incluyendo el litio. Puede haber tanto aumento como disminución de los niveles de litio cuando se utiliza conjuntamente con fluoxetina. Se han comunicado casos de toxicidad por litio. Se deben vigilar los niveles de litio cuando ambos medicamentos se administran concomitantemente. Pacientes con dosis estables de fenitoína, han presentado aumento de las concentraciones plasmáticas de fenitoína y toxicidad clínica por fenitoína, tras iniciar tratamiento concomitante con fluoxetina. Se han observado incrementos superiores a dos veces las concentraciones plasmáticas de otros antidepresivos heterocíclicos, que previamente presentaban niveles plasmáticos estables, cuando se ha administrado fluoxetina asociada a estos agentes. El tratamiento concomitante con medicamentos que son metabolizados por el isoenzima P450IID6 (flecainida, encainida, vinblastina, carbamazepina y antidepresivos tricíclicos) puede requerir dosis más bajas de las habituales tanto de fluoxetina como del otro medicamento. En pacientes con diabetes, se ha producido hipoglucemia durante el tratamiento con fluoxetina e hiperglucemia tras la suspensión. Puede ser necesario el ajuste de la dosis de insulina y/o del agente hipoglucemiante oral. Ver también apartado **Contraindicaciones**. **4.6 EMBARAZO Y LACTANCIA:** Categoría B1: No se ha establecido la seguridad de este medicamento en mujeres embarazadas. Los estudios en animales de experimentación no indican efectos dañinos directos o indirectos respecto al desarrollo del embrión o feto, la gestación y el desarrollo peri y posnatal. Fluoxetina no debe ser utilizado en pacientes embarazadas, a no ser que sea claramente necesario. Fluoxetina es excretada en la leche materna, por lo que se deberá tener precaución cuando se administre clorhidrato de fluoxetina a mujeres durante la lactancia. **4.7 EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Fluoxetina puede producir efectos adversos leves o moderados. Los pacientes deben tener precaución cuando manejen maquinarias peligrosas, incluyendo automóviles, hasta que exista una certeza razonable de que el tratamiento farmacológico no les afecta de forma adversa. **4.8 REACCIONES**

ADVERSAS: Las reacciones más comúnmente observadas en asociación con el uso de fluoxetina y cuya frecuencia fue mayor del 2% y mayor que la de placebo, incluyen: ansiedad, nerviosismo, insomnio, somnolencia, astenia, temblor, sudoración, anorexia, náuseas, diarrea y mareo; reacciones menos frecuentes incluyen: cefalea, sequedad de boca, dispepsia y vómitos. También se han comunicado otras reacciones graves menos frecuentes (incidencia menor del 1%) que incluyen: síncope, arritmia cardíaca, anomalías en las pruebas de función hepática, hipo e hipertiroidismo, aumento del tiempo de hemorragia, síndrome cerebral agudo y convulsiones. Ver también apartado **Advertencias y precauciones especiales de empleo**. **4.9 SOBREDOSIFICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Signos y síntomas:** Las náuseas y vómitos son los síntomas predominantes en la sobredosis de fluoxetina. Otros síntomas pueden ser: agitación, convulsiones, inquietud, hipomanía y otros signos de excitación del Sistema Nervioso Central. Desde su comercialización, las comunicaciones de casos de muerte atribuidas a una sobredosis de fluoxetina sola, han sido extremadamente raras. Hasta diciembre de 1987, se habían comunicado dos muertes entre 38 comunicaciones de sobredosis aguda con fluoxetina, tanto sola como en combinación con otros medicamentos y/o alcohol. Una de las muertes ocurrió en un paciente que tomó una sobredosis de 1.800 mg de fluoxetina en combinación con una cantidad no determinada de meprobital. Las concentraciones plasmáticas de fluoxetina y meprobital fueron de 4,57 mg/l y 4,18 mg/l, respectivamente. En el otro caso, que también resultó en la muerte del paciente, se detectaron tres medicamentos en plasma a las concentraciones siguientes: 1,93 mg/l de fluoxetina, 1,10 mg/l de norfluoxetina, 1,80 mg/l de codeína y 3,80 mg/l de temazepam. **Tratamiento:** Se recomienda tratamiento sintomático y de apoyo. El empleo de carbón activado con sorbitol puede ser tan o más efectivo que la emesis o el lavado gástrico y debería ser considerado en el tratamiento de la sobredosis. Las convulsiones inducidas por fluoxetina que no se resuelven de manera espontánea pueden responder a diazepam. En el manejo de la sobredosis se debe considerar la posibilidad de que el paciente haya ingerido una diversidad de fármacos. En pacientes que estén tomando fluoxetina o recientemente la hayan tomado e ingirieron una cantidad excesiva de antidepresivos se debería proceder con especial cuidado, ya que en tales casos se podría aumentar la posibilidad de secuelas clínicamente significativas y aumentar el tiempo requerido de observación médica estrecha del paciente. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 PROPIEDADES FARMACODINÁMICAS:** Fluoxetina es un medicamento de acción antidepressiva cuyo mecanismo de acción parece estar relacionado con la inhibición de la recaptación de serotonina por las neuronas del sistema nervioso central. **5.2 PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS:** Después de 6 a 8 horas de una dosis oral única se observan concentraciones pico plasmáticas de fluoxetina. Los alimentos no parece que afecten la biodisponibilidad sistémica de fluoxetina. Fluoxetina se distribuye ampliamente por el cuerpo uniéndose mucho a proteínas plasmáticas. La vida media de eliminación de fluoxetina es de 4-6 días, siendo la de su metabolito activo de 4-16 días (ambas pueden aumentar en pacientes con deficiencia del sistema P450IID6). Esto asegura una presencia significativa de estos principios activos en el organismo durante el uso mantenido. Se alcanzan concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio después de dosificar varias semanas. Fluoxetina es metabolizada fundamentalmente en el hígado a norfluoxetina y a otros metabolitos. La vía principal de eliminación es el metabolismo hepático dando lugar a metabolitos inactivos que son excretados por el riñón. La insuficiencia hepática puede afectar la eliminación de fluoxetina. Se puede producir acumulación adicional de fluoxetina o de sus metabolitos en pacientes con alteración severa de la función renal. **5.3 DATOS PRECLÍNICOS SOBRE SEGURIDAD:** No existe evidencia de que el uso del clorhidrato de fluoxetina cause carcinogénesis, mutagénesis o alteraciones de la fertilidad. De seis perros que recibieron una sobredosis oral de fluoxetina, cinco experimentaron convulsiones generalizadas. Estas convulsiones cedieron en forma inmediata al administrar un bolo intravenoso de una dosis veterinaria estándar de diazepam. En este estudio de corto plazo, la concentración más baja de fluoxetina con la cual se presentaron convulsiones, fue tan sólo el doble de la concentración plasmática máxima alcanzada en seres humanos que ingirieron una dosis de 80 mg/día crónicamente. En ratas, ratones y perros tratados con fluoxetina de forma crónica, se observó un aumento de los fosfolípidos en ciertos tejidos. Este efecto es reversible después de la interrupción del tratamiento. Se ha observado acumulación de fosfolípidos en animales tratados con diversos medicamentos anafilícticos catiónicos, incluyendo fenfluramina, imipramina y ranitidina. La importancia de este efecto en los seres humanos es desconocida. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 LISTA DE EXCIPIENTES: PROZAC® 20 mg, cápsulas:** Almidón de maíz y dimeticona. **PROZAC® 20 mg, líquido:** Sacarosa, ácido benzoico, glicerol, saborizante de menta y agua purificada. **PROZAC® 20 mg, comprimidos:** Sacarina sódica, celulosa microcristalina, manitol, sorbitol, aroma de anís, aroma de peppermint, sílice coloidal, almidón de maíz, fumarato sódico de estearilo y polividona. **6.2 INCOMPATIBILIDADES:** No procede. **6.3 PERIODO DE VALIDEZ: Cápsulas:** Tres años a temperatura ambiente. **Solución:** Dos años a temperatura ambiente. **Comprimidos:** Dos años a temperatura ambiente. **6.4 PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:** No se requieren condiciones especiales para su conservación. **6.5 NATURALEZA Y CONTENIDO DEL RECIPIENTE. PRESENTACIONES: PROZAC® 20 mg cápsulas:** envase con 14 cápsulas para uso oral (982231); P.V.P. 2.421 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 2.518 Ptas. **PROZAC® 20 mg cápsulas:** envase con 28 cápsulas para uso oral (759811); P.V.P. 4.785 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 4.976 Ptas. **PROZAC® 20 mg líquido:** envase con 70 ml para uso oral (692772); P.V.P. 2.422 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 2.519 Ptas. **PROZAC® 20 mg líquido:** envase con 140 ml para uso oral (651364); P.V.P. 4.432 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 4.609 Ptas. **PROZAC® 20 mg dispersable:** envase con 14 comprimidos para uso oral (962223); P.V.P. 2.421 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 2.518 Ptas. **PROZAC® 20 mg dispersable:** envase con 28 comprimidos oral (651356); P.V.P. 4.785 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 4.976 Ptas. El envase de venta contiene un prospecto dirigido al paciente. **6.6 INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN:** Se recomienda la administración de los comprimidos o bien disueltos en un poco de agua o ingeridos enteros. **7. FECHA DE APROBACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Junio 1995. **DISTA, S.A.** Avda. de la Industria, 30. Zona Industrial de Alcobendas. Alcobendas, 28100. Madrid. *Con receta médica.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Stokes, P.E. Fluoxetine: A Five-Year Review. Clin. Therapeutics, 1993; Vol 15 (2): 216-243. 2. Shatzberg, A.F. Fluoxetine in the treatment of Comorbid Anxiety and Depression. J Clin Psychiatry Monograph, 1995; 13 (2):2-12. 3. Tignol, J. A Double-Blind, Randomized, Fluoxetine-Controlled Multicenter Study of Paroxetine in the Treatment of Depression. J Clin Psychopharmacol Vol 13, Nº 6, Suppl 2, Dec 1993; 18S-22s. 4. Fawcett, J., Rosenbaum J.F., Shatzberg, A.F., Zajecka, J.M. A Rational Approach to Antidepressant Drug Selection. Consultations in Clinical Psychopharmacology, 1993. 5. Montgomery, S.A., Henry, J., McDonald, G., Dinan, J., Lader, M., Hindmarch, I., Clare, A., Nutt, D. Selective serotonergic reuptake inhibitors: metanalysis of discontinuation rates. Int Clin Psychopharmacol, 1994 Vol 9: 47-53.



PATRON antidepressivo UNIVERSAL



Mejoramos la vida, devolvemos la esperanza

M^a J. Mardomingo Sanz

Vulnerabilidad psicopatológica y experiencias tempranas de la vida

Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Prof^a Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia:

M^a J. Mardomingo Sanz
Sección Psiquiatría Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Dr. Esquerdo, 46
28007 Madrid

Psychopathological vulnerability and early experience

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas fundamentales, y sin duda más apasionantes, de la psiquiatría actual es el estudio de las experiencias tempranas de la vida y su posible relación con la vulnerabilidad para padecer enfermedades. El interés por los primeros años de la vida del ser humano no es nuevo y, de hecho, el psicoanálisis se ocupó de la depresión anaclítica del lactante y del padre castrador como generador de problemas en el hijo. La investigación actual sigue otras vías más complejas, y al mismo tiempo complementarias, que abarcan, de forma resumida, tres tipos de trabajos:

1. Estudios en modelos animales, en los cuales el animal sufre situaciones de aislamiento y privación ambiental y se observan las repercusiones en el comportamiento y en la vulnerabilidad para padecer enfermedades.
2. Trabajos que abordan los efectos de circunstancias ambientales anómalas sobre el desarrollo de la conducta del niño, como la desnutrición, el maltrato o la reclusión en orfanatos.
3. Estudio de determinados acontecimientos y experiencias vitales altamente estresantes, presentes en la infancia, y su relación con el pade-

cimiento de trastornos psiquiátricos, como por ejemplo la ausencia del padre del medio familiar, la separación y divorcio de los padres, la pérdida de uno de los padres, la conflictividad mantenida en la familia y la enfermedad psiquiátrica de los padres.

A continuación se abordan algunos de estos aspectos.

EXPERIENCIA TEMPRANA Y DESARROLLO CEREBRAL EN RATAS

El desarrollo y maduración del cerebro de los mamíferos se inicia durante la etapa intrauterina, culmina en la vida postnatal y está influenciado por factores ambientales. El desarrollo de la corteza cerebral, tal vez la región cerebral más sensible a los estímulos externos, se modifica según que las ratas vivan en un ambiente muy rico en estímulos sensoriales o, por el contrario, pobre en estímulos. Las ratas que viven en un ambiente multifamiliar, con otras ratas adultas y sus crías, y que tienen muchos juguetes que además se recambian con frecuencia, presentan un desarrollo muy superior de la corteza

- 2 somatosensorial y de la corteza occipital, cuando se comparan con ratas criadas en un ambiente unifamiliar con privación sensorial (Malkasian y Diamond, 1971).

La separación de las ratas de la madre inmediatamente después del nacimiento, durante 36 horas, tiene serias repercusiones sobre el crecimiento del cerebro, con disminución del peso y del tamaño y afectación del cuerpo calloso (Wahlsten et al, 1987). La desnutrición unida al aislamiento se traduce en cambios morfológicos en el cerebro adulto con importante descenso del número de sinapsis (Bedi et al, 1989), pérdida de memoria e hiporreactividad a estímulos emocionales. Se observa también que el animal sometido a situaciones de privación duerme menos, parámetro que se normaliza al ponerlo en un ambiente enriquecido (Mirmiran et al, 1983).

El ambiente rico en estímulos mejora la capacidad de aprendizaje del animal, que obtiene mejores resultados en el recorrido de laberintos, rapidez de aprendizaje, resolución de problemas espaciales y resolución de problemas en general (Nyman, 1967). Sin embargo, la hipoalimentación se traduce en microcefalia, disminución del número de neuronas y de células gliales, reducción de los lípidos cerebrales, trastornos de la mielinización, y alteraciones de la actividad enzimática (Dobbing y Sands, 1972). La hipoalimentación tiene además efectos a largo plazo en la conducta del animal, observándose descenso de la actividad exploradora en ambientes nuevos, hiperreactividad ante estímulos estresantes y voracidad excesiva.

EXPERIENCIA TEMPRANA Y SUSCEPTIBILIDAD A LAS ENFERMEDADES

Una cuestión clave en medicina ha sido, y sigue siendo, por qué unos individuos padecen una determinada enfermedad y otros, en idénticas circunstancias de exposición a los mismos agentes patógenos, no la padecen. La primera respuesta a esta pregunta atribuyó esta diversidad individual ante las enfermedades a factores genéticos, para añadirse después un gran interés en la investigación de los factores

ambientales en que vive el individuo. Estos factores ambientales, especialmente los que se refieren a las experiencias tempranas de la vida, que coinciden con la época de intenso desarrollo del sistema nervioso, parecen ocupar un lugar clave en la susceptibilidad para padecer trastornos emocionales y de comportamiento, y en la susceptibilidad para padecer procesos patológicos en general (Ader, 1962, 1967; Stern, 1960).

Una de las primeras conclusiones de estos trabajos es que la experiencia temprana no afecta de igual modo a todo tipo de patologías, sino que la susceptibilidad varía de unas enfermedades a otras. Determinados tipos de experiencia temprana pueden no modificar la vulnerabilidad frente a un trastorno concreto, aumentarla frente a otro, e incluso disminuirla ante un tercero. Así, el destete prematuro influye en la incidencia de úlceras gástricas en las ratas en situaciones de conflicto (Ader, 1962) y en la mortalidad consecutiva al trasplante de un tumor (Ader y Friedman, 1965a). El hecho de tener a las ratas en las manos, modifica la resistencia del animal frente a los tumores y a la leucemia trasplantados (Ader y Friedman, 1965b; Levine y Cohen, 1959) y frente a las úlceras gástricas por inmovilización (Ader, 1965). Tener a las ratas en las manos durante el periodo de la lactancia aumenta la resistencia a las úlceras gástricas y retrasa el crecimiento de un tumor trasplantado, pero disminuye la resistencia frente a una leucemia o frente al choque electroconvulsivo.

En resumen, puede afirmarse que la susceptibilidad a las enfermedades depende de tres variables fundamentales:

- a. Factores genéticos.
- b. Factores ambientales pre y perinatales.
- c. Factores ambientales postnatales, especialmente la experiencia temprana.

El cuarto factor, para el padecimiento de la enfermedad, lo constituyen las características propias del agente patógeno.

La interacción entre los factores genéticos y ambientales se representa en la figura 1, pudiendo observarse, de modo esquemático, cómo el padecimiento de una enfermedad puede depender de un solo factor o bien requerir la confluencia de dos o incluso de tres factores patogénicos.

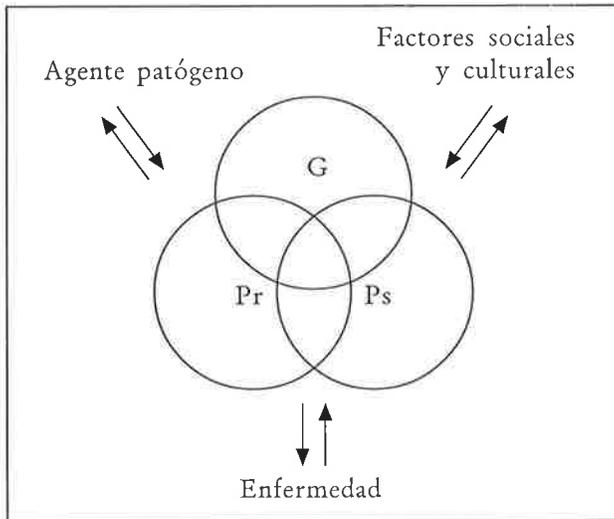


Figura 1. *Susceptibilidad a las enfermedades.* G: Factores genéticos. PR: Factores prenatales y perinatales. PS: Factores postnatales, experiencia temprana (Tomado de Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes.* Madrid: Díaz de Santos; 1994).

PATOLOGÍA GASTRODUODENAL Y FACTORES DE ESTRÉS

La inmovilización del animal y la restricción de alimento son dos circunstancias altamente estresantes que se han utilizado de modo especial para el estudio de la patología digestiva. La inmovilización y restricción de agua y alimento en las ratas da lugar a importantes úlceras gástricas. El número de úlceras que aparecen es tanto mayor cuanto más elevados son los niveles plasmáticos de pepsinógeno, de tal forma que estos niveles pueden considerarse como un factor de predicción en la aparición de úlceras gástricas (Ader et al, 1960; Ader, 1963). Sin embargo, otro factor íntimamente relacionado con la intensidad de las úlceras es el tiempo de inmovilización (mínimo de 6 horas) y el momento del día en que se realiza. Por tanto, la intensidad del estrés y el estado fisiológico previo del animal son otras dos variables fundamentales en la aparición de patología (Glavin y Pare, 1985).

La repercusión de coger a las ratas en las manos, en la susceptibilidad a las enfermedades, es una de las situaciones ambientales más ampliamente estudiadas. Las ratas sometidas a este tipo de experiencia temprana sufren muchas menos lesiones hemorrágicas en el aparato digestivo por efecto de la inmovilización (Weininger, 1956; Winokur et al, 1959; Mc Michael, 1966).

Llama la atención que el hecho de coger a las ratas en las manos, diariamente, durante un breve periodo de tiempo y a lo largo de las tres primeras semanas de vida, modifique hasta tal punto la susceptibilidad genética a padecer un determinado trastorno. Las tres primeras semanas de vida tienen en este sentido un carácter altamente crítico.

De estas investigaciones puede deducirse que los agentes patógenos no actúan en el vacío, sino que existe un estado psicofisiológico previo del organismo. Este estado psicofisiológico viene determinado por factores genéticos, intrauterinos y perinatales, así como por la experiencia de los primeros meses y años de vida. La interacción de todos estos factores, a su vez, va a depender del medio social y cultural del individuo, que marcará los modos de enfermar a lo largo de la vida y, por tanto, la definitiva manifestación de las características fenotípicas del sujeto.

DEPRIVACIÓN MATERNA Y FUNCIÓN NEUROENDOCRINA EN RATAS

La privación materna durante las primeras etapas del desarrollo, y especialmente durante la lactancia, tiene importantes consecuencias en la función neuroendocrina e inmune, incluso cuando ha sido de breve duración. La separación de la madre repercute en el estado nutritivo con retraso del crecimiento, en la función hipotalámica y en la respuesta al estrés (Ackerman et al, 1988; Rosenfeld et al, 1991). El aislamiento del animal se sigue del inmediato descenso de la hormona del crecimiento con aumento de la secreción de corticosterona a continuación (Kuhn et al, 1990).

La estimulación táctil de la cría es un factor protector de enorme importancia, mejorando la

4 ganancia de peso, la actividad motora, las respuestas de orientación y el estado de vigilancia. La estimulación cinestésica y vestibular no es eficaz (Schanberg y Field, 1987). De modo parecido, el contacto físico con la madre evita o mejora los trastornos en la secreción de hormona del crecimiento y en la actividad de la ornitín-decarboxilasa, ambas imprescindibles para el crecimiento normal del animal (Pauk et al, 1986). La privación materna se traduce también en una reducción en la síntesis de ADN pulmonar, que no es atribuible a la hipoalimentación y que se puede prevenir mediante la administración central de naloxona, sugiriendo que las β -endorfinas cerebrales tienen un papel mediador en los cambios que se producen en la síntesis de ADN, consecutivos a la separación materna de la rata (Greer et al, 1991). De modo similar, el efecto beneficioso que tiene para el animal el contacto con la madre, durante las primeras etapas del desarrollo, se ejercería en parte a través del metabolismo de los opiáceos endógenos (Carden y Hofer, 1990).

Parece evidente que el contacto y la interacción con la madre, durante las primeras etapas de la vida, es imprescindible para el normal desarrollo del animal, repercutiendo en el crecimiento corporal, desarrollo del cerebro, sistema inmune, función del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y mecanismos de respuesta al estrés, a corto y a largo plazo (Levine et al, 1991; Stanton et al, 1988). Estas investigaciones ponen de manifiesto el papel fundamental de la madre como regulador de la fisiología de la prole, muy especialmente durante el período de la lactancia.

EXPERIENCIA TEMPRANA Y PSICOPATOLOGÍA

El papel de los factores ambientales durante estas primeras etapas del desarrollo de la conducta se ha revelado como fundamental, no sólo para la normalidad del comportamiento del niño, sino también por sus posibles repercusiones a largo plazo en el comportamiento del adolescente y del adulto y en el padecimiento de enfermedades psiquiátricas.

El estudio de modelos animales, con todos sus inconvenientes, es especialmente ilustrativo en este campo. Los estudios etológicos ponen de manifiesto la importancia de las primeras fases del desarrollo para la normalidad de la conducta del animal, y el carácter patógeno, en ocasiones irreversible, que pueden tener circunstancias ambientales adversas. Lorenz (1970) estudió el troquelado de la conducta de seguimiento en pájaros y resaltó sus repercusiones en el establecimiento de la socialización. Harlow (1958) y otros autores investigaron la privación materna y el aislamiento en el mono, destacando los trastornos consecutivos en la conducta y adaptación social y en comportamientos posteriores, tan importantes como la elección de pareja en la vida adulta y las conductas maternas con la prole.

La experiencia temprana anómala repercute también en la función inmunitaria del animal y en la función neuroendocrina, modificando la susceptibilidad frente a agentes patógenos, como virus, y la capacidad de respuesta del organismo ante acontecimientos vitales estresantes. Los estudios sobre la aparición de úlceras gastroduodenales en ratas sometidas a aislamiento son clásicos en este sentido (Ader, 1962; Stern, 1960).

La investigación de los factores de riesgo, de tipo ambiental, para la normalidad de la conducta ha enlazado con el estudio de los factores que tienen un carácter protector. El contacto con la madre y la interacción madre-hijo parecen ser un factor regulador clave del equilibrio homeostático del organismo, de la protección para sufrir enfermedades y de la normalidad de la conducta del animal y del ser humano (Mardomingo, 1981). Este carácter protector lo tiene la mera presencia de la madre, incluso en aquellos casos en que el animal puede verla pero no tocarla (Schanberg y Field, 1987; Levine et al, 1985).

La importancia de la madre se acompaña, en el caso del mono, de la importancia del contacto con otros monos de edad similar, imprescindible para el desarrollo de la conducta social (Sackett et al, 1972).

Tanto en el mono como en la rata, la estimulación táctil repercute en el desarrollo normal. El hecho de que el investigador tenga a las ratas en

sus manos amortigua los efectos adversos del aislamiento con cambios inmunoneuroendocrinos y, por tanto, con cambios en la susceptibilidad a padecer enfermedades y en los mecanismos de respuesta al estrés (Schanberg y Field, 1987; Mc Michael, 1966).

Todos estos trabajos en modelos animales, en el laboratorio y en el medio natural, han servido para plantear nuevos interrogantes y sugerir algunas respuestas, respecto al papel esencial de las experiencias tempranas en el normal desarrollo de la conducta humana.

Las investigaciones de Cravioto (1971) demuestran los efectos de la desnutrición sobre el desarrollo sensoriomotor, desarrollo cognitivo, rendimiento escolar, coordinación visomotora y socialización en el niño. Estos efectos son más o menos perjudiciales, dependiendo de la edad cronológica en la cual actúan y, por tanto, dependiendo de la etapa de maduración del sistema nervioso.

La institucionalización del niño, en los primeros años de vida, dadas las características de deprivación emocional y sensorial que han tenido tradicionalmente las instituciones, ha permitido, por desgracia, observar sus consecuencias en la conducta a corto y a largo plazo (Mardomingo et al, 1981; Mardomingo, 1990). Los retrasos en la conducta motora, adaptativa y social, y muy especialmente en el lenguaje, y una mayor incidencia de enfermedades, presentes en estos niños, se atenúan y evitan modificando los factores ambientales anómalos (Mardomingo y Matos, 1981; Mardomingo, 1982). Los trastornos del comportamiento persisten en la vida adulta con deficiente control de los impulsos y conductas agresivas y muy especialmente con una marcada dificultad para establecer relaciones personales gratificantes, elegir pareja y tener conductas paternales apropiadas con los hijos.

El interés por el maltrato en la infancia, que comenzó como un tema estrictamente pediátrico y radiológico (explicar fracturas múltiples del niño, que sugerían una osteogénesis imperfecta), ha abarcado después aspectos más amplios del desarrollo emocional y cognitivo y de sus repercusiones en la interacción con los propios hijos, cuando el niño maltratado es un adulto (Mardomingo, 1985b; Ludolph et al, 1990).

La pérdida del padre o de la madre durante la infancia y el padecimiento posterior de trastornos psiquiátricos (Weyerer et al, 1987), es un tema abordado por la Psiquiatría de adultos en los últimos años, cada vez más interesada en una comprensión más profunda, completa y objetiva de la patología del adulto y, por tanto, cada vez más interesada en la Psiquiatría del niño y del adolescente. Los trastornos de ansiedad generalizada, la agorafobia, los trastornos depresivos —sobre todo la depresión unipolar— y los suicidios se caracterizan, en un alto porcentaje de casos, por el antecedente de la pérdida del padre o de la madre durante la infancia, (Mardomingo y Catalina, 1992b). Pérdida que suele darse por abandono y no por muerte (Harris et al, 1986; Roy, 1985; Lester, 1989).

En este mismo sentido, los estudios longitudinales de niños cuyos padres se han divorciado, o los estudios retrospectivos en adultos que sufrieron ese mismo acontecimiento vital, ponen de manifiesto el efecto perturbador a largo plazo en la conducta del niño y de la niña, especialmente en la conducta sexual y en la capacidad para establecer relaciones de profundo compromiso y mutua confianza cuando son adultos, observándose marcada tendencia al fracaso y al divorcio en sus propios matrimonios.

Otro grupo de trabajos ha estudiado la posible correlación entre experiencia temprana y úlceras gastroduodenales en la vida adulta. Las úlceras gastroduodenales humanas se han relacionado tradicionalmente con niveles altos de pepsinógeno en plasma (Weiner et al, 1957); sin embargo, actualmente se sabe que este factor no es suficiente para que la úlcera aparezca e incluso puede no ser ni siquiera necesario. Una correlación de factores está implicada en los mecanismos etiopatogénicos de la úlcera gástrica y duodenal:

- a. Niveles altos de pepsinógenos, probablemente dependientes de factores genéticos.
- b. Características de personalidad que llevan al individuo a percibir su medio ambiente como estresante.
- c. Dificultades del individuo para afrontar y resolver adecuadamente los problemas cotidianos (Ader, 1973).

- 6 Precisamente el tipo de percepción que el individuo tiene de su medio ambiente, así como la capacidad para responder de un modo adecuado a las demandas sociales, depende en gran parte de las experiencias tempranas.

CONSIDERACIONES FINALES

El tema de la experiencia temprana es enormemente interesante por sus repercusiones en el desarrollo normal de la conducta del niño y en la conducta posterior del adulto, así como por su carácter de factor de riesgo para padecer enfermedades de tipo inmunitario y neuroendocrino: desde enfermedades víricas a cáncer. La experiencia temprana repercute, asimismo, en los modos de

respuesta del individuo a las situaciones vitales estresantes. Las características temperamentales del niño modularán las respuestas individuales en la interacción con la madre y otros adultos, marcando un estilo de conducta que se prolongará a lo largo de la vida (Chess y Thomas, 1986).

Los trabajos sobre experiencia temprana a nivel humano no pueden tener el rigor metodológico de los estudios en modelos animales, pero sus resultados son altamente ilustrativos para la comprensión de la conducta humana y para tomar medidas preventivas que reduzcan al mínimo los factores de riesgo para el padecimiento de trastornos psiquiátricos. Profundizar esta investigación constituye uno de los retos más específicos de la Psiquiatría del niño y del adolescente en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman SH, Keller SE, Scheleifer SJ, et al. Premature maternal separation and lymphocyte function. *Brain Behav Immun* 1988;2:161-5.
- Ader R. Social factors affecting emotionality and resistance to diseases in animals. III. Early weaning and susceptibility to gastric ulcers in the rat. A control for nutritional factors. *J Comp Psychol* 1962;55:600.
- Ader R. Plasma pepsinogen level as a predictor of susceptibility to gastric erosion in the rat. *Psychol Med* 1963;25:221.
- Ader R. Effects of early experience and differential housing on behaviour and susceptibility to gastric erosions in the rat. *J Comp Physiol Psychol* 1965;60:233.
- Ader R. Behavioural and physiological rhythms and the development of gastric erosions in the rat. *Psychosomatic Med* 1967;29:345.
- Ader R. Early experience and susceptibility to disease: the case of gastric erosions. En: Barnett SA, editor. *Ethology and development. Clinics in Developmental Medicine* 47. Londres: William Heinemann; 1973.
- Ader R, Friedman SB. Social factors affecting emotionality and resistance to disease in animals. V. Early separation from the mother and responses to a transplanted tumor in the rat. *Psychol Med* 1965a;27:119.
- Ader R, Friedman SB. Differential early experience and susceptibility to transplanted tumor in the rat. *J Comparat Physiol Psychol* 1965b;59:361.
- Ader R, Beels CC, Tatum R. Blood pepsinogen and gastric erosions in the rat. *Psychos Med* 1960;22:1.
- Bedi KS, Massey RF, Smart JL. Neuronal and synaptic measurements in the visual cortex of adult rats after undernutrition during normal or artificial rearing. *J Comp Neurol* 1989;289:89-98.
- Carden SE, Hofer MA. The effects of opioid and benzodiazepine antagonists on dam-induced reductions in rat pup isolation distress. *Dev Psychobiol* 1990;23:797-808.
- Chess S, Thomas A. Temperament in clinical practice. Nueva York: The Guilford Press; 1986.
- Cravioto J. Infant malnutrition and later learning. En: Margen S, Wilson NL, eds. *Progress in Human Nutrition. Connecticut: Avi, Westport; 1971. p. 80-96.*
- Dobbing J, Sands J. Vulnerability of developing brain. IX. The effect of nutritional growth retardation on the timing of the brain growth-spurt. *Biol Neon* 1972;19:363.
- Glavin GB, Pare WP. Early weaning predisposes rats to exacerbated activity-stress ulcer formation. *Physiol Behav* 1985;34:907-9.
- Greer NL, Bartolome JV, Schanberg SM. Further evidence for the hypothesis that beta-endorphin mediates maternal deprivation effects. *Life Sci* 1991;48:643-8.
- Harrow HIF. The nature of love. *Am Psychol* 1958;13:673.
- Harris T, Brown GW, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psychol Med* 1986;16:641-59.
- Immelmann K. Über den Einfluss frühkindlicher Erfahrungen auf die geschlechtliche Objektfixierung bei Estriden. *Zeitschrift für Tierpsychologie* 1969;26:677-85.

- Kuhn CM, Pauk J, Schanberg SM. Endocrine responses to mother-infant separation in developing rats. *Dev Psychobiol* 1990; 23:395-410.
- Lester D. Experience of parental loss and later suicide: data from published biographies. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:450-2.
- Levine S, Johnson DF, Gonzalez CA. Behavioral and hormonal responses to separation in infant rhesus monkeys and mothers. *Behav Neurosci* 1985;99:399-410.
- Levine S, Huchton DM, Wiener SG, et al. Time course of the effect of maternal deprivation on the hypothalamic pituitary adrenal axis in the infant rat. *Dev Psychobiol* 1991;24:547-58.
- Lorenz K. Translation of above. En: *Studies in animal and human behaviour*. Vol 1. Londres: Methuen; 1970.
- Ludolph PS, Westen D, Mistle B, et al. The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am Psychiat* 1990;147:470-6.
- McMichael RE. Early-experience effects as a function of infant treatment and other experimental conditions. *J Comp Physiol Psychol* 1966;62:433.
- Malkasian DR, Diamond MC. The effects of environmental manipulation on the morphology of the neonate rat brain. *Int J Neurosci* 1971;2:161-70.
- Mardomingo MJ. Desarrollo normal de la conducta del niño. En: Gisbert, Mardomingo MJ, et al, eds. *Educación especial*. 2ª edición. Madrid, Editorial Cincel Kapelusz; 1981. p. 49-57.
- Mardomingo MJ. Institucionalización y deterioro de la conducta del niño. En: *Menores marginados*. Madrid: De. PSOE; 1982. p. 351-60.
- Mardomingo MJ. Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia. *An Esp Pediatr* 1985;22:167-71.
- Mardomingo MJ. El síndrome de privación psicosocial: Factores ambientales y conducta humana. *Rev Psiquiat Inf-Juv* 1990;4:231-44
- Mardomingo MJ. Desarrollo de la conducta y experiencia temprana. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamento y síndromes*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1994.
- Mardomingo MJ, Catalina ML. Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Pediatrica* 1992;12:5-10.
- Mardomingo MJ, Matos J. Evolución del concepto de Institucionalización. En: V Simposio español de Pediatría Social. Libro de Ponencias; 1981. p. 159-65.
- Mardomingo MJ, et al. Efectos de la institucionalización sobre la conducta del niño durante los 3 primeros años de vida. En: V Simposio español de Pediatría Social. Libro de Ponencias; 1981. p. 166-93.
- Mirmiran M, Uylings HB, Corner MA. Pharmacological suppression of REM Sleep prior to weaning counteracts the effectiveness of subsequent environmental enrichment on cortical growth in rats. *Brain Res* 1983;283:102-5.
- Nyman AJ. Problem solving in rats as a function of experience at different ages. *J Gen Psychol* 1967;110:31-9.
- Pauk J, Kuhn CM, Field TM, et al. Positive effects of tactile versus kinesthetic or vestibular stimulation on neuroendocrine and ODC activity in maternally-deprived rat pups. *Life Sci* 1986;39:2081-7.
- Rosenfeld P, Gutierrez YA, Martin AM, et al. Maternal regulation of the adrenocortical response in preweaning rats. *Physiol Behav* 1991;50:661-71.
- Roy A. Early parental separation and adult depression. *Arch Gen Psychiat* 1985;42:987-91.
- Sackett GP. Exploratory behavior of rhesus monkeys as a function of rearing experiences and sex. *Dev Psychobiol* 1972;6:260.
- Schanberg SM, Field TM. Sensory deprivation stress and supplemental stimulation in the rat pup and preterm human neonate. *Child Dev* 1987;58:1431-47.
- Stanton ME, Gutierrez YR, Levine S. Maternal deprivation potentiates pituitary-adrenal stress responses in infant rats. *Behav Neurosci* 1988;102:692-700.
- Stern JA, Winokur G, Eisenstein A, et al. The effect of group vs individual housing of behaviour and physiological responses to stress in the albino rat. *J Psychos Res* 1960;4:185.
- Wahlsten D, Blom K, Stefanescu R, et al. Lasting effects on mouse brain growth of 24 hr postpartum deprivation. *Int J Dev Neurosci* 1987;5:71-5.
- Weiner H, Thaler M, Reiser MF, et al. Etiology of duodenal ulcer. I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychos Med* 1957;19:1.
- Winokur G, Stern JA, Taylor R. Early handling and group housing: effect on development and response to stress in the rat. *J Psychos Res* 1959;4:1. Bibliografía

A. Benito de la Iglesia¹
P. Rodríguez Ramos²

Flexibilizar los Servicios de
Salud Mental para adaptarlos
a las necesidades de los
adolescentes: una estrategia de
intervención comunitaria

- 1 Psicólogo. Ayuntamiento de Madrid. Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuán.
- 2 Psiquiatra. Comunidad de Madrid. Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuán.

Correspondencia:
P. Rodríguez Ramos
Servicio de Salud Mental
Maudes, 32
28003 Madrid

*Adapting Mental Health
Services to the necessities of the
adolescents: a community-
intervention strategy*

RESUMEN

Una parte importante de los adolescentes con trastornos psíquicos no reciben tratamiento, lo que exige nuevas estrategias de detección y de oferta asistencial, adaptadas a las características de esta población. Una de ellas es el Programa de Atención en la Institución Escolar (PAIE) que incluye talleres de prevención y orientación terapéutica.

A través del PAIE han solicitado tratamiento el 49,3% de los jóvenes entre 14 y 17 años, atendidos en los Servicios de Salud Mental, y estas demandas no se hubieran realizado por las vías tradicionales de asistencia.

Este programa contribuye a mejorar los objetivos de los servicios de salud mental sin requerir incrementos de los costes.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Salud Mental.

ABSTRACT

A high prevalence of disturbed adolescents who refuse treatment enhances new strategies for detection and treatment adecuated to the special psychology of the adolescents. One of them is the PAIE (Attention Program in the Scholar Setting) wich includes worksops about prevention and therapeutic orientation.

49.3% of the 14 to 17 years-old adolescents treated in the Mental Health Services from a district of Madrid asked for treatment through the PAIE. This treatments would not have been demanded through the national health system.

This program constitutes a significative improve in the objectives of the Mental Health Services for adolescents without increasing the costs.

KEY WORDS

Adolescence; Mental Health Services.

INTRODUCCIÓN

Dado que una parte importante de la población adolescente sufre problemas de salud mental ⁽¹⁻⁴⁾, y que sólo un porcentaje escaso de ellos acude a consulta ^(5, 6), parece evidente que una alta proporción de estos jóvenes con problemas psíquicos no sabe buscar o no recibe la ayuda de los servicios para la salud mental; y puede deducirse que los objetivos de la oferta asistencial no se adecúan a las necesidades reales de esta población.

Las causas de tales deficiencias no están bien estudiadas, pero parecen ser muy diversas. Por un lado, los servicios implicados en la promoción de la salud mental están poco integrados y faltos de coordinación ⁽⁷⁻¹⁰⁾, y de otra parte existen evidencias que confirman la suposición de que la integración en el medio y la coordinación entre los diversos organismos responsables mejoraría la eficacia y la eficiencia de la atención en salud mental a los menores ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Éstas y otras evidencias de las limitaciones en la actual organización asistencial, demandan nuevas estrategias de funcionamiento, que resulten compatibles con las circunstancias culturales de la adolescencia y los criterios político-económicos de esta época.

Un sistema atractivo y realista para perfeccionar los programas de asistencia, mejorando el rendimiento de los servicios para la salud mental de los adolescentes, será aquel que no pretenda incrementar los costes, sino adaptar la oferta existente a las particulares características de esta población, a sus necesidades y a sus costumbres a la hora de buscar ayuda ante problemas psíquicos.

En relación con la adolescencia, va extendiéndose la conclusión de que su atención resulta ser más eficaz cuando se realiza en su propio medio, evitando el contacto con la red convencional de asistencia para la salud mental ^(14, 15). Incluso parece más útil desarrollar algunos tratamientos dentro del ámbito escolar ⁽¹⁶⁾, siendo allí donde los jóvenes prefieren discutir e informarse sobre los problemas mentales ⁽¹⁷⁾ y donde se llegan a lograr notables rendimientos con programas sencillos ⁽¹⁸⁾.

Diversos estudios de prevención y tratamiento con adolescentes en sus colegios refuerzan estos hallazgos ⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Con el objetivo de buscar métodos de trabajo que mejoren la eficacia y eficiencia de las ofertas de servicio para la salud mental de los adolescentes, acercando los servicios a los contextos naturales de esta población, en el distrito de Tetuán se está llevando a cabo la experiencia consistente en realizar talleres de ayuda para la resolución de problemas de la vida diaria que tienen estrecha relación con su grado de salud mental.

9

Tabla 1 Características del taller de prevención de la depresión en los adolescentes en instituciones educativas

-
- 1ª fase: Aplicación de cuestionarios. (Cuestionario de Intereses y Necesidades de Salud —CINSA—) y la Escala autoaplicada para la evaluación de la Depresión de BECK).
- 2ª fase: Información a los padres, profesores y alumnos sobre:
- Los resultados de los cuestionarios.
 - La posibilidad de desarrollar en la institución educativa un taller para prevenir la depresión (se da información sobre fechas, horario, metodología, contenidos). Se deja claro que no es obligatorio y que lo impartirá un profesional del Equipo de Salud Mental del distrito.
- 3ª fase: Se establece el calendario (los días, las horas, la duración de las sesiones), conjuntamente responsables educativos y equipo de Salud Mental.
- 4ª fase: Se realiza el taller en el 2º trimestre del curso escolar.
- NÚMERO DE SESIONES: 6.
DURACIÓN DE LAS SESIONES: 1 hora.
CONTENIDOS DE LAS SESIONES:
- 1ª ¿Qué es la depresión?
 - 2ª ¿Qué es un problema? Principales fuentes de problemas de los adolescentes.
 - 3ª Aprender a resolver problemas. Estrategias de solución de problemas.
 - 4ª Aprender a mejorar la Autoestima.
 - 5ª ¿Qué es un pensamiento? Aprender a identificar los pensamientos irracionales. Distorsiones cognitivas.
 - 6ª La competencia personal y social. Principales fuentes de recursos.
-

10 El programa de atención en la institución escolar comprende:

1. Identificación de necesidades o intereses en salud mental de los adolescentes.
2. Oferta de ayuda, bien a través de talleres o de tratamientos específicos individualizados.

Estos talleres se desarrollan en las propias instituciones educativas, a las que acuden los profesionales sanitarios para la salud mental del distrito, coordinándose con los profesionales de educación.

OBJETIVOS

En la población adolescente existe una demanda latente, cuyo grado de psicopatología se desconoce, y que no utiliza los servicios previstos en el sistema actual por diversos motivos.

Se pretende comparar la demanda para atención en salud mental que se hace en dos tipos distintos de oferta de servicios:

1. En el programa de adolescentes dentro de la propia institución escolar.
2. En el programa oficial de atención para la salud mental, situado en un segundo nivel asistencial.

Se trataría de comprobar si la eliminación de barreras facilita una relación informal que, siendo más adecuada a las características y necesidades de la adolescencia, recoge la demanda latente y, a caso, un perfil psicopatológico específico.

Evaluar las propiedades de esta medida requiere unas referencias concretas para poder valorar la utilidad de esta actuación, medir su aceptación por la población a la que se ofrece, el grado de mejora que supone en la accesibilidad a los servicios y la especificidad del tipo de problemas que utilizan esta vía de acceso al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología

Aprovechando los recursos asistenciales del distrito, ayuntamiento y comunidad, se dispone de dos tipos de consulta, una en el propio contexto del

Tabla 2 Datos correspondientes al último taller (2º Trimestre del curso 95/96)

- Se realiza en un Instituto de BUP.
- Alumnos de 1º de BUP*.
- Contestan los Cuestionarios: 77 alumnos/as.
- Asisten voluntariamente al taller 12 alumnos (15,4%).

* Se elige el 1º de BUP porque pensamos que es un momento crítico el paso de la Enseñanza General Básica (EGB) a la Enseñanzas Medias (cambio de institución, de ambiente, de amigos, de profesores, de métodos de enseñanza, cambios psicobiológicos...).

adolescente y la otra en las instituciones sanitarias. Se compara la tasa de demanda a las dos modalidades de oferta asistencial durante los dos últimos trimestres de los cursos escolares 1994-95 y 1995-96.

Como referencia, la tabla 2 recoge los resultados correspondientes a uno de los talleres realizados.

RESULTADOS

De un total de 160 casos de jóvenes mayores de 14 años recibidos en esos dos periodos de seis meses, 79 (49,3%) han tomado personalmente la iniciativa de solicitar atención en el programa de adolescentes dentro de la propia institución escolar. Los restantes 81 (51,7%) han sido llevados por iniciativa de los padres o médicos de atención primaria, o por su propia petición, pero dentro del circuito previsto para acceder al nivel de atención especializada.

CONCLUSIONES

El hecho de que casi la mitad de los adolescentes tratados hayan acudido por propia iniciativa, y en un contexto de oferta asistencial diferente al tradicional, es sugerente de:

- 1º La utilidad de proporcionar a los adolescentes la información sobre aspectos de higiene mental en su propio ámbito escolar.
- 2º Una tendencia a buscar ayuda dentro de sus propios ambientes y en condiciones de intimidad e independencia que no son las habituales en las vías sanitarias.

La alta tasa de asistencia voluntaria (15,4 %) del grupo de 1º de BUP a una actividad de promoción de la salud mental dentro de propia institución educativa, la detección de psicopatología latente y el acceso al tratamiento, nos sugiere una serie de medidas como:

- a. La necesidad de flexibilizar la oferta de los servicios para la salud mental de la adolescencia.
- b. La importancia de la coordinación y complementariedad de los servicios de salud y educación.
- c. La utilidad de continuar investigando la eficacia y eficiencia de las acciones de Educación para la Salud Mental dentro de los contextos escolares.
- d. La responsabilidad de que los profesionales de la Salud Mental amplíen su competencia profesional y adquieran los conocimientos y

habilidades necesarios para realizar intervenciones comunitarias.

11

Programas como el aquí presentado pueden contribuir a:

1. Desarrollar las posibilidades de adaptación y desarrollo de los adolescentes.
2. Mejorar la capacidad de los centros escolares para afrontar las necesidades y los conflictos relacionados con la salud mental.
3. Incrementar la sintonía de los profesionales de la enseñanza con los servicios para la salud mental.
4. Mejorar el aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Todas ellas son circunstancias necesarias para conseguir una mejor eficacia y una mayor eficiencia, de los servicios dedicados a promover la salud mental de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graham P, Rutter M. Psychiatric disorder in the young adolescent: a follow-up study. *Proc Roy Soc Med* 1973; 66:1226-9.
2. Schwartz-Gould M, Wunsch-Hitzig R, Dohrenwend B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981; 20:462-76.
3. Earls F. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents. En: Cavenar JO, editor. *Psychiatry (III)*. Capítulo 12. Philadelphia: Lippincott; 1985.
4. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, Substance Use, and Suicidal Behaviors in High School students. *Am J Public Health* 1993;83:179-84.
5. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, Dewitt TG. Confidentiality in health care: A survey of Knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993;269:1404-7.
6. Sawyer MG, Sarris A, Baghurst PA, et al. The prevalence of emotional and behavioural disorders and patterns of services utilization in children and adolescents. *Aust NZ J Psychiatry* 1990;24:323-30.
7. Tello Casany C. Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida. *Rev Psiquiatr Inf-Juv* 1992;92(3):207-12.
8. Appleton P. The NHS reforms and services for children and adolescents with mental health problems: personal impressions in North Wales. *ACPP Rev Newsletter* 1995;17:158-61.
9. Henggeler SW. A consensus: Conclusions of the APA Task Force Report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *J Clin Child Psychol* 1994;23(Suppl):3-6.
10. Richardson GJ, Williams R. Child and adolescents mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 1996;9:262-7.
11. Costelo EJ, Shugart MA. Above and below the threshold: Severity of psychiatric symptoms and functional impairment in a pediatric sample. *Pediatrics* 1992;90:359-68.
12. NHS Health Advisory Service. Together we stand: the commissioning, role and management of child and adolescents mental health services. En: Richardson WR, editor. G. London: HMSO; 1995.
13. Rosenblat A, Attkinsson CC. Integrating systems of care in California for young with severe emotional disturbance III: Answers that lead to questions about out-of-home placements and the AB377 evaluation project. *J Child Fam Studies* 1993;2:119-41.
14. Nicol AR. Practice in nonmedical setting. En: Rutter M, Taylor L, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford; 1994. p. 1040-54.
15. Boldero J, Fallon B. Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *J Adolesc* 1995;18:193-209.
16. Dier TJ, Elliot FM. The development of a school-based psychotherapy service for adolescents. *Psychiatr Bull* 1995;19: 13-5.

- 12
17. Fotheringham MJ, Sawyer MG. Do adolescents know where to find help for mental health problems? Abrief report. *J Pediatr Child Health* 1995;31:41-3.
 18. Haynes MN, Comer JP. The effects of a School Development Program on self-concept. *Yale J Biol Med* 1990;63:275-83.
 19. Dishion TJ, Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviours with high risk young adolescents: immediate and oneyear outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:538-48.
 20. Tremblay RE, Pagani-Kutz L, Masse LC, et al. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:560-8.
 21. O'Donnell J, Hawkins J, Catalano R, et al. Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long term intervention in elementary schools. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65:87-100.
 22. Henggeler SW. Task Force Report on Innovative Models of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Their Families. *J Clin Child Psychol* 1994;23(Suppl). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
 23. Moen P, Elder GH Jr, Luscher K, eds. *Examining Lives In Context*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995.
 24. Seiffge-Krenke I. *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1995.
 25. Teasdale JD, Barnard JP. *Affect, cognition and change. Remodelling depressive thought*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1993.
 26. Hollander M, Kazaoka K. *Behavior Therapy Groups*. En: Long S, editor. *Six Group Therapies*. New York: Plenum Press; 1988.
 27. Rutan JS, editor. *Psychotherapy for the 1990s*. London: The Guilford Press; 1992.
 28. Wilkes TCR, Belsher G, Rush J, Frank E. *Cognitive Therapy For Depressed Adolescents*. The Guilford Press; 1994.
 29. Friedman S, editor. *The New Language Of Change. Constructive Collaboration In Psychotherapy*. London: The Guilford Press; 1993.
 30. Hewes DE. *The Cognitive Bases Of Interpersonal Communication*. Hove. UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1995.

M. A. Quintanilla
J. M. Vellilla
B. Quetglas
I. Olza
A. Bonals

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico
Universitario. Zaragoza.

Correspondencia:
M. A. Quintanilla
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza

Características de la demanda
asistencial por trastornos de
la conducta alimentaria en
una Unidad de Psiquiatría
Infanto-Juvenil tras un
intervalo de 10 años

*Ten years afters Characterictics
of the demand for care of
Eating Disorders (DE) in a
child and adolescent Psychiatry
Unit*

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) muestran un interés creciente durante las últimas décadas. El número de artículos publicados sobre el tema aumenta cada año. La incidencia de estos trastornos se ha incrementado tanto en EEUU como en Europa. Sin embargo, en nuestro país, todavía son pocos los trabajos donde se documentan estas tendencias, aunque el trabajo clínico diariamente nos lo esté demostrando. En este trabajo se hace una descripción de la demanda asistencial por TCA en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del área III de la ciudad de Zaragoza en el período de tiempo comprendido entre 1991 y 1995 y se compara con la existente durante un período de tiempo similar pero diez años antes 1981-1985. Observamos un incremento importante de la demanda de asistencia por trastornos de la conducta alimentaria tanto anual como entre ambos períodos, así como la aparición de

otros trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia atípica) en la muestra más reciente.

Describimos también algunas de las características clínicas y sociodemográficas correspondientes a los dos grupos.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria;
Anorexia; Bulimia; Demanda asistencial;
Factores sociodemográficos.

ABSTRACT

In the past few decades interest in Eating Disorders (DE) has increased. Published reports increase each year. The incidence of this DE has also grown, in the US as well as in Europe. Even so, few works have documented these tendencies in

- 14 *our country although we see them in our daily work. In this report we describe the demand for care of DE in the Child and Adolescent Psychiatry Unit (area III) of the city of Zaragoza from 1991 to 1995 and we compare our results to those found ten years earlier, from 1981 to 1985. We observed an important increase in DE both each year and comparatively between the two 4 year periods. Other Eds (bulimia, atypical anorexia nervosa) have also increased recently. We also provide further details on clinical characteristics and sociodemographics for both groups and their evolution in time.*

KEY WORDS

Eating Disorders; Anorexia; Bulimia; Sociodemographic factors; Demand for care.

INTRODUCCIÓN

Los TCA muestran un interés creciente durante las últimas décadas. El número de artículos publicados sobre el tema aumenta cada año.

Se estiman tasas de prevalencia de anorexia nerviosa entre el 0,1-1% de la población general ⁽¹⁾. Los estudios durante la década pasada hablaban de tasas crecientes de prevalencia e incidencia de las TCA. Sin embargo, a partir de los 90, estudios realizados con metodología más estricta no parecen encontrar evidencia de dicho incremento (Fombonne, 1995; Davaud, 1995) ^(2,3).

En nuestro país se echan en falta estudios epidemiológicos de TCA en población general. Toro ⁽⁴⁾ publica en 1995 una serie clínica de 221 con anorexia nerviosa, analizando variables clínicas y sociodemográficas.

Con este estudio, queremos describir la demanda asistencial de TCA que acuden al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUZ, en el último quinquenio (91-95). Así como comparar ésta y determinadas características clínico epidemiológicas en un período similar de años pero una década antes (81-85).

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan las historias clínicas de aquellos pacientes que realizan una primera consulta, durante alguno de los dos períodos de tiempo. Seleccionamos aquellas historias que han recibido diagnóstico de alguna TCA, según diagnóstico clínico, siguiendo criterios CIE-9 (primer período) y CIE-10 (segundo período).

Se obtiene la información referente a características clínicas y sociodemográficas propuestas para este estudio: diagnóstico, sexo, edad, peso, talla, BMI, fecha visita, fecha inicio síntomas, tratamiento previo, edad padres, profesión, situación, residencia, clase social, fratria.

Se compara el grupo de trastornos de la conducta alimentaria, atendido por vez primera entre los años 1981-1985, con los atendidos recientemente 1991-1995, observando si se mantiene el mismo perfil sociodemográfico o por el contrario este está cambiando. El subgrupo de bulimias recientes se estudia de forma independiente.

Se analizan los datos según paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se documentan 30 nuevos casos de anorexia nerviosa en el período 81-85, con una tendencia anual creciente, frente a 90 nuevos casos en el período 91-95 (76 del espectro anoréxico y 14 del espectro bulímico) con un incremento importante en el año 95 (Fig. 1).

En relación con el número global de nuevos casos vistos en el servicio, se observa un comportamiento similar al de los valores absolutos. El 1,3% del total de casos vistos en el período 81-85, frente al 4% de los vistos en el período 91-95, correspondían a TCA. Este incremento también se observa en la evolución anual, destacando el 10,3% de los vistos el año 95 (Fig. 2).

En el primer período el total de casos correspondió a anorexias típicas, mientras que en el período más reciente aparecen otros subtipos de TCA. Correspondiendo a anorexia típica el 65,6%

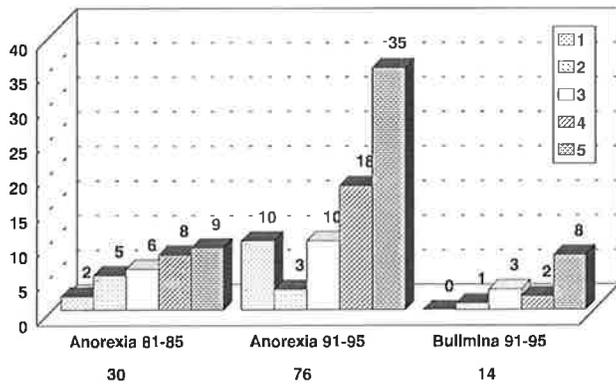
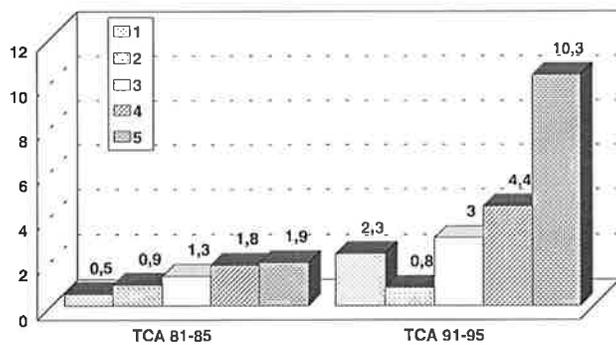


Figura 1. Nuevos casos.



Total 81-85: 1,3%/Total 91-95: 4%

Figura 2. Proporción TCA/casos nuevos.

(59), a anorexia atípica el 18,9% (17) y a bulimia el 15,6% (14). Evolución similar a la encontrada en otros estudios⁽⁵⁾ (Fig. 3).

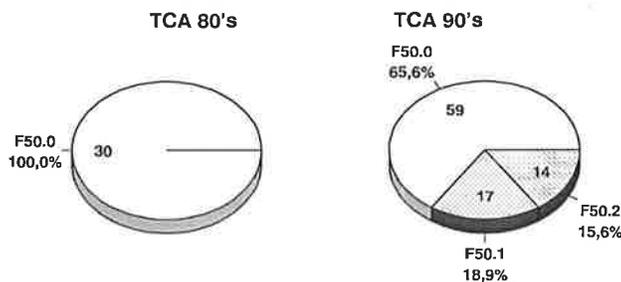


Figura 3. Distribución por diagnósticos.

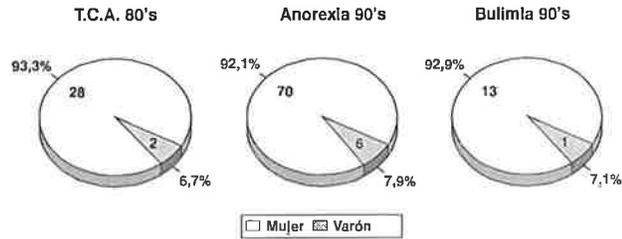


Figura 4. Distribución por sexos.

La proporción por sexos se mantiene estable en el tiempo y en los diferentes diagnósticos, siendo de en torno a 10/1 en favor de las mujeres. Dato que coincide con la proporción aceptada internacionalmente⁽¹⁾ (Fig. 4).

La edad de primera visita no se ha modificado substancialmente, girando en torno a 15,57 + 1,83 años. Es similar en los trastornos bulímicos (Fig. 5).

La edad de aparición de los síntomas tampoco se ha modificado significativamente, siendo para las anorexias de los últimos años de una media de 14,23 + 1,72 años. Se sitúa el inicio de la adolescencia como período de aparición de la enfermedad, dato compatible con los de la literatura mundial⁽⁶⁾ (Fig. 6).

El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta que se acude a la consulta se ha reducido de forma no significativa, situándose en 9,64 + 5,9 meses. En los pacientes bulímicos; sin embargo, se tiende al retraso del momento de solicitar ayuda especializada: 16,17 + 3,07 (Fig. 7).

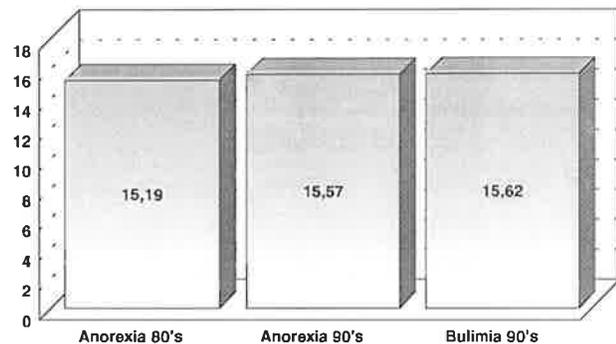


Figura 5. Edad primera visita.

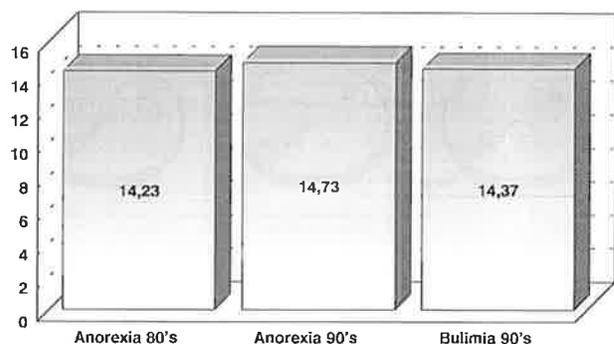


Figura 6. Edad primeros síntomas.

En el último período se incrementa la proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio sin haber sido sometidos a tratamientos previos (más de las $\frac{3}{4}$ partes) frente a casi la mitad de pacientes que había sido previamente tratada, fundamentalmente en servicio de pediatría y endocrinología en el período 81-85, lo que orienta a que actualmente la derivación a servicios de psiquiatría se realiza de manera más directa tras ser detectado el problema (Fig. 8).

El índice de masa corporal de Quetelet (BMI), medida que relaciona talla y peso (resultando ser un índice bastante fiable del estado nutricional), se utiliza como criterio diagnóstico en la CIE-10 ⁽⁷⁾.

El BMI de las anorexias actuales resulta significativamente superior en las anorexias del período más reciente (a tener en cuenta que se incluyen

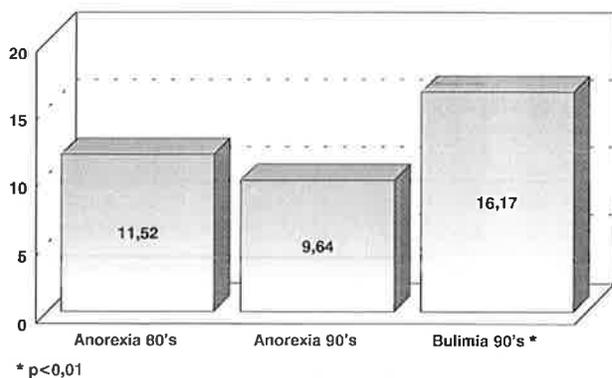


Figura 7. Tiempo hasta primera visita.

Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil tras un intervalo de 10 años

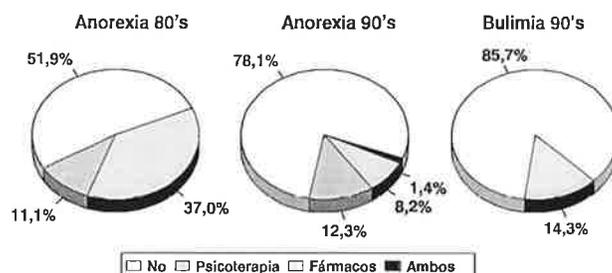


Figura 8. Tratamiento previo.

las anorexias atípicas), ambas por debajo del punto de corte para anorexia nerviosa (17,5).

Y, como es de esperar, las bulimias presentan un BMI dentro de los rangos considerados normales para población general (20-24) (Fig. 9).

Algunos estudios han relacionado una alta edad de los padres en el momento del nacimiento con TCA, aunque parece no ser una variable exclusiva de estos trastornos psiquiátricos ⁽⁷⁾.

En nuestra muestra encontramos cómo, significativamente, se ha reducido la edad de los padres de las anorexias en el segundo período. Aunque necesitaríamos un grupo de comparación, controles u otros trastornos psiquiátricos, para obtener conclusiones de este dato (Fig. 10).

En cuanto a profesión de los padres, medida indirecta de la clase social, resaltamos como aumento de manera clara la proporción de madres trabajadoras, así como la especialización en el tra-

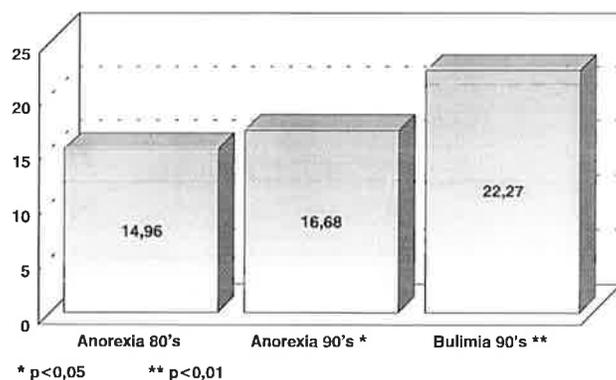


Figura 9. BMI (talla/peso).

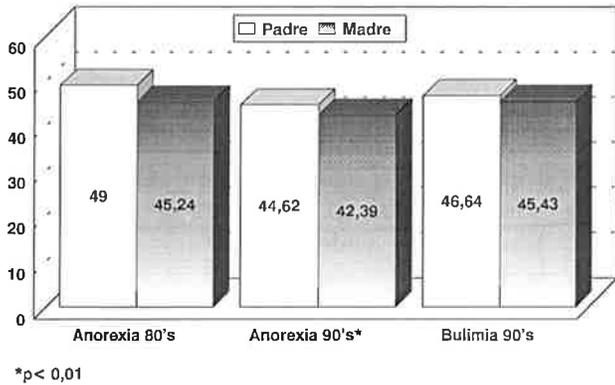


Figura 10. Edad padres.

bajo de los padres, aunque pueden ser medidas de cambios generales en la sociedad (Fig. 11).

La mayor parte de las TCA proceden de familias en las que conviven ambos cónyuges, aunque actualmente aparece un sector que procede de familias monoparentales, dato que tampoco debe ser característico de las TCA ⁽⁴⁾ (Fig. 12).

Con respecto a la residencia, destacar la alta proporción de pacientes procedentes del medio rural que acudían a nuestra consulta en el período 81-85 (casi la tercera parte); proporción que actual-

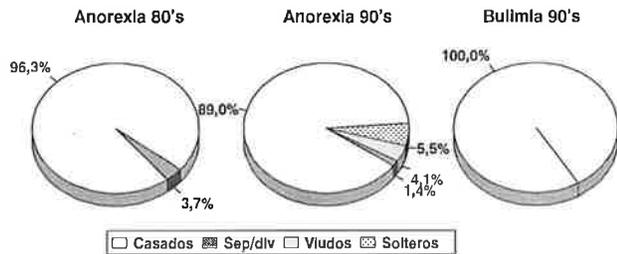


Figura 12. Situación padres.

mente se reduce a favor de la procedencia urbana de las anorexias del período 91-95. Esta proporción se mantiene, sin embargo, en las bulimias.

El grupo denominado "otros" lo forman aquellos pacientes procedentes de otras provincias o comunidades, atendidos en nuestro servicio al constituirse éste como centro de referencia de tratamiento de TCA en nuestro entorno (Fig. 13).

La clase social que demanda atención procede fundamentalmente de clase media o media baja, lo que contrasta con los datos que defienden una mayor prevalencia de TCA en clases altas ⁽⁸⁾, aunque esto sería explicable por el perfil tipo de usuario de los servicios de salud pública psiquiátrica. En la actualidad, comienzan a aparecer TCA procedentes de clases sociales altas que demandan atención en nuestro servicio (Fig. 14).

Hemos estudiado también el lugar ocupado en la fratria por el/la paciente, ya que se ha querido relacionar éste con el padecimiento de TCA, sin que los datos actualmente sean concluyentes ⁽⁸⁾.

En nuestra muestra, encontramos que las anorexias del período 81-85 y las bulimias tienen claro predominio de benjamines, mientras que en las

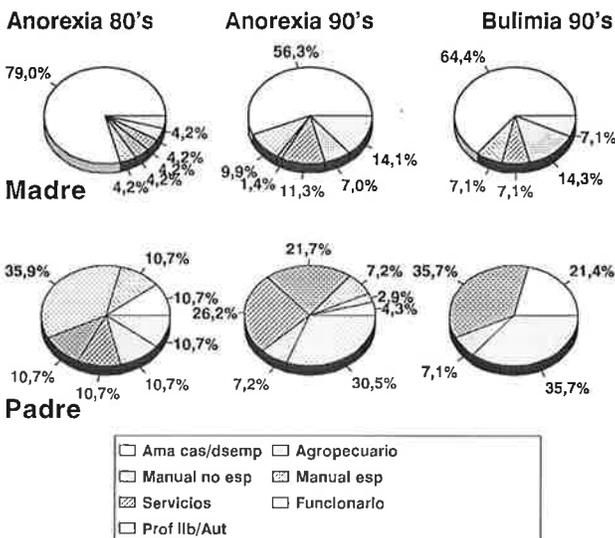


Figura 11. Profesión padres.

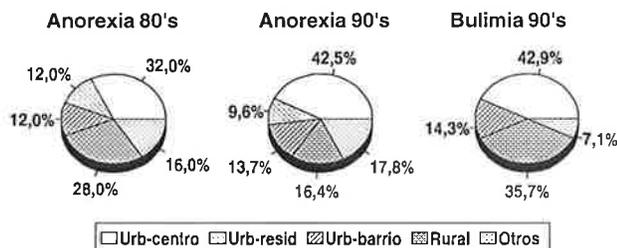


Figura 13. Residencia.

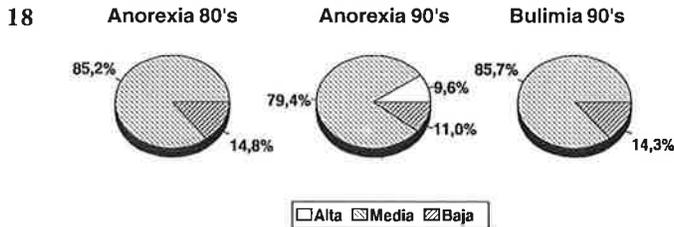


Figura 14. Clase social.

anorexias del período 91-95 hay una mayor variedad, siendo la distribución similar al de otros trastornos psiquiátricos, como resulta de la comparación con una muestra de pacientes deprimidos publicada en el año 1990 por nuestro equipo ⁽⁹⁾ (Fig. 15).

CONCLUSIONES

1. Encontramos un incremento importante de la demanda de pacientes nuevos con TCA, tanto en valores absolutos como relativos, apareciendo nuevas variantes de las TCA (anorexias atípicas y bulimias).
2. La proporción por sexos se mantiene estable en torno a 10/1 a favor de las mujeres.
3. La edad de aparición de los síntomas se sitúa en torno al inicio de la adolescencia (14-15 años).

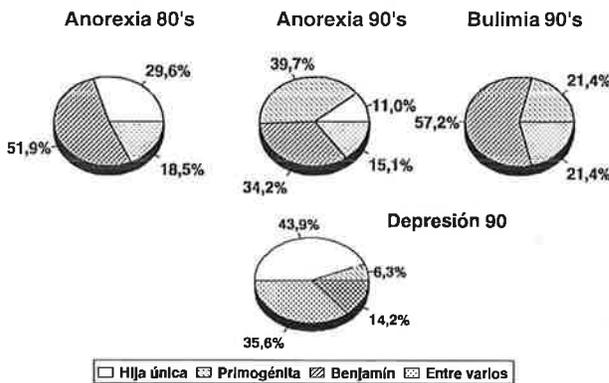


Figura 15. Lugar fratria.

4. El tiempo transcurrido hasta la primera visita se ha reducido algo, girando en torno a los 9,64 + 5,9 meses, sin ser la reducción significativa.

Los pacientes bulímicos sí presentan una tendencia a tardar más tiempo en solicitar atención especializada: 16,17 + 3,07 meses.

5. Actualmente acuden a asistencia especializada más de las $\frac{3}{4}$ partes de las TCA sin haber sido sometidas a otros tratamientos previos, frente a la mitad que lo hacían hace una década. Esto orientaría a una derivación más temprana tras la identificación por los servicios de pediatría, endocrinología...
6. El BMI medio de los pacientes anoréxicos actuales se ha incrementado de manera significativa, situándose en torno a 16,68 + 3,04 (teniendo en cuenta la inclusión de cuadros atípicos de anorexia), manteniéndose en niveles por debajo de la normalidad. Los cuadros de bulimia mantienen, sin embargo, medidas de BMI dentro de la normalidad: 22,27 + 3,30.
7. Encontramos una tendencia de los progenitores a presentar edades inferiores, reduciéndose la proporción de madres desempleadas, y elevándose la categoría profesional de los padres. Los pacientes proceden fundamentalmente de parejas casadas, incrementándose ligeramente estos últimos años la proporción de familias monoparentales.
8. Se ha reducido la proporción de pacientes anoréxicos procedentes del medio rural, siendo ésta todavía una tendencia importante en las bulimias.
9. La demanda asistencial procede fundamentalmente de estratos sociales medios-medios bajos, aunque estos años comienza a aparecer un sector (9,6%) de demanda asistencial de procedencia de clase social alta.
10. En la actualidad, la distribución en la fratria de anorexias la encontramos similar a la presentada en otros trastornos psiquiátricos atendidos en nuestras consultas, aunque en la bulimia parecen predominar los benjamines.

BIBLIOGRAFÍA

19

1. American Psychiatric Association, Washington, D.C. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson; 1995.
2. Fombonne E. Anorexia Nerviosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995;166:462-75.
3. Devaud C, Michaud PA, Navring F. Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literatura on the epidemiology of eating disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43(4):347-60.
4. Toro J, et al. Estudio descriptivo de 221 pacientes con anorexia nerviosa. *Psiquiatr Biol* 1995;2(5):181-7.
5. Ash JB, Piazza E. Changing symptomatology in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995;28(1):27-38.
6. Chinchilla A. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Ed. Ergon; 1994.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Editorial Meditor; 1992.
8. Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J, Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Editorial Martínez Roca; 1991.
9. Alcalde M, Freira I, Velilla JM. Tratamiento antidepresivo en dos grupos de niños y adolescentes con un intervalo de 13 años. *Rev Psiq Inf* 1990;4:269-78.

M. Clavera Roger
I. Palazón Azorín
C. Esteve Casellas
J. J. Mira

Hijos de madre adolescente. Estudio descriptivo

Unidad de Salud Mental Infantil Alicante. Servicio Valencià de Salut. Alicante.

Adolescent mother's children. A descriptive study

Correspondencia:
M. Clavera Roger
Villas Blancas
Bungalow, 63. Tridente, 8
03540 Cabo Huertas (Alicante)

RESUMEN

Hemos revisado las Historias Clínicas de nuestra Unidad que cumplían el criterio común de que la madre del paciente tuvo su primera maternidad en la adolescencia, con una doble finalidad: por un lado describir las circunstancias sociales de este grupo de madres y, por otro, evaluar la posible influencia de la variable "edad adolescente de la madre en la presentación ulterior de problemas de salud mental infantil".

Los resultados indican que hay un elevado índice de madres adolescentes entre los pacientes de la USM-I. Identificamos una alta prevalencia de 5 factores de riesgo en la Historia Clínica de estos niños. Dichos factores influyen tanto sobre el hijo que la madre tuvo siendo adolescente, como en los siguientes, y probablemente son determinantes para la demanda de asistencia de estos niños en la Unidad.

Los diagnósticos más frecuentemente emitidos según la clasificación DSM-IV en este grupo de estudio fueron Código V en su apartado de "Dificultades paterno-filiales" y los trastornos

por conducta perturbadora. Se identificaron algunas diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico según se tratase del primer hijo de madre adolescente o de uno posterior.

PALABRAS CLAVE

Hijos de madre adolescente. Psicopatología infantil.

ABSTRACT

Being an adolescent mother has been considered classically on the literature as one possible family risk factor for the descent's subsequent development. Clinical Histories from our Unit having a common characteristic that is "adolescent age when she became mother for the first time" has been reviewed with two objective: Describing the social circumstances in this mother's group and evaluating the possible influence of the mother's age on the subsequent appearance of

mental health problems in childhood. Our results indicate that there is a high rate of adolescent mothers whiting patients from our Unit. We identify a high prevalence of five risk factors in these children, which have influence both over the child of the adolescent mother as well as the nexts. We found as more frequent DSM-R diagnostics Code V and disturbing behaviours. There were some statistically significative differences in the diagnostic between the first son of an adolescent mother and the others.

KEY WORDS

Adolescent mother's children; Childhood Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Ser madre por primera vez, a una edad adolescente, se ha venido considerando clásicamente en la literatura como un posible factor de riesgo familiar para el desarrollo posterior de su descendencia. Sin embargo, existen relativamente pocos estudios sobre cuales son las circunstancias familiares y psicosociales en las que una chica adolescente se desenvuelve, una vez decide seguir adelante con su embarazo. Así mismo, son escasas las publicaciones sobre la prevalencia de problemas de Salud Mental Infantil entre los hijos de madre adolescente.

Hemos revisado las Historias Clínicas de nuestra Unidad que cumplían el criterio "Edad adolescente de la madre cuando tuvo su primer hijo", es decir, < 20 años, según los criterios que marca la OMS. El objetivo era doble: por un lado analizar las circunstancias sociales de este grupo de madres y, por otro, evaluar la posible influencia de la variable "edad adolescente de la madre" en cuanto a la presentación ulterior de psicopatología en sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las Historias Clínicas de nuestra Unidad que cumplían el criterio "edad adolescen-

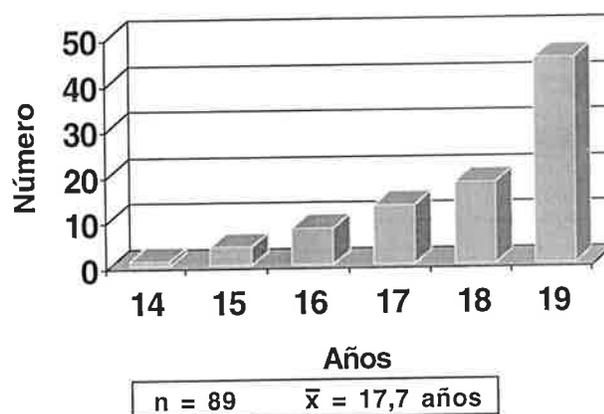
te de la madre cuando tuvo su primer hijo", es decir, madre < 20 años cuando nació su primer hijo, según los criterios que marca la OMS. Encontramos 89 historias con esta característica, lo que supone un 8,5% de las madres, puesto que se trataba de 1044 historias. Fueron excluidos del estudio los pacientes en programas de enlace con Pediatría Hospitalaria, como es el caso de los niños de muy bajo peso al nacimiento y los hipotiroidismos.

RESULTADOS

El porcentaje referido (8,5%) es muy elevado para lo que cabría esperar, teniendo en cuenta que la cifra que se maneja sobre el total de madres adolescentes en la provincia de Alicante, según datos de Salud Pública del año 1993, es de un 3,47 % de las madres.

La distribución de *edades de las madres* y su media de edad se recogen en la gráfica 1. La siguiente variable estudiada fue si el *embarazo había sido deseado*, obteniéndose un elevado índice de embarazos no deseados, que ascendía a un 62%. Prácticamente en ningún caso se trató de un embarazo planificado (Fig. 1).

Respecto a la situación de *convivencia del hijo* de madre adolescente, se apreció una gran diversi-



Gráfica 1. Distribución de edad de las madres.

22

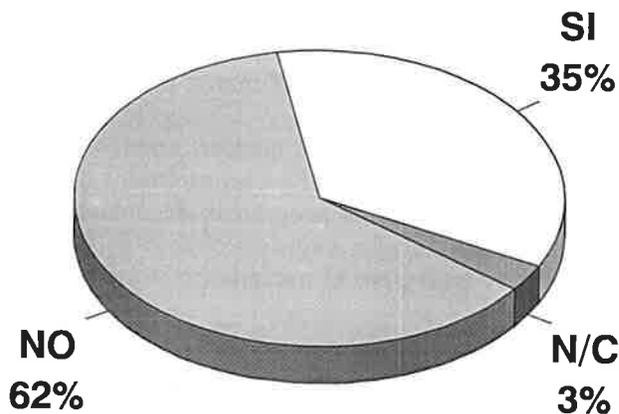
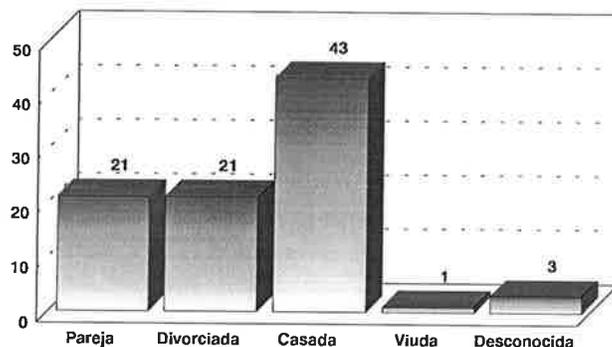


Figura 1. Embarazo deseado.

dad de situaciones, pero con una constante: la madre permanecía conviviendo con el hijo en el 91% de los casos, mientras que el padre sólo lo hacía en el 48%, en el momento en que realizamos el estudio. En 8 casos, los hijos quedaron a cargo de los abuelos u otros. En 15 casos la madre convivía sola con sus hijos (Gráf. 2).

En cuanto a la *fratria*, había una media de 2,8 hijos/familia, incluyendo también a los hermanos de padre o madre (media de hijos/familia en la Comunidad Valenciana = 1,30). La *situación de pareja de la madre* se recoge en la gráfica 3, donde se puede comprobar que sumando las dos primeras columnas (convive con una pareja + divorciada), existen 42 madres (46 % del total) que

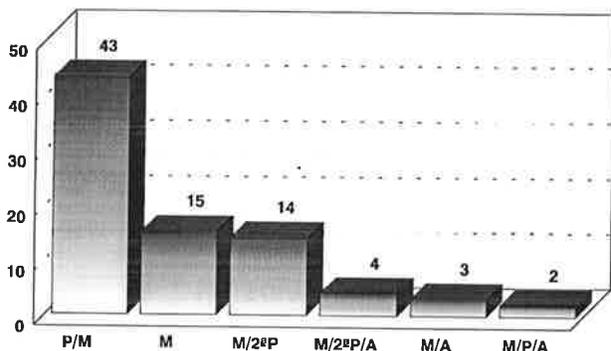


Gráfica 3. Situación de pareja de la madre.

han vivido una ruptura de pareja con el padre biológico.

Por lo que se refiere a la *situación económica y laboral de estas madres*, no se encontraron diferencias significativas respecto a las del resto de las madres de la Unidad.

Una vez exploradas las variables sociodemográficas anteriores, analizamos los datos referidos al niño paciente de la USM-I: en primer lugar, nos preguntamos si la madre era adolescente cuando nació el paciente, encontrando que existía un porcentaje equivalente de casos en que se consultaba por el hijo de madre adolescente o por algún otro posterior (Fig. 2). La edad de los pacientes se registra en la gráfica 4; se observa un pico de edad de frecuentación entre los 5-6 años, así como otro entre los 9-10 años. Este hecho tiene una clara



Gráfica 2. Adultos que conviven con el hijo.

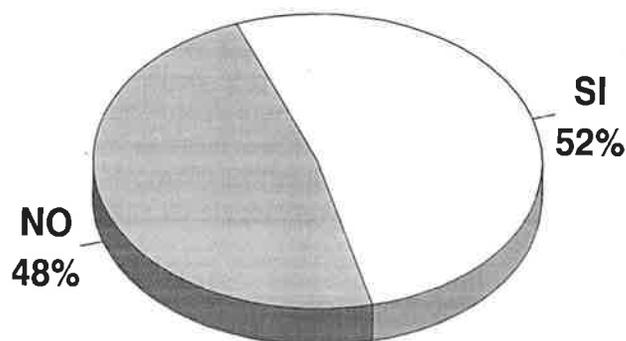
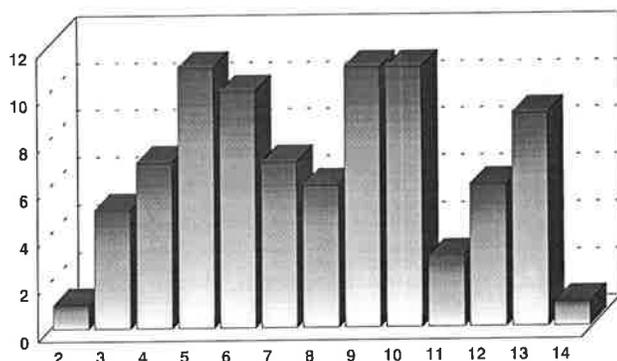


Figura 2. ¿Era adolescente la madre cuando nació?



Gráfica 4. Paciente de la USMI.

relación con el tipo de diagnóstico emitido, como veremos más adelante. En cuanto a la distribución por sexos y el lugar en la fratria, no se objetivaron diferencias respecto al resto de pacientes de la Unidad.

En la tabla 1 se refieren los diez diagnósticos más frecuentes en este grupo de niños, según la clasificación DSM-IV, por orden de mayor a menor incidencia. Además, a título meramente orientativo, se reflejó comparativamente el porcentaje de cada diagnóstico en nuestra población general de la Unidad.

El diagnóstico más frecuente en este grupo de estudio fue Código V en el apartado "Dificultades Paterno-Filiales" (19,1%). También se encontró un elevado índice de Trastornos por déficit de aten-

Tabla 1. Paciente de la USMI

| Diagnóstico principal | G. estadio % | USMI % |
|-----------------------------|--------------|--------|
| Código V | 19,1 | 16,2 |
| Trastorno déficit atención | 11,2 | 7,5 |
| Retraso mental | 7,9 | 6,9 |
| Enuresis nocturna. Primaria | 7,9 | 8,2 |
| Negativismo desafiante | 6,7 | 3,5 |
| Trastorno afectivo | 5,6 | 2,1 |
| Psicosis no autista | 5,6 | 0,9 |
| Trastorno ansiedad | 5,6 | 8,8 |
| Encopresis | 4,5 | 3,0 |
| Trastorno adaptativo | 4,5 | 2,1 |

Tabla 2 Paciente de la USMI

| Diagnóstico | Hijo de madre adolescente | Hijo posterior |
|----------------------------|---------------------------|----------------|
| Negativismo desafiante | 10,9% | 2,3% |
| Código V | 26,1% | 11,6% |
| Trastorno déficit atención | 8,7% | 14,0% |
| Trastorno ansiedad | 2,2% | 9,3% |

ción con hiperactividad, trastornos afectivos, psicosis no autista y trastorno adaptativo.

Por último, analizamos si existían diferencias en el diagnóstico, dependiendo de si nuestro paciente había sido hijo de madre adolescente o bien fue un hijo posterior. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: Código V y Negativismo Desafiante eran mucho más frecuentes entre el primer grupo, mientras que el Trastorno por déf. de atención y los Trastornos de ansiedad lo fueron en el segundo (tabla 2).

CONCLUSIONES

- Se encontró un elevado índice de madres adolescentes entre la población de madres de nuestra Unidad (8% frente al 3,47% en la población general de la provincia de Alicante).
- Se identificaron 5 factores de riesgo de elevada incidencia en la Historia Clínica de sus hijos:
 1. Embarazo no deseado.
 2. Abandono por parte del padre.
 3. Ruptura de pareja.
 4. Segunda pareja e hijos de distinto padre en el mismo núcleo familiar.
 5. Familia monoparental (a cargo de la madre).
- Los factores anteriores afectan tanto a los hijos que la madre tuvo siendo adolescente como a los siguientes.
- Los diagnósticos más frecuentes en este grupo de niños fueron Código V (dificultades Paterno-Filiales) y los trastornos por conducta perturbadora.

24 DISCUSIÓN

De todo lo analizado en este trabajo, difícilmente podremos extraer ninguna conclusión definitiva, principalmente porque estamos refiriéndonos a una población de madres cuyos hijos están siendo atendidos en una Unidad de Salud Mental y no a población general, lo cual supone un sesgo importante. Sin embargo, pensamos que tiene un cierto interés la información recopilada sobre la situación personal y familiar de este grupo de madres. En este sentido nos resultó sorprendente, por ejemplo, el hecho de que la presencia de los abuelos en la crianza de los nietos era menor de lo que esperábamos encontrar a priori. En cambio, era de esperar la acumulación de factores de riesgo que suele aparecer en estas familias, como la elevada tasa de embarazos no deseados o de rupturas de pareja. Resulta lógico interpretar que cada uno de ellos, como tal, no tendría por qué jugar un papel determinante en la posterior solicitud de atención a la USM-I. Pero, en cambio, la presencia de varios de ellos sí parece jugar un papel, tanto en la solicitud para nuestra intervención como en el hallazgo de psicopatología infantil. Se diría que el ser (o haber sido) una madre adolescente, constituye un factor predisponente a modo de "pistoletazo de salida" para la aparición

en cadena de varios factores de riesgo clásicamente descritos en la génesis de problemas de Salud Mental Infantil.

Intentar establecer relaciones de causalidad entre las situaciones sociofamiliares referidas y la psicopatología infantil identificada sobrepasa con mucho los objetivos de este trabajo, pero ciertamente han aparecido algunos datos inquietantes, cuyo hallazgo nos desconcertó, como por ejemplo, el índice de psicosis no autista mucho mayor en el grupo de estudio que en el resto de población de la USM-I (5,6% frente a un 0,9%).

En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los diagnósticos de los hijos de madre adolescente y aquellos que nacieron de una madre, que lo fue por primera vez en la adolescencia, pero que los tuvo cuando ya no lo era, su análisis también resulta complejo, e incluso en ocasiones contradictorio con los estudios publicados sobre determinadas patologías. Por ejemplo, aparecían más trastornos por déficit de atención con hiperactividad entre los hijos de madres mayores que en los de las más jóvenes (14% frente a 8,7%).

Intentaremos la búsqueda de algunas respuestas a los múltiples interrogantes que se nos han suscitado en el presente estudio a lo largo de próximos trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedreira Massa JL, Lindström B. La maternidad en la adolescencia. En: Rodríguez Sacristán J, editor. Tomo II. Psicopatología del Niño y del Adolescente. Capítulo 53. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones; 1995. p. 1247-68.
2. García Coll C, Vohr BR, Hoffman J, Oh W. Maternal and environmental factors developmental outcome of infants of adolescent mothers. *J Dev Behav Pediatr* 1986;7:230-6.
3. Becker PT. Sensitivity to infant development and behaviour: a comparison of adolescent and adult single mothers. *Res Nur Health* 1987;10(3):119-27.
4. McAnarney ER, Lawrence RA, Aten MJ, Iker HP. Adolescent mothers and their infants. *Pediatrics* 1984;73(3):358-62.
5. Mercer RT, Hackley KC, Bostrom A. Adolescent motherhood. Comparison of outcome with older mothers. *J Adolesc Health Care* 1984;5(1):7-13.
6. Frodi A, Grolnick W, Bridges L, Berko J. Infants of adolescent and adult mothers: two indices of socioemotional development. *Adolescence* 1990;25(98):363-74.
7. Camp BW. Adolescent mothers and their children: changes in maternal characteristics and child developmental and behavioural outcome at school age. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17(3):162-9.
8. Camp BW. Maternal characteristics of adolescent mothers and older mothers of infants. *Psychol Rep* 1995;77:3(Pt 2):1152-4.
9. Patterson DL. Adolescent mothering: child-grandmother attachment. *J Pediatr Nurs* 1997;12(4):228-37.
10. Carrut BR, Nevling W, Skinner JD. Developmental and food profiles of infants born to adolescent and adult mothers. *J Adolesc Health* 1997;20(6):434-41.
11. Zoccolillo M, Meyers J, Assister S. Conduct disorder, substance dependence and adolescent motherhood. *Am J Orthopsychiatry* 1997;67(1):152-7.

S. Pérez Barrero¹
J. M. Vargas Oliva²
L. Rodisnel Rodríguez²

Actitudes en estudiantes de Medicina que favorecen u obstaculizan la prevención del suicidio

- 1 Profesor. Doctor. Presidente de la Sección de Suicidiología. Sociedad Cubana de Psiquiatría.
2 Alumnos de 5º año de Medicina. Facultad de Medicina. Bayamo, Granma (Cuba).

Correspondencia:
S. Pérez Barrero
Policlínico Comunitario "René Vallejo"
Bayamo. Granma (Cuba)

Medicine students' attitudes in favour or against the prevention of suicide

RESUMEN

Objetivo: conocer las opiniones y, con ellas, las actitudes de los estudiantes del primero al tercer año de medicina hacia los que intentan el suicidio.

Método: se realizó un estudio descriptivo y transversal, aplicándose un cuestionario a una muestra no probabilística de 157 estudiantes de la Filial de Ciencias Médicas de Bayamo, expresando los datos en porcentajes y como programas se utilizaron el Word Perfect y Harvard Graphic.

Resultados: se encontró que, en general, en los tres años, la mayoría de los estudiantes consideró que los que intentan contra su vida desean evitar enfrentarse a una situación desagradable; mientras que, en segundo lugar, los de primero opinaron que están pidiendo ayuda mediante este acto, los de segundo creen que son manipuladores y los de tercero, tienen el criterio de que desean mostrarle a otros cuan grandes son sus problemas.

Conclusiones: el comportamiento suicida es insuficientemente conocido por los estudiantes

encuestados, a pesar de ser una de las 10 primeras causas de muerte en el país y en la provincia, requiriéndose la elaboración de un programa, que contribuya a la modificación de las actitudes entorpecedoras en la prevención del suicidio.

PALABRAS CLAVE

Suicidio/población; Actitudes; Criterios/estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Goal: The knowledge of the attitudes, through their opinions, of the first-to-third year students of Medicine towards those people attempting suicide.

Method: A descriptive and transversal study it is made by using a question paper in a non-probabilistical sample of 157 students from the Affiliated University of Medicine of Bayamo. Word Perfect and Harvard Graphic were used as

26 *a computer programs to obtain the results, that are shown in percentage.*
Results: *It was found that for all the first three-years students, most of them thought that those attempting suicide wanted to avoy facing up to an unpleasant situation. In a second place, students of first-year said that those people is asking for help through this act; students of second-year thought that those people is manipulating; and third-year students believed that those people wanted to show how big their problems are.*
Conclusion: *Suicidal behaviour is insufficiently known by the students of the survey, despite suicide is one of the first ten dead causes of the country and the province. It is necessary to elaborate a program that contributes to the modification of the hindered attitudes in the prevention of suicide.*

KEY WORDS

Suicide/population; Attitudes; Opinions/Medicine students.

INTRODUCCIÓN

Los suicidios son un fenómeno universal que ha estado presente en todas la épocas y culturas. Las actitudes frente a estos actos han sido controvertidas, al estar condicionadas por las distintas valoraciones que se dan a nivel religioso, filosófico, intelectual o popular. Por ello, el suicidio ha sido un acto enaltecido o banalizado, ha sido muestra de valor y libertad o de cobardía y debilidad ⁽¹⁾.

Los intentos de suicidio son otro aspecto importante, ya que la mayoría de las tentativas son expresión del límite de las dificultades por las que atraviesa el sujeto y del agotamiento de sus recursos habituales ⁽²⁾.

Cada año, aproximadamente 100.000 personas intentan comunicar sus sentimientos de desesperación ingiriendo sobredosis de tabletas y otros

1.110 se suicidan cada día, según la OMS ⁽³⁾. Las tasas de suicidio se comportan internacionalmente entre 10 y 25 por 100.000 habitantes. En Japón, Países Escandinavos, Austria y Suiza alcanzan cifras superiores a 25 por 100.000 habitantes ⁽⁴⁾.

En 1996, el suicidio ocupa la sexta causa de muerte entre todas las defunciones, con una tasa de 15,4 por 100.000 habitantes, muy por debajo de los OPD para el año 2000 (18 por 100.000 habitantes). En Granma, en el propio año, se alcanza una tasa de mortalidad, para este indicador, de 17 por 100.000 habitantes, discretamente por encima de la media nacional, pero por debajo de los propósitos ya descritos para el año 2000 ⁽⁵⁾.

Entre las acciones de salud que han favorecido este resultado en Granma se citan el adecuado cumplimiento del Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) ⁽⁶⁾, la detección de factores de riesgo en niños ⁽⁷⁾, adolescentes ⁽⁸⁾, adultos y ancianos ⁽⁹⁾, la realización de la psicoterapia didáctica en la intervención en el individuo con intento suicida y como método de esta conducta autodestructiva ⁽¹⁰⁾. Así mismo, se han investigado las actitudes hacia el suicidio en estudiantes de medicina ⁽¹¹⁾ y médicos de la familia ⁽¹²⁾, los cuales han sido de mucha utilidad para las labores preventivas de esta anómala conducta.

Siendo los actuales estudiantes de medicina los que garantizarán, en futuro próximo, la continuidad del trabajo realizado en la provincia en la prevención de la conducta suicida, es interés de los autores conocer las opiniones y, con ellas, las actitudes de los estudiantes de primero, segundo y tercer curso hacia los que intentan el suicidio con la finalidad de estimular aquellas que favorezcan la prevención y eliminar las que la obstaculizan.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, aplicándose un cuestionario a una muestra no probabilística, constituida por 40 estudiantes del primer curso, de ellos, 12 del sexo masculino y 28 del femenino. Cuarenta y nueve del segundo año; de ellos, 16 masculinos y 33 femenino. Del tercer año 68 estudiantes, 19 masculino y 49 femenino,

para un total de 47 masculinos, 110 femenino y 157 estudiantes, en general (Figura 1). Realizado en la Filial de Ciencias Médicas de Bayamo, durante el primer trimestre del año 1997.

Como variables generales a tener en cuenta se consideró la edad, el sexo, el año que cursa y su criterio respecto a los que atentan contra su vida, ofreciéndose varias opciones y exigiéndose marcar sólo una de ellas, como se muestra en el anexo I. La encuesta se aplicó por los autores, previa invitación a la sinceridad de los encuestados.

En el procesamiento y análisis de la información se utilizaron los porcentajes; los resultados se expresaron en cuadros y gráficos; como procesador de texto se utilizó el Word Perfect versión 5.01 y como graficador el Harvard Graphic versión 3.0.

RESULTADOS

En los resultados obtenidos, se encontró que el mayor porcentaje de los estudiantes del primer año de medicina opinan que los que atentan contra su vida desean evitar enfrentarse a una situación desagradable para el 37,5%, predominando este criterio para ambos sexos, seguidos de un 17,5% que consideran que están pidiendo ayuda mediante este acto, ocupando el segundo lugar en el sexo masculino, mientras que las mujeres unen este criterio, al de que no desean morir sino que sólo hacen alarde el que ocupa el cuarto lugar, de manera general.

Un 15% del total del primer año opinaron que intentan manipular a otros a su favor, para lograr lo que desean, con un franco predominio del sexo masculino, en el cual, el 25% manifestó este criterio, mientras un 12,5% plantea que no desean morir y sólo hacen el alarde (tabla 1).

En los estudiantes de segundo año, al igual que en el primero, encontramos un franco predominio del criterio de que los que atentan contra su vida desean evitar enfrentarse a una situación desagradable para el 53%, favorecida esta opinión por el sexo femenino. En segundo lugar, con un 16,3%, los estudiantes consideraron que estas personas eran manipuladores y el 12,2% que deseaban morir, apareciendo porcentajes similares en

Tabla 1 Criterios de los estudiantes del primer año de medicina sobre el suicidio. Año 1997

| Criterios | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | N | % |
| Muestran sus problemas | 0 | 0 | 1 | 3,5 | 1 | 2,5 |
| Desean morir | 0 | 0 | 2 | 7,1 | 2 | 5,0 |
| Manipuladores | 3 | 25,0 | 3 | 10,7 | 6 | 15,0 |
| Desean agredir a otros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermos mentales | 0 | 0 | 3 | 10,7 | 3 | 7,5 |
| Están pidiendo ayuda | 3 | 25,0 | 4 | 14,2 | 7 | 17,5 |
| Evita situación desagradable | 5 | 41,6 | 10 | 35,7 | 15 | 37,5 |
| No tiene opinión | 0 | 0 | 1 | 3,5 | 1 | 2,5 |
| Sólo hacen alarde | 1 | 8,3 | 4 | 14,2 | 5 | 12,5 |

ambos sexos en estas dos opiniones, desapareciendo el criterio de que no desean morir sólo hacer el alarde (tabla 2).

La mayoría de los estudiantes de tercer año, al igual que los de primero y segundo, piensan que

Tabla 2 Criterios de los estudiantes del segundo año de medicina sobre el suicidio. Año 1997

| Criterios | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | N | % |
| Muestran sus problemas | 1 | 6,2 | 1 | 3,0 | 2 | 4,0 |
| Desean morir | 2 | 12,5 | 4 | 12,1 | 6 | 12,2 |
| Manipuladores | 3 | 18,7 | 5 | 15,1 | 8 | 16,3 |
| Desean agredir a otros | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,0 |
| Enfermos mentales | 1 | 6,2 | 2 | 6,0 | 3 | 6,1 |
| Están pidiendo ayuda | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,0 |
| Evita situación desagradable | 7 | 43,7 | 19 | 57,5 | 26 | 53,0 |
| No tiene opinión | 2 | 12,5 | 0 | 0 | 2 | 4,0 |
| Sólo hacen alarde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: cuestionario.



Figura 1. Composición de los estudiantes de medicina por años y sexo.

los que atentan contra su vida desean evitar enfrentarse a una situación desagradable, lo que constituye el 48%, siendo este criterio predominante en el sexo femenino; seguido del 11,7% que considera que estas personas desean mostrarle a otras cuan grandes son sus problemas y en tercer lugar, aparecen las opiniones de que desean morir y que son enfermos mentales, con un porcentaje de 10,2% para ambos, sin diferencias para ambos sexos (tabla 3).

En general, se observa en los estudiantes encuestados el predominio del criterio de que los que atentan contra su vida evitan enfrentarse a una situación desagradable, con un 47,1%, seguido de los que piensan que desean manipular a otros a su

Tabla 3 Criterios de los estudiantes del tercer año de medicina sobre el suicidio. Año 1997

| Criterios | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | N | % |
| Muestran sus problemas | 3 | 15,7 | 5 | 10,2 | 8 | 11,7 |
| Desean morir | 2 | 10,5 | 5 | 10,2 | 7 | 10,2 |
| Manipuladores | 0 | 0 | 2 | 4,0 | 2 | 2,9 |
| Desean agredir a otros | 1 | 5,2 | 2 | 4,0 | 3 | 4,4 |
| Enfermos mentales | 2 | 10,5 | 5 | 10,2 | 7 | 10,2 |
| Están pidiendo ayuda | 0 | 0 | 2 | 4,0 | 2 | 2,9 |
| Evita situación desagradable | 8 | 42,1 | 25 | 51,0 | 33 | 48,5 |
| No tiene opinión | 2 | 10,5 | 2 | 4,0 | 4 | 5,8 |
| Sólo hacen alarde | 1 | 5,2 | 1 | 2,0 | 2 | 2,9 |

Tabla 4 Criterios de los estudiantes del primero al tercer año de medicina sobre el suicidio. Año 1997

| Criterios | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | N | % |
| Muestran sus problemas | 4 | 8,5 | 7 | 6,32 | 11 | 7,0 |
| Desean morir | 4 | 8,5 | 11 | 10,0 | 15 | 9,5 |
| Manipuladores | 6 | 12,7 | 10 | 9,0 | 16 | 10,1 |
| Desean agredir a otros | 1 | 2,1 | 3 | 2,7 | 4 | 2,5 |
| Enfermos mentales | 3 | 6,3 | 10 | 9,0 | 13 | 8,2 |
| Están pidiendo ayuda | 3 | 6,3 | 7 | 6,3 | 10 | 6,3 |
| Evita situación desagradable | 20 | 42,5 | 54 | 49,0 | 74 | 47,1 |
| No tiene opinión | 4 | 8,5 | 3 | 2,7 | 7 | 4,4 |
| Sólo hacen alarde | 2 | 4,2 | 5 | 4,5 | 7 | 4,4 |

favor para lograr lo que desean, con un 10,1% y de los que piensan que desean morir, con un 9,5% (tabla 4).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que el primer año de la carrera, se considera a los que atentan contra su vida, personas que desean evitar enfrentarse a una situación desagradable, es decir que emplean este tipo de acto como una vía de escape a situaciones desagradables, lo cual ha sido considerado como uno de los múltiples significados que puede tener un acto suicida^(1, 13). Esta opinión no constituye un obstáculo para la realización de actividades preventivas al igual que los que consideraron que mediante este acto estaban pidiendo ayuda, ya que el intento suicida se le ha denominado "cry of help"^(1-3, 13, 14).

Los que consideraron a los que atentan contra su vida manipuladores o alardosos, expresan con ello actitudes que pueden obstaculizar la prevención del suicidio, pues son expresiones de rechazo a este tipo de personas. Pudieran existir personas que intentan manipular a otros mediante este acto,

lo cual puede ser diagnosticado después de una entrevista exhaustiva y un análisis de la situación en la cual se produjo dicho acto, pero a juicio de los autores, sin los elementos antes expuestos no deben considerarse a ninguna persona que intente contra su vida como tal.

En otras palabras, que los estudiantes del primer año con ningún conocimiento sobre el tema, consideran que las personas que intentan contra su vida son manipuladores, constituye una actitud que obstaculiza la prevención del suicidio por lo que debe ser modificado. Fenómeno similar ocurre en el segundo año de la carrera en cuanto a considerar el intento suicida como una actitud evasiva o manipuladora; no obstante, seis estudiantes consideraron que los que intentan contra su vida deseaban morir, lo que para algunos autores es esencial en el diagnóstico del intento suicida además, desde luego, de no conllevar a la muerte. Esta opinión y el hecho de ninguno considerar que eran alardosos, favorece la prevención en este grupo.

Similar comportamiento se obtiene en el tercer año, donde hay un predominio de las actitudes que favorecen la prevención del suicidio, pues apenas hay quienes los consideran como manipu-

ladores y alardosos, sobresaliendo los que consideran esta actitud como una forma de mostrar a otros cuan grande son sus problemas, son personas que desean morir o son enfermos mentales, las cuales facilitan incuestionablemente las labores de prevención del suicidio. Estos resultados pueden estar vinculados a la experiencia personal de cada estudiante, al contexto cultural en que vive y a los conocimientos médicos que hayan adquirido sobre el tema.

Finalmente, los autores consideran que el tema del comportamiento suicida es insuficientemente conocido por los estudiantes encuestados, a pesar de que como es sabido es una de las diez primeras causas de muerte en el país y en la provincia.

Se impone pues con los resultados del presente trabajo, elaborar un programa que contribuya a la modificación de las actitudes entorpecedoras en la prevención del suicidio, tales como los que opinan que los que intentan contra su vida son manipuladores o alardosos por aquellas que lo favorezcan, como considerar que los que intentan contra su vida son personas que desean morir o mostrarle a otros cuan grandes son sus problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarro B, Cruz C de la. Los suicidios. Editorial Martínez Roca; 1991. p. 17.
2. García Prieto AI. Manual práctico de psiquiatría. Ediciones Novel; 1994. p. 217.
3. Eldrid J. Caring for the suicidal. Londres: Editorial Contable; 1993. p. 40-93.
4. Pérez Barrero S. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cub Med Gral Integral 1995;11(4):319-26.
5. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Análisis y Tendencias de Salud (UATS). Granma: Sectorial de Salud; 1996.
6. Pérez Barrero S. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo, Granma en 1990. Rev Cub Med Gral Integral 1994;10(2):109-14.
7. Pérez Barrero S, Mojena Batista C, Pablo Anaya T, Olivera Martínez A, Calas López R. Factores de Riesgo Suicida en niños menores de 5 años. Rev Psiq Peruana 1995;2:18-22.
8. Pérez Barrero S. Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia. Rev. Psiq Uruguay 1996;60(334):57-62.
9. Pérez Barrero S. Factores de Riesgo Suicida en Adultos. Trabajo presentado en el XIV Congreso Nacional de Psiquiatría "Honorio Delgado". Lima, Perú. 1 de diciembre de 1996.
10. Pérez Barrero S. Psicoterapia didáctica en población con riesgo suicida. Experiencia de un quinquenio (1990-1994). Rev Psiq Peruana 1995;2:87-93.
11. Pérez Barrero S. Actitud ante el suicidio en 27 estudiantes del 5º año de Medicina. Rev Psiq Peruana 1996;3:40-6.
12. Pérez Barrero S. Actitud hacia el suicidio en los médicos de la familia. Conferencia Magistral impartida en el 26 Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio celebrado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, 24 de septiembre de 1996.
13. Pérez Barrero S. El suicidio. Comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996. p. 7-62.
14. Mardomingo Sanz MI. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Díaz de Santos, S.A.; 1994. p. 499-502.
15. Beck A, Aront T, Resnik Harvey LP, Letter Dan J. The prediction of suicide. The Charles Press Publisher; 1986. p. 3-29.

ANEXO 1

Edad:

Sexo:

Año de la Carrera de Medicina que cursa:

Estimado(a) compañero(a):

Como parte de las investigaciones sobre el comportamiento suicida, necesitamos saber su sincera opinión sobre los que realizan intentos de suicidio.

Marca con una (X) el enunciado que refleje tu manera de sentir, pero sólo una de ellas.

Los que atentan contra su vida:

1. Desean mostrarle a otros cuan grandes son sus problemas _____
2. Desean morir _____
3. Intentan manipular a otros a su favor para lograr lo que desean _____
4. Desean agredir a otras personas con las que han tenido problemas _____
5. Son enfermos mentales _____
6. Están pidiendo ayuda con este acto _____
7. Desean evitar enfrentarse a una situación desagradable _____
8. No desean morir, sólo hacen el alarde _____
9. No tengo opinión _____

A. Fernández Rivas¹
M. A. González Torres²
A. Lasa Zulueta³

Diagnóstico psiquiátrico de las tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos

- 1 Centro de Salud Mental de Portugalete (Vizcaya). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 2 Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto (Bilbao). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 3 Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Uribe-Costa (Guecho, Vizcaya). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Correspondencia:

A. Fernández Rivas
Sabino Arana, 6 - 4º izda.
48013 Bilbao

Psychiatric diagnosis of suicide attempts by adolescents and young adults

RESUMEN

Introducción: las tentativas de suicidio en los adolescentes y jóvenes adultos representan una grave patología relativamente frecuente. Por ello planteamos su estudio y, más específicamente, el aspecto del diagnóstico psiquiátrico que estos sujetos presentan. **Metodología:** se realiza un estudio del tipo caso-control emparejado entre un grupo de 72 adolescentes y jóvenes adultos (edades: 15-24 años) que acaban de cometer un intento de suicidio y otro de igual número control con las variables sexo, edad y estado civil emparejadas. Mediante la entrevista psiquiátrica se realiza el diagnóstico según DSM-III-R en sus cinco ejes. **Resultados:** los aspectos más relevantes del diagnóstico se centran en el eje I, en el cual son el Trastorno del estado de ánimo (siempre con ánimo deprimido) y el Trastorno adaptativo (con ánimo deprimido en la mayoría de los casos) los diagnósticos significativamente más frecuentes en el grupo de los suicidas. El nivel de patología en el eje I es corroborado por la valoración en el eje V, ya que el GAF "actual" refleja la existencia de

síntomas moderados y graves en la actividad psicológica, social y laboral más frecuentemente entre los sujetos que cometieron la tentativa suicida. **Conclusiones:** se evidencia el esencial papel que desempeña el estado de ánimo deprimido en las tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos. Los autores destacan el hecho de un posible subdiagnóstico de depresión en estos sujetos siguiendo criterios diagnósticos clásicos (como el DSM-III-R) que no contemplan los diferentes modos de expresión de la clínica depresiva en el adolescente y joven adulto, más atípica que en el adulto.

PALABRAS CLAVE

Tentativa de suicidio; Diagnóstico; Adolescente; Joven adulto.

ABSTRACT

Introduction: *suicide attempts in adolescents and young adults represent a fairly frequent and severe*

- 32 *pathology. Its study and, more specifically, psychiatric diagnoses these patients show, are proposed by the authors as an area of interest. Methodology: a group of 72 adolescents and young adults (age: 15-24) who had recently attempted suicide is compared to another group of 72 control subjects matched by age, sex and marital status in a case-control design. Following a psychiatric interview a DSM-III-R diagnosis with five axis is reached. Results: the more relevant data concern axis I diagnosis. Affective Disorders (always with depressed mood) and Adaptive Disorders (in most cases with depressed mood) are the more frequent diagnoses in suicide attempters' group. Level of pathology in axis I is confirmed through axis V assessment. Current GAF shows moderate and severe symptoms in work, social and psychological activities of individuals who have performed a suicide attempt. Conclusions: the essential role of depressed mood in suicide attempts by adolescents and young adults is stressed. Authors point out the possibility of a underdiagnosis of depression in these subjects following traditional diagnostic criteria (such as DSM-III-R) which do not consider different ways of expression for the depressive pathology in adolescents and young adults, more "atypical" than in adults.*

KEY WORDS

Suicide attempt; Diagnostic; Adolescent; Young adult.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida es una patología relativamente frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos. Así, el suicidio es actualmente en España la segunda causa de muerte para varones de 15 a 24 años y la tercera para mujeres de dicha edad⁽¹⁾. Además, las tentativas de suicidio son aún, con respecto al suicidio, mucho más frecuentes que lo que cabría esperar en relación a lo que ocurre

en otras edades de la vida; de este modo se calcula que se producen de 20 a 350 intentos de suicidio por cada suicidio consumado en sujetos de 15 a 24 años⁽²⁻⁶⁾.

Estas cifras ponen en evidencia la extrema importancia de estas conductas, hecho por el cual nosotros hemos desarrollado una exhaustiva investigación encaminada a descubrir los factores de riesgo de cometer un intento de suicidio en los sujetos de 15 a 24 años de nuestro entorno⁽⁷⁾.

En esta publicación nos centramos únicamente en el estudio del diagnóstico psiquiátrico (según DSM-III-R en sus cinco ejes)⁽⁸⁾ de estas tentativas de suicidio, debido a su gran relevancia y no poca controversia suscitada por las opuestas opiniones de diversos autores.

Se ha constatado que es la depresión el diagnóstico psiquiátrico que más frecuentemente presentan los individuos que cometen un intento de suicidio. Sin embargo, en los adolescentes y jóvenes adultos este hecho no parece tener una aceptación unánime por todos los autores, habiendo así dos grandes grupos de opinión: aquellos que defienden que la depresión es el hallazgo más frecuente y los que piensan que ésta aparece en un relativo bajo número de sujetos suicidas en estas edades de la vida.

De entre los defensores de la primera opinión destacamos a autores como Chabrol y Moron⁽⁹⁾ o Brént et al⁽¹⁰⁾ entre otros; quienes destacan la existencia de un cuadro depresivo en prácticamente todo adolescente o joven que comete una tentativa.

A favor de la segunda corriente de opinión están autores como Marcelli⁽¹¹⁾, quien piensa que el diagnóstico de un episodio depresivo, es del todo infrecuente en los intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos.

La razón de opiniones tan diversas y opuestas sobre un mismo tipo de patología puede que se deba a las diferentes concepciones sobre la clínica de la depresión en los adolescentes y jóvenes adultos.

Nosotros, al realizar el diagnóstico en base al DSM-III-R en sus cinco ejes, no solamente nos preocupamos por conocer el diagnóstico psiquiátrico principal (y por lo tanto posicionarnos en este de-

batido tema), sino también otros aspectos que lo complementan: diagnóstico de entidades médicas relevantes, del estrés psicosocial acontecido y el juicio clínico sobre la actividad psicológica, social y laboral del sujeto gracias al empleo de la escala de evaluación global (escala GAF).

METODOLOGÍA

Material

El estudio realizado es del tipo caso-control emparejado. Las variables por las que se emparejó cada caso con su control correspondiente fueron: sexo, edad y estado civil.

La razón de recurrir a un tipo de estudio caso-control se fundamentó en el objetivo de la investigación de analizar las características diferenciadoras de los adolescentes y jóvenes adultos que realizan una tentativa de suicidio frente a los que no lo hacen. Además, el emparejamiento de las variables sirve para aumentar la validez de la comparación de la serie de casos con la de controles.

El criterio de selección de la muestra de casos fue el siguiente: adolescentes y jóvenes adultos de 15 a 24 años y de ambos sexos que acudieran al Servicio de Urgencia del Hospital de Basurto (Bilbao) por haber realizado una tentativa de suicidio. La recogida de la muestra se llevó a cabo de octubre de 1991 a diciembre de 1992 (ambos inclusive).

Los sujetos eran atendidos por el psiquiatra de guardia en el mismo Servicio de Urgencia, quien los remitía tan pronto como era posible a una entrevista posterior tras el alta, la cual se llevó a cabo en la mayoría de los casos en las siguientes 72 horas al intento de suicidio.

Del total de 104 sujetos que realizaron una tentativa a lo largo del tiempo señalado, no se pudo contactar con 32. Es importante destacar que se realizó un estudio comparativo con todas las variables de que se disponía (un total de 18) entre los casos perdidos y los restantes, llegándose a la conclusión de que ambas muestras eran semejantes, por lo que podemos asegurar que la pérdida de estos casos no supuso ningún sesgo a la investigación.

Finalmente, se obtuvieron 72 casos, los cuales fueron emparejados con una muestra control de 72 adolescentes y jóvenes adultos, atendidos durante el mismo intervalo de tiempo y en el mismo Servicio de Urgencia hospitalaria. La causa de la atención urgente de estos sujetos control fue debida a haber sufrido alguna patología traumática menor. En todos los sujetos control se descartó la existencia de un comportamiento suicida encubierto, así como la ingestión de alcohol o drogas que pudieran sesgar la información referida.

La razón de escoger los sujetos control del mismo servicio hospitalario que los casos y no de otras fuentes de la misma área geográfica se basa, como señalan Ahlbom y Norell⁽¹²⁾, en el mayor grado de colaboración y una mejor calidad de información que los primeros habitualmente proporcionan.

Las características de las dos muestras (casos y controles) en lo referente a las variables emparejadas fueron las siguientes:

- La edad media fue de 19,75 años (2,82 SD): 21,44 (2,02 SD) para varones y 18,85 (2,79 SD) para mujeres. La distribución por sexos demostró la predominancia del sexo femenino: 25 varones (34,7%) y 47 mujeres (65,3%).
- El grupo de adolescentes (sujetos entre 15 y 19 años) estaba formado por 31 individuos: 4 varones (12,9%) y 27 mujeres (87,1%). Los jóvenes adultos (edades entre 20 y 24 años) conformaban un grupo de 41 sujetos en los que la distribución por sexos fue uniforme: 21 varones (51,22%) y 20 mujeres (48,78%).
- En cuanto al estado civil, la mayoría, 69 casos (95,8%), eran solteros. Dos (2,8%) estaban casados y uno (1,4%) separado-divorciado.

Método

La técnica de obtención de información para las series de casos y de controles fue la entrevista clínica.

Los sujetos suicidas y sus familiares eran citados a la entrevista por el mismo psiquiatra de guardia al darles el alta del Servicio de Urgencia. Dicha entrevista tenía lugar en el mismo hospital 48 ó 72 horas, máximo una semana, después de la tentativa. A ella acudían acompañados de sus fa-

34 miliares, generalmente los padres. Inicialmente se entrevistaba al paciente sólo para en un segundo momento solicitar la presencia de los familiares para completar, de este modo, no solamente la recogida de información sino el mejor entendimiento de lo sucedido e ir planificando, de este modo, el tipo de intervención terapéutica más indicada en cada caso. Como puede observarse, la entrevista se enmarcó en una labor terapéutica de intervención en crisis, además de servirnos para la recogida de información precisada para esta investigación.

Los sujetos control fueron entrevistados (primero paciente, seguido de familiares) después de haber sido atendidos por los médicos traumatólogos de guardia.

Con todos los datos obtenidos en las entrevistas se rellenaba un protocolo de recogida de información, diseñado por nosotros específicamente para el estudio, además de una escala de valoración de acontecimientos vitales recientes [la escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años de Mardomingo y González, para los adolescentes ⁽¹³⁾, y la adaptación española de la escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe realizada por González de Rivera y Morera, para los jóvenes adultos ⁽¹⁴⁾] y la medición de la intencionalidad suicida mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, especialmente traducida y utilizada por primera vez en población española por nosotros para este estudio ^(15, 16).

El protocolo de recogida de información diseñado se trata de un protocolo detallado en el que se recoge información de los siguientes aspectos: datos de filiación, nivel de estudios-situación laboral, antecedentes personales, relaciones sociales, familia, diagnóstico psiquiátrico (previo y actual) y descripción de la tentativa de suicidio (únicamente para los adolescentes y jóvenes suicidas).

En esta publicación, nos centraremos, como ya hemos referido, en los datos relativos al diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa según DSM-III-R en sus cinco ejes.

En relación a las técnicas utilizadas para el análisis estadístico, no referiremos en este apartado aquellas pruebas de estadística descriptiva (análisis

de frecuencias descritos en porcentajes o análisis de la media), por su habitual conocimiento y uso común.

Para el estudio estadístico comparativo entre la muestra de casos y la de controles en lo referente al diagnóstico psiquiátrico la prueba utilizada fue la Chi-cuadrado. Esta prueba se empleó para comparar proporciones observadas en grupos independientes. Para ello, creamos las distintas tablas de contingencia y las analizamos mediante el procedimiento CROSSTABS del programa SPSS ⁽¹⁷⁾. En ocasiones se realizaron agrupaciones de categorías, siguiendo criterios clínicos y estadísticos, con el fin de que las casillas con efectivos esperados menores a 5 fueran las mínimas posibles. Hemos seguido el criterio de efectuar siempre la corrección de Yates en las tablas de 2 x 2 y emplear la prueba exacta de Fisher cuando las muestras eran muy pequeñas ($N < 20$) ⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

A continuación, detallaremos los hallazgos diferenciando los resultados obtenidos para la muestra de adolescentes, por una parte, y la de jóvenes adultos por otra.

Resultados correspondientes a los adolescentes (15-19 años)

El diagnóstico psiquiátrico principal establecido en el momento de la exploración para el eje I, según DSM-III-R, reveló ser significativamente diferente ($p < 0,000001$) para los dos grupos de adolescentes. Recibieron algún diagnóstico psiquiátrico todos los casos y únicamente el 6,5% de los controles. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno adaptativo (54,8% casos, de los cuales el 58,8% presentaban estado de ánimo deprimido; y todos los controles, o sea 6,5%), seguido de Trastorno del estado de ánimo (35,5% casos, todos ellos con ánimo deprimido); y a continuación Psicosis funcional (3,2% casos) y un grupo miscelánea formado por Trastorno de la alimentación (Bulimia nerviosa) y Trastorno de conducta, ambos conformando el 6,5% de casos.

El diagnóstico en el eje II para los adolescentes no aportó diferencia entre ambas muestras, puesto que treinta de los casos y todos los controles no recibieron ningún diagnóstico en este apartado.

También fueron semejantes en cuanto al diagnóstico en el eje III; ningún trastorno o estado físico mereció ser destacado en este apartado para ningún adolescente.

El eje IV, que evalúa la gravedad del estrés psicosocial, no mostró ser diferente para casos y controles adolescentes en su valoración de la duración de los acontecimientos. Aunque ligeramente (45,2% frente a 32,3%), predominaron las circunstancias crónicas (duración superior a seis meses), sobre los acontecimientos agudos (duración inferior a seis meses), tanto en casos como en controles.

En cuanto a la intensidad del estrés psicosocial experimentado (eje IV), no se observó diferencia estadísticamente significativa entre los adolescentes suicidas y los controles. En la mayoría de los sujetos (48,4% casos y 67,7% controles), la intensidad del estrés sufrido fue categorizada como leve.

Los acontecimientos vitales que ocurrieron con mayor frecuencia en la población de adolescentes suicidas, durante el año previo al intento, fueron en primer lugar de tipo familiar (conflictiva relación con padres y hermanos), seguidos de los referidos a la relación de pareja (inicio de nueva relación o conflictos en la misma) y en último lugar los de tipo escolar (problemas con los compañeros de clase o en el rendimiento).

El eje V refleja una evaluación global del sujeto sobre su actividad psicológica, social y laboral. Para ello se emplea la escala de evaluación global "GAF".

El "GAF actual" (en el momento de la exploración) de las dos muestras de adolescentes fue muy diferente ($p < 0,000001$). Las puntuaciones obtenidas por ambas fueron las siguientes:

- GAF 90-81 (normal): 0% casos y 41,9% controles.
- GAF 80-61 (síntomas leves): 25,8% casos y 58,1% controles.
- GAF 60-51 (síntomas moderados): 45,2% casos y 0% controles
- GAF menor o igual a 50 (síntomas graves): 29,0% casos y 0% controles.

También fue significativa la diferencia del "GAF en el último año" presentado por los adolescentes ($p < 0,01$), sobretodo porque un notable número de suicidas presentaron síntomas moderados. Se consideró normal (90-81) en el 45,2% casos y el 38,7% controles; síntomas leves (80-61) se hallaron en el 32,3% casos y el 61,3% controles; y, finalmente, síntomas moderados (60-51) en el 22,6% casos y 0% controles. No se constataron ni en casos ni en controles adolescentes puntuaciones de GAF inferiores a 51 en el año anterior.

Resultados correspondientes a los jóvenes adultos (20-24 años)

El diagnóstico psiquiátrico principal establecido en el momento de la exploración para el eje I (DSM-III-R) reveló diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles ($p < 0,000001$). Frente al 87,8% de controles, solamente el 4,9% de casos no recibieron ningún diagnóstico. Las entidades psicopatológicas que más frecuentemente padecieron estos jóvenes suicidas fueron: Trastorno del estado de ánimo (41,5%, también presentando todos ellos ánimo deprimido), Trastorno adaptativo (36,6%, de los cuales el 86,7% presentaban ánimo deprimido) y Psicosis funcional (9,8%). Los tres casos restantes no agrupados en las entidades anteriores fueron diagnosticados de Trastorno de la alimentación (Anorexia nerviosa), Trastorno por ansiedad no especificado y Trastorno orgánico de la personalidad.

El diagnóstico para el eje II también fue diferente para ambos grupos ($p < 0,005$). La razón fundamental de esta diferencia se debió al superior número de jóvenes que fueron diagnosticados de Trastorno de la personalidad entre los casos (24,4%) que entre los controles (2,4%). El 4,9% de los suicidas padecían Retraso Mental. Y el 70,7% de casos y el 97,6% de controles no recibieron ningún diagnóstico en este eje.

En el eje III del DSM-III-R, ambas muestras fueron semejantes. Tan sólo cuatro de los casos recibieron algún diagnóstico en este apartado: tres infección por VIH y uno epilepsia postraumática.

La gravedad del estrés psicosocial evaluada en el eje IV, mostró ser semejante para los dos gru-

36 pos en lo referente a la duración de los acontecimientos. Predominaban acontecimientos agudos en el 46,3% de casos y el 53,7% de controles. Circunstancias crónicas predominaron en el 51,2% de suicidas y el 36,6% de controles.

La intensidad del estrés psicosocial experimentado por ambos grupos de jóvenes adultos fue significativamente diferente ($p < 0,005$). Los suicidas experimentaron muchas más situaciones que configuraron un estrés moderado o grave. Así, la intensidad del estrés fue ausente en el 2,4% casos y el 4,9% controles; leve, en el 24,4% casos y el 65,9% controles; moderado, en el 56,1% casos y el 24,4% controles; grave, en el 12,2% casos y el 4,9% controles, y extremo, en el 4,9% casos y el 0% controles.

Los eventos vitales acontecidos con mayor frecuencia al grupo de los jóvenes suicidas, en el año previo al intento, fueron en primer lugar los referentes a conflictiva de pareja y dificultades laborales, seguidos de conflictos en/con la familia y finalmente dificultades económicas. Para más información se remite al lector a la publicación correspondiente ⁽¹⁹⁾.

La valoración del "GAF actual" en el eje V puso de nuevo de manifiesto una muy significativa diferencia entre jóvenes suicidas y jóvenes controles ($p < 0,000001$). La mayor parte de los casos obtuvieron puntuaciones de GAF inferiores a 61, mientras que ocurrió todo lo contrario con los controles:

- GAF 90-81 (normal): 2,4% casos y 53,7% controles.
- GAF 80-61 (síntomas leves): 12,2% casos y 41,5% controles.
- GAF 60-51 (síntomas moderados): 41,5% casos y 4,9% controles.
- GAF menor o igual a 50 (síntomas graves): 43,9% casos y 0% controles.

El "GAF en el último año" del eje V, también destacó la diferencia entre las dos muestras de jóvenes, aunque en este caso solamente con una marcada tendencia a la significación estadística ($p = 0,06$). En los apartados de síntomas leves o GAF normal se comportaron de modo semejante ambas muestras. La diferencia se halló en las puntuaciones peores del GAF: puntaje de 60-51 obtuvie-

ron el 19,5% de casos frente al 2,4% de controles; y puntaje inferior o igual a 50 el 2,4 % de casos y ningún sujeto control.

DISCUSIÓN

En cuanto al **Diagnóstico psiquiátrico principal para el eje I (DSM-III-R)**, hemos podido constatar cómo dos son las entidades más frecuentes que presentan los adolescentes y jóvenes adultos que cometen una tentativa de suicidio: el *Trastorno adaptativo* y el *Trastorno del estado de ánimo*.

Es importante reseñar cómo en la mayoría de los que presentaban un Trastorno adaptativo el estado de ánimo era deprimido: 58,8% en adolescentes y 86,7% en jóvenes adultos.

Si tenemos además en cuenta que el total de sujetos que presentaban un Trastorno del estado de ánimo éste era deprimido, el porcentaje final de individuos que presentaban ánimo deprimido a la hora de cometer el intento de suicidio fue el 68% de los adolescentes y el 73,2% de los jóvenes adultos.

Estas cifras destacan la importancia que este estado de ánimo tiene a la hora de llevar a un sujeto de 15 a 24 años a realizar un acto suicida, más allá de diferenciar en el marco de qué entidad nosológica se produce dicho ánimo deprimido.

Partiendo de este hecho, la pregunta que nosotros nos hacemos es la siguiente: ¿verdaderamente tiene sentido en los adolescentes y jóvenes adultos considerar a los llamados Trastornos adaptativos (con ánimo deprimido) unas entidades claramente diferenciadas de la depresión (refiriéndonos aquí a la producida en el marco de un T. del estado de ánimo)?

Nosotros respondemos con un definitivo "no" puesto que pensamos que en esta etapa de la vida la depresión adopta diversos aspectos, muchas veces no coincidentes con las características de esta entidad en el adulto. De acuerdo con autores como Jeammet ⁽²⁰⁾ o Parry-Jones ⁽²¹⁾ creemos que la depresión franca es poco frecuente en la adolescencia, en muchas ocasiones aparece con una clínica más atípica, enmascarada tras síntomas de otro tipo (conductuales, psicosomáticos), e incluso puede

aparecer como reactiva a situaciones vivenciales (lo que en las clasificaciones diagnósticas de uso habitual se consideraría un T. adaptativo).

La explicación psicodinámica a este hecho de una menor frecuencia de clínica depresiva franca (o incluso "adultomorfa" podríamos decir), en el adolescente, se fundamenta en que el sujeto se encuentra en esta etapa de su vida bajo el efecto de una amenaza de pérdida objetal y de una crisis narcisista. Bajo este marco le resulta difícil poder elaborar la posición depresiva, al igual que la expresión y el reconocimiento de una vivencia depresiva. Sin embargo, a medida que el sujeto crezca irá madurando al desarrollar una mejor integración de las identificaciones y de la imagen de su cuerpo, junto con una interiorización y una diferenciación más pronunciadas del superyo y del ideal del yo, con lo que progresivamente será más habitual que pueda presentar cuadros depresivos francos ⁽²⁰⁾.

Como bien señala Chabrol ⁽²²⁾, la depresión en estas edades está frecuentemente enmascarada por actitudes de reticencia y negación, las cuales son utilizadas por el sujeto para evitar la confrontación dolorosa con sus afectos depresivos.

Pensamos que esta clínica depresiva, frecuentemente atípica en los adolescentes y jóvenes adultos, provoca la existencia de un subdiagnóstico de depresión en estos sujetos si se siguen los criterios diagnósticos del tipo DSM o CIE, pasando a ser diagnosticados de otras entidades como son los T. adaptativos. Pero, además, esta tendencia al subdiagnóstico de depresión es mayor tras una tentativa de suicidio, como refiere también Chabrol ⁽²²⁾, puesto que se evalúa al sujeto una vez superados los riesgos médicos (si han acontecido), en el momento en que el efecto catártico que la propia tentativa aporta se está desarrollando y ello unido además al efecto antidepressivo de la hospitalización.

Paralelo al diagnóstico en el eje I se produce la valoración del GAF (eje V) en el momento de la exploración. En los adolescentes, pudimos ver cómo el 74,2% de los suicidas (frente a ningún sujeto control) presentaba un GAF igual o inferior a 60 (reflejando ello la existencia de síntomas moderados o graves en la actividad psicológica,

social y laboral del paciente). En los jóvenes adultos, el resultado fue del 85,4% para los que cometieron el intento de suicidio en comparación con el 4,9% para el grupo control. Vemos cómo estas cifras se encuentran bastante cercanas a los porcentajes de sujetos que presentaban ánimo deprimido. Pensamos que muchos de los sujetos diagnosticados como T. adaptativo, de acuerdo con los criterios DSM-III-R, presentaban síntomas de una gravedad equivalente a los enmarcados dentro del grupo de T. del estado de ánimo, por lo que es posible que fueran diagnosticados de esta entidad aunque en realidad fueran cuadros depresivos atípicos, propios de estas edades de la vida.

Con todos estos datos, vendríamos a destacar, como han hecho muchos otros autores ^(23-26, entre otros), la importancia que tiene la depresión como factor de riesgo de comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes adultos.

Por otra parte, si realizamos una comparación de nuestros resultados con los de otras investigaciones que han utilizado criterios diagnósticos semejantes, vemos cómo el porcentaje de depresión (como T. del estado de ánimo) por nosotros hallado, es equiparable al que refieren Hawton y Catalan ⁽²⁷⁾, quienes encuentran un 31% de adolescentes que han realizado un intento de suicidio con diagnóstico de depresión. Añaden además que hasta el 75% de la muestra presentaba ánimo deprimido (del todo semejantes a nuestros 35,5% y 68%, respectivamente).

Otros investigadores refieren porcentajes de depresión superiores al nuestro. Entre ellos destacamos a Chabrol y Moron ⁽⁹⁾, quienes de 100 pacientes que habían realizado un intento de suicidio, 81 fueron diagnosticados de Depresión Mayor y 10 de Distimia. Y a Brent et al ⁽¹⁰⁾, quienes diagnostican de Trastorno afectivo (sobretudo Depresión Mayor) al 86,5% de su muestra de adolescentes suicidas.

Sin embargo, otros autores destacan mucho menores porcentajes de depresión, como Marcelli ⁽¹¹⁾, quien piensa que sólo en el 4-5% de tentativas de adolescentes se llega al diagnóstico de depresión.

En cuanto al diagnóstico de Trastorno adaptativo, Marttunen et al ⁽²⁸⁾ describen un 21% de adolescentes con esta entidad que habían fallecido de

38 suicidio. González-Seijo et al ⁽²⁹⁾ hallan porcentajes semejantes de T. adaptativo y episodio depresivo en adolescentes que han cometido una tentativa suicida (18,5% ambos). Y en estudios de tentativas en todas las edades, como los de Seguí Montcsinos ⁽³⁰⁾ o Rodríguez Pulido et al ⁽³¹⁾, se destacan porcentajes similares a los hallados por nosotros.

La tercera entidad nosológica que presentaron estos individuos fue la *Psicosis funcional*, aunque en porcentajes muy inferiores a los de los anteriores cuadros clínicos. Autores como Gammon et al ⁽³²⁾ han puesto énfasis sobre el riesgo suicida que enfermedades como la Esquizofrenia o el Trastorno Esquizoafectivo encierran. Nosotros no hemos hallado este resultado en esta investigación, posiblemente debido a la joven edad de los sujetos, edad que generalmente es previa (especialmente en los adolescentes) a la que suele ser el inicio de estas entidades psicopatológicas.

El **Diagnóstico psiquiátrico actual** (en el momento de la exploración) en el **eje II** (DSM-III-R) evidenció un nuevo rasgo diferenciador entre las dos poblaciones de jóvenes adultos. No se constató este hecho en los adolescentes, fundamentalmente porque una de las entidades adscritas a este eje más frecuentes, como son los Trastornos de la personalidad, precisa que el sujeto tenga una edad mínima de 18 años para que pueda recibir dicho diagnóstico.

Aunque la mayor parte de los jóvenes adultos no recibieron ningún diagnóstico en este eje (70,7% de los casos y 97,6% de los controles), sí fueron el grupo de los suicidas los que presentaron con más frecuencia alguna patología, siendo la más común el *Trastorno de la personalidad* (24,4% de casos y 2,4% de controles).

De entre todos los tipos de estos trastornos, es el Trastorno Borderline el que parece añadir el mayor riesgo de comportamiento suicida ⁽²⁵⁾ en estas edades de la vida, aunque, como señalan Friedman et al ⁽³³⁾, este diagnóstico suele ir generalmente acompañado de un Trastorno Afectivo (lo cual agravaría el riesgo de cometer el acto suicida).

El **Diagnóstico psiquiátrico actual en el eje IV** evalúa el estímulo o conjunto de estímulos que

provocan estrés psicosocial, los cuales hayan ocurrido al sujeto en el año anterior a la exploración y que se prevea que puedan haber contribuido al desarrollo de un nuevo trastorno mental o a la exacerbación o recurrencia de uno ya existente. Además de recopilar los estímulos que hayan tenido lugar, este eje aporta una evaluación de la intensidad del estrés, medida gracias a la escala de estrés psicosocial que la publicación acompaña.

Los eventos vitales más frecuentes que acontecieron a las poblaciones de adolescentes y a la de jóvenes adultos suicidas reflejan dificultades o situaciones conflictivas en las tres esferas fundamentales de la vida de estos sujetos: familia, pareja y educativo-laboral. Estos resultados son semejantes a los publicados por otros investigadores ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Como hemos señalado en el apartado de Metodología en esta investigación también analizamos los *acontecimientos vitales* que hubieran ocurrido a los sujetos en el año previo al intento de suicidio (en los casos) o al momento de la exploración (en los controles). Por ello pudimos obtener una información muy detallada y específica de este aspecto, que en lo referente a la intensidad del estrés acontecida a ambos grupos de población no corroboraba los resultados del eje IV del diagnóstico psiquiátrico. Según los resultados de este eje, solamente en los jóvenes adultos se evidenciaba un significativo mayor estrés en suicidas que en controles, no así en los adolescentes. Sin embargo, en el estudio más detallado con las correspondientes escalas de acontecimientos vitales ^(13, 14) sí pudimos constatar que tanto los adolescentes como los jóvenes adultos que habían cometido el acto suicida habían experimentado en el año anterior un mayor número de eventos vitales, lo cual les acarreó secundariamente un mayor índice de estrés.

Pensamos que en este aspecto el eje IV (DSM-III-R) no es una aportación del todo válida para completar el diagnóstico. Debido a su extremada sencillez resulta finalmente insuficiente.

Por último, en lo referente al **Diagnóstico psiquiátrico en el eje V**, destacar lo anteriormente comentado sobre el GAF actual y su paralelismo con el posible sufrimiento depresivo. En cuanto al GAF en el último año, los resultados también

fueron peores para los adolescentes y jóvenes adultos que realizaron la tentativa de suicidio. Ello reflejaba la existencia de síntomas crónicos en el sujeto, debidos bien a la cronicidad de las situa-

ciones vivenciales conflictivas que provocaban la clínica en el individuo, o bien al curso crónico que conllevaba la propia enfermedad psiquiátrica que padecían.

39

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Bol Epidemiológico Semanal 1996;4(22):177-88.
2. Ajuriaguerra J. El suicidio en el niño y el adolescente. En: Ajuriaguerra J, editor. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª edición. Barcelona: Masson SA; 1977. p. 433-41.
3. McIntire MS, Fine P, Fain PR. Early indicators of self-destructive behaviors in children and adolescents: Primary Detection by the Pediatrician. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston, Bristol, London: John Wright-PSG Inc; 1984. p. 259-70.
4. Polaino A. *Depresión y Suicidio en los adolescentes*. En: Polaino-Lorente A, editor. *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata SA; 1988. p. 161-90.
5. Slaby A, Garfinkel LF. No one saw my pain: why teens kill themselves. New York, London: W.W. Norton & Company; 1994.
6. Swedo SE, Rettew DC, Kuppenheimer M, Lum D, Dolan S, Goldberger E. Can Adolescent Suicide Attempters Be Distinguished From At-Risk Adolescents? *Pediatrics* 1991; 88(3):620-9.
7. Fernández Rivas A. *Tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos: análisis descriptivo y estudio de los factores de riesgo*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco (Bilbao); 1995.
8. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1988.
9. Chabrol H, Moron P. Depressive Disorders in 100 Adolescents Who Attempted Suicide. *Am J Psychiatry* 1988; 145(3):379.
10. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al. Personality Disorder, Tendency to Impulsive Violence, and Suicidal Behavior in Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(1):69-75.
11. Marcelli D. Relations entre dépression et suicide à l'adolescence. Remarques épidémiologiques et psychopathologiques. En: Marcelli D, editor. *Adolescence et dépression*. Paris: Ed. Masson; 1990. p. 127-34.
12. Ahlbom A, Norell S. *Fundamentos de Epidemiología*. Madrid: Siglo XXI de España Editores SA; 1987.
13. Mardomingo MJ, González S. Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años. *Rev Psiq Inf* 1990;2:123-34.
14. González de Rivera y Revuelta JL, Morera Fumero A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 1983;4(1):7-11.
15. Fernández Rivas A, González Torres MA. Versión española de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. *Rev Psiq Inf* 1995;3:156-7.
16. Fernández Rivas A, González Torres MA, Mondragón MS, Noguerras B, Lasa A. *Escala de Intencionalidad Suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y jóvenes adultos*. *Rev Psiq Inf* 1995;1:45-51.
17. *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, Release 6.0. Chicago: SPSS Inc.; 1993.
18. Doménech Massons JM. *Pruebas de Chi-Cuadrado*. Barcelona: Editorial Gráficas Signo; 1991.
19. Fernández Rivas A, González Torres MA, Lasa Zulueta A. *Tentativas de suicidio en jóvenes adultos: estudio de los acontecimientos vitales recientes y eventos precipitantes*. *Psiquis* 1996;17(4):204-11.
20. Jeammet P. *La depresión en el adolescente*. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva; 1989. p. 391-416.
21. Parry-Jones WL. *Depression in adolescence*. En: Herbst KR, Paykel ES, eds. *Depression. An Integrative Approach*. Oxford: Heinemann Medical Books & The Mental Health Foundation; 1989. p. 111-23.
22. Chabrol H. *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. 2ª edición. Paris: Presses Universitaires de France; 1992.
23. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Youths Aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(9):1174-82.
24. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M. *Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(3):521-9.
25. Pfeffer C. *Attempted Suicide in Children and Adolescents: Causes and Management*. En: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. p. 664-72.
26. Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G. *Suicidal behavior in "normal" adolescents: risk and protective factors*. *Am J Orthopsychiat* 1989;59(1):59-71.

- 40
27. Hawton K, Catalan J. *Attempted Suicide. A Practical Guide to its Nature and Management*. 2ª edición. Oxford: Oxford University Press; 1987.
 28. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental Disorders in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides Among 13-to 19-Year-Olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-9.
 29. González-Seijo JC, Ramos Vicente Y, Lastra Martínez I, de Dios Vega JL, Carbonell Masía C. "Estudio San Carlos" sobre conducta suicida en la adolescencia: descripción de la muestra. *Rev Psiq Inf* 1996;3:185-93.
 30. Seguí Montesinos J. Las tentativas autolíticas atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital General (II). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1989;17(5):353-9.
 31. Rodríguez Pulido F, De las Cuevas Castresana C, Henry Benítez M, Morilla Cantero J, Frugoni Perdomo A, Alamo V, González de Rivera JL. Variables socio-demográficas y psiquiátricas de la tentativas de suicidio atendidas en un hospital general. *Psiquis* 1989;10(8):293-9.
 32. Gammon GD, John K, Weissman MM. Structured assessment of psychiatric diagnosis and of psychosocial function and supports in adolescence: a role in the Secondary Prevention of Suicide. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston, Bristol, London: John Wright-PSG Inc; 1984. p. 183-208.
 33. Friedman RC, Corn R, Aronoff MS, Hurt SW, Clarkin JF. The seriously suicidal adolescent: affective and character pathology. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston, Bristol, London: John Wright-PSG Inc; 1984. p. 209-26.
 34. Hawton K, O'Grady J, Osborn M, Cole D. Adolescents who Take Overdoses: Their Characteristics, Problems and Contacts with Helping Agencies. *Br J Psychiatry* 1982;140: 118-23.
 35. De Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG. The Relationship Between Adolescent Suicidal Behavior and Life Events in Childhood and Adolescence. *Am J Psychiatry* 1992;149:45-51.
 36. Mardomingo Sanz MJ, Catalina Zamora ML, Gil Flores S, Parra Cejudo E, Espinosa García A. Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes. *Act Ped Esp* 1993;51(11):501-5.

J. L. Pedreira Massa

Principios introductorios a la metodología de investigación en psiquiatría de la infancia y la adolescencia

Unidad de Salud Mental Infantil del Área Sanitaria de Avilés. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Profesor Asociado del Área de Psiquiatría (Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo).

Correspondencia:

J. L. Pedreira Massa
Unidad de Salud Mental Infantil
Polígono la Magdalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

Research and methodological aspects in child and adolescence psychiatry and mental health

XII: CONTENIDOS BÁSICOS DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (MODELO FISS E I+D)

INTRODUCCIÓN

Se podrían aportar recomendaciones múltiples o referencias bibliográficas diversas. También podríamos realizar un problema supuesto concreto que nos sirviera de ejemplo para finalizar esta serie de trabajos sobre la metodología de investigación.

Las referencias bibliográficas constan al final de este trabajo, son variadas y actualizadas.

Los aspectos de contenido han sido ampliamente expuestos en los trabajos precedentes.

Los problemas sobre supuestos concretos, creemos deben ser realizados en seminarios de investigación concretos.

Como alternativa, hemos preferido realizar un ejemplo concreto aportando un protocolo con las

orientaciones de cada apartado. Dicho protocolo es el realizado por R. Fletchner, del Departamento de Medicina y Epidemiología de la Universidad de Carolina del Norte, en él se basa el protocolo requerido en España por dos de los centros de mayor relevancia a la hora de prestar las ayudas de investigación: FISS (Fondo de Investigación de la Seguridad Social) y las ayudas I+D.

De forma complementaria, aportamos los Códigos UNESCO de las Áreas de Conocimiento, por ser los más utilizados para codificar los protocolos de investigación.

Por fin, adjuntamos el protocolo de evaluación utilizado por los jueces que los diferentes organismos competentes utilizan para evaluar los protocolos de investigación que solicitan las ayudas de investigación.

Creemos que, con estos tres documentos, se puede obtener una ayuda complementaria a la hora de comprender los requisitos que debe tener un protocolo de investigación y complete de forma suficiente las aportaciones teóricas expresadas en el conjunto de los artículos.

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

El presente "esquema para un protocolo de investigación" es una variación sobre un tema familiar. Otras versiones, con pocas diferencias, se hallan disponibles en otras fuentes.

Los contenidos de un protocolo de investigación son, en términos generales, parecidos a otras expresiones de investigación: solicitudes de becas, tesis, publicaciones y presentaciones.

Por lo tanto, este esquema es aplicable a todos estos objetivos.

No todos los componentes de un protocolo general deben ser incluidos en una determinada propuesta. Sin embargo, una deficiencia de muchos protocolos fracasados es no incluir componentes importantes. Así pues, si omite alguno de estos componentes sepa que está usted mismo asumiendo un grado variable de riesgo de que su proyecto sea rechazado. Advierta también que los "análisis secundarios" deben incluir los mismo tipos de información que los estudios basados en datos recogidos por el investigador.

Este diseño presupone un conocimiento básico de la aplicación del método científico a la investigación humana; no es, en sí mismo, un intento de enseñar estos principios.

| COMPONENTE | PROPÓSITO |
|---|---|
| <p>I. INTRODUCCIÓN</p> <p>Formulación del problema, preferiblemente en forma de pregunta.</p> <p>Preste atención especial a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Es importante la pregunta? ¿No ha sido aún respondida? ¿Es posible, en líneas generales, responderla? ¿Es viable responderla, dados los recursos locales? | <p>Orientación</p> |
| <p>II. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA</p> <p>No precisa ser exhaustiva.</p> <p>A menudo es mejor estructurar por el contenido, no por el autor o el estudio.</p> <p>Debe ser una revisión crítica: es decir, debe juzgar la solidez científica disponible y las limitaciones de la información.</p> <p>Generalmente, es más útil un estudio formal de "metaanálisis" o de síntesis de información que una revisión bibliográfica "clásica".</p> | <p>Establece lo que se conoce realmente sobre la pregunta formulada,</p> <p>y los métodos que se usarán en este estudio para responderla.</p> |
| <p>III. MARCO TEÓRICO</p> <p>Modelo o teoría subyacente que se va a examinar (a menudo es útil hacer un diagrama).</p> <p>Orígenes: otros investigadores, la bibliografía, lógica, imaginación, etc.</p> <p>Cite el respaldo conceptual de dicho modelo.</p> | <p>Sienta las bases para formular las hipótesis y selecciona las variables.</p> |

COMPONENTE

PROPÓSITO

IV. OBJETIVOS

1. *Preguntas de investigación:*

Expresadas en términos relativamente generales. Para investigación clínico/epidemiológica, generalmente una pregunta sobre uno de los puntos siguientes:

Frecuencia, incidencia, prevalencia.

Clasificación: Normal/anormal, enfermo/no enfermo.

Riesgo de contraer enfermedad.

Pronóstico de la enfermedad una vez establecida.

Efectos de las intervenciones propuestas para prevenir o tratar la enfermedad.

Relación coste/beneficio.

Relación causa/efecto (a menudo implícita en una de las citadas arriba).

Generalmente, una pregunta principal con varios componentes.

A veces varias preguntas marcadamente diferentes.

Son los elementos impulsores de la investigación.

2. *Hipótesis conceptuales*

(*"verdades provisionales"*)

Enumérelas individualmente por orden de importancia. Límitese a unas pocas.

Relaciónelas con el marco teórico: ¿por qué se han formulado dichas hipótesis?

Indique en qué forma las hipótesis de aceptación o de refutación harán avanzar el conocimiento en el campo específico que se estudia.

Para una investigación puramente descriptiva, estas hipótesis no son necesarias.

Establece las estrategias científicas básicas (aceptación/refutación de las hipótesis), y guía el análisis de los datos.

3. *Hipótesis operativas*

Expreses las hipótesis conceptuales en términos operativos (específicos, medibles).

Aplicación de la teoría.

V. MÉTODOS

1. *"Sujetos de estudio"*

Defina la población de estudio.

Defina los individuos de esa población que van a ser estudiados (técnica de muestreo).

Tamaño de la muestra, en términos de error tipo I y II, del tamaño de la diferencia que se quiera medir, así como de otras condiciones del estudio: incidencia y prevalencia del fenómeno que se estudie, varianza y pérdida previsible de sujetos de la muestra.

Evidencia de que va a ser posible estudiar a dichos individuos.

Generalizabilidad.
Representatividad.

Viabilidad.

2. *Diseño de investigación*

Generalmente, es mejor no mezclar diseños dentro de un mismo estudio.

Describirlo en términos coloquiales (no de argot científico, ya que el argot es a veces ambiguo dentro de una misma disciplina, o no se entiende desde otras disciplinas).

Diseños epidemiológicos prototípicos:

- Estudios transversal (prevalencia).
- Estudios de cohortes (longitudinal, incidencia).
- Ensayos clínicos (intervención).
- Estudios de casos-contróles (casos-testigos).
- Estudio ecológico (riesgo agregado).

¿Por qué se elige un determinado tipo de diseño? Ventajas y desventajas, tanto científicas como prácticas.

3. *Variables*

Enumere todas las variables.

¿Son estas variables todas las que se consideran importantes para responder a las preguntas de investigación?

¿Cuáles son las unidades de medida de cada variable?

Instrumentos de medida:

¿Por qué se eligen dichos instrumentos? Justificación.

Ejemplos.

¿Han sido evaluados previamente en términos de eficacia?

Fiabilidad/Validez: ¿Son conocidos? En caso negativo, ¿cómo se podrían conocer?

Si se mide la exposición a un determinado "riesgo", ¿cómo se caracteriza con relación a la duración, a la latencia, a la dosis total, etc? (v. g. consumo cigarrillos-cáncer de pulmón).

¿Cómo se van a manejar las variables en el análisis estadístico? Ej.: independientes, dependientes, "extrañas", "perturbadoras", "intervinientes", "posibilitadoras", etc. En otros términos, ¿podrán "confundir" o "modificar" la asociación exposición-efecto?

4. *Recogida de datos*

Describa en detalle, con precisión y orden, cómo se van a obtener los datos de cada sujeto de estudio.

5. *Análisis:*

Describa cómo va a realizar el análisis de los datos (v. g.):

- a) Número y características de los sujetos de estudio y de los que componen la muestra.

La táctica científica.

COMPONENTE

PROPÓSITO

- b) Estadística descriptiva: distribución de frecuencia de las variables, tendencia central, dispersión, etc.
- c) Comparaciones simples.
- d) Comparación de dos variables "ajustando" (tomando en consideración) otras variables.

Establezca qué va a lograr por medio de los estudios estadísticos y a continuación describa las técnicas específicas para lograrlo.

Distinguir entre análisis dirigidos, de comprobación de hipótesis, y análisis exploratorios.

VI. RESULTADOS

Elaboración de "tablas simuladas" para el análisis de las cuestiones científicas e hipótesis principales.

VII. PRESUPUESTO

Los detalles se describen en los protocolos y en las propuestas.

1. Personal:

Investigadores/Co-investigadores.

Asesores.

Equipo.

¿Quién hará qué?

2. Presupuesto:

Fuente(s) de financiación.

Gastos:

Personal: salarios, pagas extraordinarias.

Equipo, material.

Espacio, impresión.

Manejo de datos.

Viajes.

Correo, teléfono.

3. Cartas de apoyo.

4. Organización del tiempo.

Calendario para la terminación de varias tareas componentes del proyecto, desde su propuesta hasta su terminación (es preferible un diagrama o tabla).

5. Revisión del estado de los Temas Humanos. Problemas legal y ético.

Documentación Institucional (o específica si está aún pendiente).

¿Es necesaria una revisión completa o administrativa?
Informe del consentimiento del paciente (en caso necesario).

| COMPONENTE | PROPÓSITO |
|---|-----------------------|
| <p>VIII. CONCLUSIONES</p> <p>Breve resumen de los resultados.</p> <p>Lista de las conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Una para cada pregunta de la investigación. — Para investigación de comprobación de hipótesis, una por cada hipótesis. <p>Sesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Descripción de todos los sesgos posibles. — ¿Cuáles se dan de hecho? — ¿En qué medida influyen en los resultados? <p>Generalizabilidad (opinión del investigador).</p> <p>Implicaciones en la política sanitaria: clínicas, de salud públicas, administrativas, económicas, sociales, éticas, etc, según sea el caso.</p> <p>Investigación posterior sugerida por el trabajo.</p> | <p>Lo fundamental</p> |
| <p>IX. BIBLIOGRAFÍA</p> | |
| <p>X. APÉNDICES</p> | |

CLASIFICACIÓN UNESCO

Códigos UNESCO de las Áreas de Conocimiento; son las más utilizadas para codificar los protocolos de investigación*.

* *Nota de la Redacción y del Autor:*

Dada la extensión del artículo y considerando este apartado como complementario del mismo, los lectores interesados pueden solicitar a la Secretaría de Redacción de la Revista la clasificación de la UNESCO de las Áreas de conocimiento.

EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENCIAS MÉDICAS

LA PRESENTE INFORMACIÓN SERÁ TRATADA EN FORMA CONFIDENCIAL

Fecha de envío al Evaluador:

Fecha de recepción en la ANEP: N° del Proyecto:

TÍTULO DEL PROYECTO:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

ORGANISMO:

CENTRO:

A cumplimentar por el Evaluador

Calificación final del Proyecto en función de los criterios de valoración C1-C11.

- Excelente: Proyecto excepcional.
- Bueno: Proyecto bien calificado en todos sus términos.
- Aceptable: Proyecto suficientemente bueno, aunque existen ciertas reservas.
- Cuestionable: Proyecto solamente financiable en circunstancias excepcionales.
- Denegado: Proyecto claramente no financiable.

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Equipo/s Investigador/es

C1. Valoración de las contribuciones científicas del Investigador Principal en los últimos cinco años (en los Proyectos Coordinados, considérense también los Investigadores Responsables de los Subproyectos).

C2. Valoración de las contribuciones científicas del resto del Equipo Investigador en los últimos cinco años.

C3. Explíquese si es necesaria o conveniente la coordinación propuesta para la realización del Proyecto (sólo para Proyectos Coordinados, punto F de la Memoria).

CRITERIOS DE VALORACIÓN

49

Objetivos, metodología y viabilidad del Proyecto

| | |
|------|--|
| C4. | ¿Demuestran los autores del Proyecto conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar? (Punto C de la Memoria). |
| C5. | ¿Es actual y adecuada al tema la bibliografía citada? (Punto D de la Memoria). |
| C6. | ¿Están suficientemente bien definidos los objetivos del proyecto? ¿Tienen interés tecnológico o posibilidades de aplicación? (Puntos E ₁ y E ₂ de la Memoria). |
| C7. | ¿Es adecuada la metodología? ¿Es realista el plan de trabajo? (Punto G de la Memoria). |
| C8. | ¿Es adecuada la composición del Equipo Investigador (experiencia, tamaño, composición, etc.) para la realización del Proyecto? (Punto H de la Memoria + Currícula). |
| C9. | ¿Son adecuados los medios (disponibles + solicitados) para la realización del Proyecto? (Puntos I, J, K, L, M de la Memoria). |
| C10. | ¿Cuáles son los destinatarios, concretos o potenciales, que se pueden beneficiar de la Investigación propuesta? ¿Qué posibilidad hay de que la Investigación propuesta conduzca a patentes de otros resultados explotables comercialmente? (Punto R ₂ de la Memoria). |

50

VALORACION DEL PRESUPUESTO

C11. Coméntense las diferencias, si son significativas, entre el presupuesto solicitado y el estimado por el Evaluador (Puntos K, L, M, N, P de la Memoria).

INFORME FINAL

Se recomienda que, independientemente de la valoración final del proyecto, el evaluador emita todas aquellas sugerencias que permitan mejorar la calidad del mismo.

CRITERIOS EXCLUYENTES

Cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias, el Proyecto se calificará como Denegado:

- Falta de seriedad del Investigador Principal en la gestión.
- Manifiesta inexactitud en los datos presentados.
- Falta de solvencia científica del Investigador Principal o del Equipo Investigador.
- Objetivos excesivos o incongruentes.
- Notable insuficiencia en la elaboración del Proyecto.
- Falta de base científica de la propuesta.
- Imposibilidad de alcanzar resultados de cierta significación.
- Presupuesto desmesurado.

Muy importante: En caso de denegación, es imprescindible que el Evaluador explique las razones de la misma en los recuadros más adecuados o en el Informe final.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott RD, Carroll RJ. Interpreting multiple logistic regression coefficients in prospective observational studies. *Am J Epidemiol* 1985;121(3):465-71.
- Achenbach ThM. *Assessment and taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology*. London: Sage; 1985.
- Achenbach ThM. *Manual for the Chil Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Vernond: Univesity Press; 1991.
- Alarcón D, Fuente JR de la, Velázquez A. (Compls.): *Fundamentos de la investigación clínica*. México: Siglo XXI; 1988.
- Álvarez Cáceres R. *Estadísticas multivariantes y no paramétricas con SPSS. Aplicación a las Ciencias de la Salud*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Child Psychiatry: A plan for the coming decades*. Washington: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 1983.
- Ashby D, West CR, Ames D. The ordered logistic regression model in psychiatry: rising prevalence of dementia in old people homes. *Statistic Med* 1989;8:1317-26.
- Bachelard G. *El nuevo espíritu científico*. México: Nueva Imagen; 1981.
- Bachelard G. *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI; 1985.
- Baiget T. Bases de datos de medicina accesibles por terminal. *Med Clin (Barc)* 1983;81:218-27.
- Banegas JR. Las conferencias de consenso llegan a nuestro país: Un instrumento racional para la evaluación y difusión de las tecnología médicas. *Rev San Hig Pub* 1989;LXIII(63):7-14.
- Becker HS, Geer B. Participant observation and interviewing: A comparison. *Human Organization* 1957;16(3):28-32.
- Bellack AS, Hersen M: *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1989.
- Benetar SR. View-point academic freedom in South Africa. *Lancet* 1990;335:1576-8.
- Bloomberg J, et al. Ethical dilemmas in Child and Adolescent Consultation Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(3):557-61.
- Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. En: Glewood C, editor. N. J. Prentice-Hall; 1969.
- Boyle MH, Jones SC. Selecting measures of emotional and behavioral disorders of childhood for use in general populations. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26(1):137-59.
- Bulmer M. Concepts in the analysis of qualitative data: A symposium. *Sociological Rev* 1979;27:651-77.
- Bunge M. *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. Barcelona: Ariel; 1966.
- Bunge M, Ardila R. *Filosofía de la Psicología*. Barcelona: Ariel; 1988.
- Cacabelos R. Impacto de la informática en el medio sociocultural y biomédico. *Jano* 1989;XXXVI(859):1897-902.
- Calnan J, Barabas A. *Cómo escribir en Medicina*. Barcelona: Daimon; 1979.
- Calnan J, Barabas A. *Cómo hablar en Medicina*. Barcelona: Daimon; 1979.
- Campbell D, Stanley J. *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu; 1991.
- Canales FH, Alvarado EL, Pineda EB. *Metodología de la investigación*. México: OPS-Limusa; 1986.
- Carrasco de la Peña JL. *Estadística para la Medicina*. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
- Cawley RH. Psychiatry is more than a Science. *Br J Psychiatry* 1993;162:154-60.
- Cohen RL. Child and Adolescent Psychiatry: Mid-course corrections. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(1):1-5.
- Comité de Expertos en Salud Mental Infantil. *Salud Mental Infanto-Juvenil*. Valladolid: Servicio de Publicaciones de la Consejería de Bienestar Social; 1986.
- Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. *An Esp Pediatr* 1992;36(1):77-83.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Preparar un proyecto de investigación. Barcelona: SG Editores; 1991.
- Cook TD, Campbell DT. *Quasi experimentation: design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1979.
- Cook TD, Reichardt ChS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata; 1986.
- Coolican H. *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. México: Manual Moderno; 1994.
- Cordón F. *La actividad científica y su ambiente social*. Madrid: Taurus; 1962.
- Coughlin SS, Nass CC, Pickle LW, Trock B, Bunin G. Regression methods for stamating attributable risk in population-based case-control studies: a comparison of additive and multiplicative models. *Am J Epidemiol* 1991;133(3):305-13.
- Day RA. How to write a review paper. En: Day RA, editor. *How to write and publish a scientific paper*. 2ª edición. Philadelphia: ISI Press; 1983. p. 110-4.
- Deutscher I. *What we say/what we do: Sentiments and Acts*. Glenview: I11 Scott, Foresman; 1973.

- 54 Thompson C, editor. *The Instruments of Psychiatric Research*. Chichester: Wiley; 1989.
- Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals*. Control Council Law 2(10), 181-182. Washington: U.S. Government Printing Office; 1949.
- USDHHS. *Report of the President's Commission of Mental Health*. Washington: U.S. Government Printing Office; 1978.
- USDHHS. Office of the Secretary: Children involved as Subjects in Research: Additional Protections. *Federal Register* 1983; 48(46):9814-20.
- USDHHS. Public Health Service. Responsibilities of PHS Awardee and Applicant Institutions for dealing with and reporting possible misconduct in science. *Title 42 CFR Part 50*. *Federal Register*, 1988, Vol. 53, n° 181, september, 19.
- USDHHS. *A report requested by US Congress submitted by the National Advisory Mental health Council. National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders*. National Institute of Health; 1990.
- Verhulst FC, Koot HM. *Child Psychiatric Epidemiology*. London: Sage; 1992.
- Vilarroya O, editor. *Manual de estilo de publicaciones biomédicas*. Barcelona: Doyma; 1993.
- Wagensberg J, editor. *Proceso al azar*. Barcelona: Tusquets; 1986.
- Wing J. Ethics and Psychiatric Research. En: Bloch S, Chodoff P, eds. *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press; 1984. p. 277-94.
- Yin RK. *Applications of Case Study Research*. London: Sage; 1993.

CASO CLÍNICO

Vemos en consulta a J, un varón de 11 años y 2 meses de edad, por presentar ciertas "conductas extrañas" en el colegio. Lo trae su madre. Está preocupada por las consecuencias que dichas conductas pueden tener a nivel escolar.

Todo empieza aproximadamente hace unos dos años, como un juego sin más importancia. J imita a modelos de pasarela ante sus compañeros del colegio, y lo que en un principio era divertido ha pasado a ser un tema de burla y de cierto rechazo. Incluso lo insultan y le dicen que si es afeminado, sarasa, etc.

Antecedentes familiares

J es el hijo mayor. Tiene una hermana de 7 años, con la que parece existir una relación normal. Su padre tiene 46 años y su madre 42. La relación de ambas figuras parentales es fría y distante desde hace varios años. Apenas tienen actividades en común, haciendo cada uno su vida. La madre habla de su compañero como de una figura "ausente", no participa en la estructura familiar ni muestra excesivo interés por lo que ocurre en ese entorno. La hermana tiene un muy buen rendimiento escolar y no demuestra tener ningún problema. La madre cree que se da cuenta de lo que ocurre entre ellos, aunque ambos intentan disimularlo.

Antecedentes personales

J se muestra más bien desinteresado y/o despreocupado con respecto a lo que debe hacer, hecho que tanto corroboran los profesores del colegio como la madre. Es un niño tímido, inhibido, y hasta que no tiene confianza, permanece al margen o retirado de la acción.

Situación actual

Según la madre, este comportamiento de J sólo se da en el colegio, pero empezó a hacerlo en casa jugando a imitar modelos famosas. La situación fue especialmente difícil el curso anterior, y por esa razón, dejó de quedarse a comer en el colegio. A partir de ahí, esa conducta disminuyó de forma significativa. Desde septiembre de 1997, ha vuelto a incrementarse, hecho que coincide con comer nuevamente en el colegio. La madre comenta que siempre le ha gustado disfrazarse.

Es hacia el final de la entrevista cuando la madre relata un hecho puntual que hasta ese momento había encubierto. Hace dos semanas J toqueteó repetidas veces a una niña más pequeña del colegio ante sus amigos, lo cual generó un conflicto con los padres de la niña y los profesores del colegio. Al parecer, acabó con la denuncia del hecho por parte de los padres de la niña y el director del colegio advirtió a J de una posible expulsión si volvía a repetirse otra situación parecida.

Exploración psicopatológica

De los datos obtenidos en la entrevista con la madre son relevantes los siguientes:

- Dificultades de comunicación con los adultos, especialmente, si son desconocidos.
- Antecedentes de temores y miedos por la noche, a la hora de ir a dormir. Necesita tener una luz encendida.
- Frecuentes pesadillas en las que se ve solo y abandonado.
- Cierta ansiedad de separación de las figuras parentales.
- Inquietud física y ansiedad (onicofagia, tensión muscular, sudor de extremidades y taquicardias ocasionales).
- Facilidad para somatizar (especialmente faringitis y cefaleas).
- Evitativo, tímido, regresivo y muy reservado.
- Momentos de impulsividad en los que hace payasadas o tonterías totalmente fuera de lugar (gritos, chillidos,...). Está irritable la mayor parte del tiempo.
- Parece ser sociable y con un comportamiento adecuado, exceptuando lo ocurrido con la niña pequeña y lo de imitar a las modelos famosas.

Exploraciones psicológicas

Son relevantes los siguientes datos:

Aptitudinales:

- WISC: verbal 89, manipulativo 111, total 101.
- Raven centil 95.
- Rey: copia centil 50, memoria centil 90.
- Toulouse-Pieron centil 15.

56 *Personalidad*

- Tono emocional bajo y débil.
- Sociable y despreocupado.
- Preferible la actividad. Agresividad. Irritabilidad.
- Inadaptación personal (baja autoestima y desvalorización), social (timidez, temor, inhibición) y escolar.
- Insatisfacción familiar importante. Rivalidad fraterna.
- Negación de sus conflictos más internos. Defensivo. Baja sinceridad general.
- Temor a ser agredido o a recibir castigo por su conducta.
- Tendencia depresiva. Rigidez emocional. Bloqueo.
- Falta de identificación con la figura paterna. Gran demanda afectiva.

Datos complementarios

Nos ponemos en contacto con la escuela y nos dicen que J es un niño problemático, mal visto por sus compañeros y profesores, con conductas extrañas (tendencia al aislamiento, imitaciones de mujeres famosas) y que lo ocurrido con la niña pequeña ha sido en realidad más grave de lo que dice su madre.

Hipótesis diagnóstica. Diagnóstico diferencial

Nos planteamos como posible un *trastorno distímico* de inicio temprano, puesto que los síntomas principales, además de la irritabilidad, son principalmente la baja autoestima, bloqueo y dificultad para comunicarse. Las conductas "extrañas" las entendemos como un mecanismo de llamar la atención y a la vez, como for-

ma de demostrar que es tan varón como sus compañeros. No pensamos que existan problemas de identidad sexual, ya que las manifestaciones conductuales no son lo suficientemente importantes, aunque si parece mostrar comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo.

Orientación y tratamiento

Se recomendó iniciar proceso psicoterapéutico de una sesión semanal y pauta psicofarmacológica antidepressiva, con controles periódicos, tanto a nivel escolar como a nivel familiar. A la vez, se dieron normas comportamentales a los padres. Éstos, reacios a la medicación, insistieron en esperar unas semanas para ver resultados de la psicoterapia.

A los tres meses de tratamiento, J no mostraba avances, si bien parecía que en el colegio estaba algo mejor. La psicoterapia puso de manifiesto la gran necesidad de disociar a las figuras parentales, estableciendo con cada una un rol determinado de conducta afectiva y relacional, puesto que al igual que en la situación presente, no podía integrar una estructura integrada de interrelación satisfactoria.

Después de comentar a los padres estos hechos, aceptaron iniciar la pauta farmacológica indicada (20 mg/día de paroxetina).

Se trataba especialmente los contenidos afectivos a través de dibujos, historias, dramatizaciones y representaciones, con el máximo aporte de fantasía y creatividad que J está dispuesto a expresar en las sesiones.

S. Arxé i Closa
Centre Psicològic Gaudí.
Barcelona

LA SERTRALINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y AGITACIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO AUTÍSTICO

El autismo es un trastorno del psicodesarrollo que afecta a 10 de cada 10.000 niños y altera múltiples áreas: desarrollo del lenguaje, interacción social, juego simbólico, memoria, control de los impulsos y regulación afectiva ⁽¹⁾. Son niños que presentan la conocida necesidad de inmutabilidad en su entorno con una intolerancia al cambio en sus rutinas o en su medio. Intolerancia que se presenta con una disregulación conductual en respuesta a los cambios en su rutina o en su entorno, manifestando reacciones explosivas de ansiedad con: intensa ansiedad, irritabilidad, o pánico o agitación u otras conductas explosivas ^(2, 3).

En este trabajo reseñado ⁽⁴⁾ los autores presentan un estudio abierto de tratamiento con sertralina de nueve niños con trastorno autístico.

La muestra estaba formada por 9 niños (entre 6 y 12 años) que, cumpliendo criterios DSM IV ⁽⁵⁾ de trastorno autístico, presentaban una extrema reacción al cambio, siendo el objetivo del tratamiento reducir estas reacciones explosivas frente al cambio.

Ocho de los 9 pacientes mostraron una significativa mejora en respuesta al tratamiento con sertralina. Sólo un paciente recibía un tratamiento psicotrópico concurrente (metilfenidato).

Las dosis terapéuticas fueron sorprendentemente bajas en todos los casos (25-50 mg/d), apareciendo la respuesta clínica al tratamiento generalmente en 2-8 semanas.

Los efectos secundarios fueron mínimos: un niño presentó gastralgia, con la excepción de un empeoramiento conductual aparentemente causado por la sertralina en dos niños cuando sus dosificaciones se aumentaron a 75 mg/d.

En 3 niños, la inicial satisfactoria respuesta clínica pareció disminuir después de 3-7 meses de tratamiento, a pesar del mantenimiento o incremento de la dosis, sugiriéndose así que una positiva inicial respuesta no es un indicador seguro de su mantenimiento de respuesta a más largo plazo. En 6 pacientes, los positivos efectos persistieron a lo largo de los meses del período de seguimiento.

Sólo 4 de las familias de los niños presentaban trastornos del estado del ánimo de ansiedad.

Este estudio abierto muestra la sertralina como un tratamiento eficaz para tratar los trastornos explosivos

de ansiedad presentados frente a los cambios del entorno en niños con autismo, pudiendo ser así un tratamiento de la necesidad de inmutabilidad del entorno de los autistas.

La experiencia de estos autores sugiere que dosis bajas pueden ser efectivas, así como que algunos niños pueden requerir la administración de la dosificación dividida (repartida) durante el día.

EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LOS ADOLESCENTES

Todo clínico sabe de la importancia del cumplimiento terapéutico; de cómo un riguroso y brillante proceso diagnóstico que permite un preciso diagnóstico y tratamiento pueden verse hipotecados si no fracasar por las modificaciones de las indicaciones terapéuticas: reducción de la cantidad de medicación (dosificación o del número de tomas), interrupciones ...

El cumplimiento terapéutico, comportamiento de acuerdo con las indicaciones terapéuticas, también es denominado adhesión terapéutica. En el caso de los niños, el médico cuenta con los padres, en los adultos con el propio paciente pero en el caso del adolescente la situación se complica, llegándose a plantear situaciones ambiguas por el adolescente —¿cómo podría ser el falso dilema de: con o contra el adolescente?—. Todo ello tanto más importante en el caso de trastornos crónicos o en los trastornos psicopatológicos del adolescente.

Todo psiquiatra, especialmente si trata con adolescentes, trabaja considerando este importante aspecto. Aspecto tratado en los dos trabajos: uno de Chigier ⁽⁶⁾ y otro de Bühlmann ⁽⁷⁾ sobre este tema.

Chigier señala como situaciones de especial conflicto en el adolescente para el cumplimiento terapéutico las presentadas en caso de: epilepsia (y por extensión tratamiento con psicofármacos), diabetes, inicio de actividad sexual con principal interés en los casos de prevención de embarazo (contracepción) y las enfermedades de transmisión sexual (fármacos anticonceptivos o/ y condones), obesidad y trastornos alimentarios, consumo de tóxicos u otras conductas de riesgo.

Situaciones en las que siempre el mejor camino para obtener la adhesión o el cumplimiento, no es a través de las amenazas o avisos (posible sutil forma de amenaza), sino presentando la medicación como una forma de

58 prevención contra las situaciones que pueden ocurrir: "siempre con y nunca contra el adolescente". Así, asustar al adolescente es un, a menudo, infructuoso sistema de obtener el cumplimiento a corto plazo y habitualmente inútil para asegurarse la adhesión a largo plazo.

Situaciones en las que siempre se han de considerar los aspectos culturales, locales o étnicos, cuando trabajamos por conseguir el cumplimiento o adhesión terapéutica del adolescente.

Considerando Chigier que, en general, persuadir al adolescente para comportarse de una forma seria, evitando desenlaces malsanos, constituye todo un reto.

Finalizando, convocando a psicólogos y a expertos en marketing de productos para adolescentes, y a profesionales imbricados en el cuidado de la salud del adolescente, para analizar e investigar los éxitos y fracasos en aras de la identificación de las estrategias adecuadas para conseguir un buen cumplimiento.

Por su parte Bhülmann ⁽⁷⁾ destaca las características específicas evolutivas psicosociales de la adolescencia, como el principal condicionante del cumplimiento o adhesión terapéutica del adolescente. Características como sistemas de reafirmación del adolescente, dependencia familiar, imagen y percepción de sí mismo, imagen frente a los demás, arraigo en el presente versus la proyección en el futuro, desarrollo intelectual y de la capacidad de abstracción: razonamiento (predominio de lo inmediato versus lo mediato), sentimientos de omnipotencia y/o invulnerabilidad que le pueden llevar a la convicción del "a mi no me pasará".

El cumplimiento no está relacionado con la clase social, grado de información, instrucciones insuficientes, ni comprensión de la enfermedad del adolescente.

Tamaroff et al ⁽⁸⁾ han encontrado relación del cumplimiento con: la causa de la enfermedad, pronóstico, conocimiento de los riesgos, efectos secundarios (especialmente los que causan problemas de salud), remisión sintomatológica, e indicadores de rechazo.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ESTIMULANTES EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El tratamiento de elección, desde hace más de 50 años, del trastorno de atención con hiperactividad es la

medicación estimulante, a la que responde la mayoría de niños. Los estimulantes inducen una rápida mejoría en la conducta, rendimiento escolar y funcionamiento social. A pesar de la introducción de otros tratamientos alternativos, los estimulantes siguen siendo la medicación más efectiva para los niños con trastorno de atención con hiperactividad ^(9,10) y de las más seguras ⁽¹¹⁾.

La mayor parte de los efectos secundarios de la medicación estimulante son dosis dependientes, de severidad de leve a moderada y disminuyen con la variación de la dosis o el momento de administración ⁽¹²⁾. Efectos que comúnmente disminuyen espontáneamente durante la primera o segunda semana de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de niños tratados con estimulantes experimentan algún efecto secundario que, a menudo, es la razón de abandono del tratamiento estimulante ⁽⁹⁾. Los efectos secundarios más comunes referidos por los niños tratados con estimulantes son: insomnio, descenso de apetito, gastralgia y cefaleas. Otros pueden ser: vértigo, irritabilidad, inquietud y afán de lloro.

Efron et al, del Real Hospital Infantil de Melbourne (Australia) se propusieron comparar los perfiles de los efectos secundarios del metilfenidato (MF) y la dexamfetamina (DEX) en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), así como también determinar si los síntomas eran genuinos efectos secundarios de la medicación estimulante a diferencia de los derivados de los aspectos del fenotipo conductual de estos niños o sea de la propia clínica del niño, publicando recientemente su trabajo ⁽¹³⁾.

Diseño del estudio: estudio doble ciego con entrecruzamiento.

Sujetos: 125 niños (114 niños y 11 niñas) entre 5 y 15 años con una edad media de 104,8 meses (8,6 años), cumpliendo criterios DSM-IV de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Tratamiento: los niños recibieron DEX (dexamfetamina) 0,15 mg/kg/dosis y MF (metilfenidato) dos veces al día durante dos semanas, cada uno, en orden aleatorio.

Valoración de los resultados: la escala de valoración de efectos secundarios de Barkley (17 síntomas; 0 = ausente, severidad valorada de 1 hasta 9) fue completada por los padres al inicio y al finalizar cada quincena.

Resultados: los padres refirieron un significativo mayor número promedio de efectos secundarios (8,19) y de promedio de severidad (4,08) antes de iniciar el

ensayo que durante el período con MF (número: 7,19; severidad: 3,24) pero no que durante el período con DEX (número: 7,64; severidad: 3,73). El promedio de severidad (pero no el número promedio) fue mayor en el caso de la DEX que el MF. DEX producía un insomnio y una reducción del apetito más severo, comparado con la línea basal. La reducción del apetito fue el único ítem valorado como más severo con el MF que en la línea basal. Seis efectos secundarios fueron más severos con la DEX que con el MF: insomnio, irritabilidad, afán de lloro, inquietud, tristeza/infelicidad, y pesadillas. Ninguno fue más severo en el MF que con la DEX. En total, ambos: MF y DEX, fueron muy bien tolerados por la mayoría de sujetos, con sólo 4 sujetos que

abandonaron el período del ensayo a causa de los severos efectos secundarios (2 —1,6%— en cada uno de los dos estimulantes).

Conclusiones: muchos de los síntomas habitualmente atribuidos a la medicación estimulante son realmente preexistentes características de los niños con TDAH y mejoran con el tratamiento estimulante. A las dosificaciones aplicadas ambos, Metilfenidato y Dexanfetamina, causan reducción del apetito y la DEX produce insomnio. Los síntomas emocionales negativos son más severos con la Dexanfetamina que con el Metilfenidato.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

1. Rapin I. Autistic children. Diagnostic and clinic features (Review). *Pediatrics* 1991;87:751-60.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective context. *Nervous Child* 1943;2:217-50.
3. Volkmar FR, Cohen D. Current concepts. En: Volkmar FR, editor. *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders*. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p: 43-52.
4. Steingard RJ, Zimnitzky B, Demaso DR, Bauman MI, Bucci JP. Sertraline treatment of Transition-associated Anxiety and Agitation in Children with Autistic Disorder. *J Child Adolescent Psychopharmacology* 1997;7(1):9-15.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders*. 4ª edición. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
6. Chigier E. Compliance and conflict in adolescent. *Int J Adolescent Med Health* 1997;9(2):117-21.
7. Bühlmann U. Cumplimiento terapéutico por el adolescente. En: Sasot J, Moraga FA, eds. *Psicopediatría del adolescente*. Aspectos preventivos y psicosociales. Barcelona: Prous; 1998. p. 239-46.
8. Tamaroff, MH, Festa RS, Adesman AR, et al. Therapeutic adherence to oral medication regimens by adolescents with cancer. II. Clinical and psychologic correlates. *J Pediatr* 1992; 120:812-7.
9. Richters JE, Arnold LE, Jensen PS, et al. NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I Background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:987-1000.
10. Elia J, Borchending BG, Rapoport JL, Keysor CS. Methylphenidate and Dextroamphetamine treatments of hyperactivity: are there true nonresponders? *Psychiatry Res* 1991; 36:141-155.
11. Gadow KD. Pediatric psychopharmacotherapy: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:153-95.
12. Weiss G, Hechtman LT. Medication treatment of ADHD. En: Weiss G, Hechtman LT, eds. *Hiperactive Children Grow Up*. 2ª edición. New York, NY: Guilford Press; 1993. p. 348-65.
13. Efron D, Jarman F, Barker M. Side effects of Methylphenidate and Dexamphetamine in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Double-blind, Crossover Trial. *Pediatrics* 1997;100(4):662-6.

Hace un año, con motivo del comentario sobre la obra "Carencia afectiva, hiperkinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia", señalábamos cómo con ésta se anunciaba una nueva colección denominada: Cuadernos de Paidopsiquiatría. Hoy, congratulándonos nuevamente por ello, tenemos la ocasión de comentar dos nuevos textos de esta colección con la seguridad de su continuidad.

PUERICULTURA, VULNERABILIDAD Y PROBLEMAS COMUNES DE LA MADURACIÓN DE LOS NIÑOS. ACTITUDES EDUCATIVAS

J. L. Pedreira y J. Tomàs (coordinadores).
"Pediatria: 8, Cuadernos de Paidopsiquiatría-II".
Barcelona: Editorial Laertes, 1997: 327 páginas (incluye índice de la obra).

Comentar un libro claro, de agradable lectura, práctico, escrito por magníficos profesionales y, además, buenos amigos y compañeros, siempre es una grata tarea y es el caso que nos ocupa.

La obra se inicia con un extenso capítulo de José Luis Pedreira, capítulo que aborda la puericultura con una visión actual, lo que justifica su título de "puericultura moderna" como ya señala en su presentación el Prof. Manuel Moya. Partiendo de la misma constitución de la pareja y su proyecto de vida, hijos incluidos, sigue en los primeros cuidados (alimentación, sueño, deambulación, lenguaje, juego, sexualidad, "ataques", aprendizaje del control esfinterial,...) y atención del niño con orientaciones y consejos prácticos sobre la conducta a seguir frente a éstos y otros aspectos de la problemática del desarrollo infantil.

Siguen cuatro prácticos capítulos que buscan presentar la forma de abordar eficazmente los problemas educativos que plantean los niños: inquietos, "llorones", con pataletas y rabieta o con problemas para conciliar el sueño.

Tras abordar el desarrollo y la maduración de la personalidad desde la infancia, se aborda el tema de la vulnerabilidad. En efecto, Mardomingo primero, y a continuación Pedreira, abordan en sendos capítulos este tema, con especial hincapié en las situaciones de riesgo y la prevención.

La enfermedad y sociedad, la exploración del niño y la entrevista del adolescente constituyen otros aparta-

dos, que tras un análisis, en función de grupos de edades (0-3, 3-5 6-12 y adolescencia), de las características generales del desarrollo y principales trastornos psicopatológicos, completan la obra acabando con un capítulo sobre los trastornos neuróticos.

Disponiendo así de un útil instrumento práctico para la progresión de la formación continuada.

R. Vacas

REEDUCACIÓN PSICOMOTRIZ, PSICOTERAPIA Y ATENCIÓN PRECOZ

Josep Tomàs (coordinador).
"Pediatria: 9, Cuadernos de Paidopsiquiatría-III".
Barcelona: Editorial Laertes, S.A., 1997: 267 páginas (incluye índice de la obra).

En esta obra se nos ofrece un gran "menú", tras el que encontramos 43 autores de este amplio abanico temático.

Un amplio abanico que abarca: desde el recién nacido de riesgo necrológico, o los grupos de padres en atención precoz, pasando por la adolescencia y la identidad sexual, desde la bioética en la investigación paidopsiquiátrica o la prevalencia del autismo y la psicosis de 0-18 años, pasando por la adopción, y los modelos sociales en la violencia juvenil; desde las drogodependencias, pasando por el diagnóstico diferencial del trastorno hiperkinético o el trastorno obsesivo-compulsivo en paidopsiquiatría hasta la reeducación o la psicoterapia (con cuatro capítulos de la obra).

En resumen, una interesante obra que permite al lector una agradable actualización de numerosos y diversos aspectos de la Paidopsiquiatría con un enfoque práctico.

R. Vacas

PSICOPEDIATRÍA DEL ADOLESCENTE. ASPECTOS PREVENTIVOS Y PSICOSOCIALES

J. Sasot y F. A. Moraga (eds).
Barcelona: Prous Science, 1998: 246 páginas (incluye índice de la obra).

Hace un año también, con motivo del comentario del libro "El niño y la escuela", esta sección se hacía eco de la celebración del III Simposium Interdisciplinario de Pe-

- 62 diatría Psicosocial. Hoy nuevamente, con ocasión de esta obra comentada, nos hacemos eco de la celebración del IV Simposium, cristalizado en este libro que recoge los textos de los 24 participantes en este Simposium: peditras, psiquiatras, psicólogos, y también: epidemiólogo, ginecóloga, dermatólogo y Diplomada en Enfermería.

Tras una inicial aproximación general a la adolescencia, pasando por la anorexia, la enuresis y el acné, aborda la problemática sexual del adolescente, para pasar a la problemática escolar, que con la televisión, los tóxicos, trastornos de conducta y las sectas, finaliza con el bloque de la terapéutica y la prevención en el adolescente.

De esta forma, la obra constituye una completa oferta sobre la situación actual del adolescente.

R. Vacas

DEPRESIÓN INFANTIL. CAUSAS, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Victoria del Barrio.

Barcelona: Editorial Ariel, "Ariel Practicum". 1ª edi-

ción, 1997: 186 páginas (incluye índice de la obra y una extensa bibliografía).

En esta monografía, la autora hace una recopilación de las distintas perspectivas de la depresión infantil, especialmente en los últimos 25 años.

La obra se desarrolla en tres bloques: introducción, evaluación y tratamiento. En la introducción, plantea sucesivamente: una visión histórica, concepto, clínica, tipos, criterios diagnósticos, teorías etiológicas y factores de riesgo. En la evaluación, trata de las medidas fisiológicas, la observación de conducta, las entrevistas, cuestionarios y escalas finalizando con la epidemiología. En el tercer bloque, plantea los distintos abordajes terapéuticos.

Así, esta obra presenta una clara recopilación condensada de la depresión infantil que, aunque dirigida a estudiantes de psicología, puede ser útil para todos los profesionales de la salud. Su formato, tipo libro de bolsillo, facilita su utilización, complementando su agradable estilo.

X. Gastaminza

CURSO SUPERIOR DE ESPECIALIZACIÓN EN "TERAPIA DE CONDUCTA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES"

Información: Bilbao: M^a Dolores López. Tel. (94) 485 04 97. E-mail: coha@correo.cop.es. Madrid: Elena Fraile. Tel.: (91) 889 43 49 Fax. (91) 889 49 53. E-mail: albor@correo.cop.es.

V SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRÍA. HIPOCONDRIA

Barcelona, 27 y 28 de marzo de 1998.

Organiza: Unitat de Psiquiatria. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Secretaría: Grupo Geyseco. Marina, 27 bajos, 08005 Barcelona. Tel.: (93) 221 22 42. Fax: (93) 221 70 05.

VIII JORNADAS SOBRE TRASTORNOS A LA INFANCIA "LA FAMILIA: FACTOR DE RISC I FACTOR DE PROTECCIÓ"

Barcelona, 24 de abril de 1998.

Información: Sta. Marila Andreoli. Tel. (93) 205 45 79 (lunes, miercoles y viernes de 9 a 11 horas).

IV JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Madrid, 8 de mayo de 1998.

Organiza: Asociación Castellana de Psiquiatria de la Infancia y Adolescencia, y Servicio de Psiquiatria del Hospital Ramón y Cajal. *Lugar:* Salón de Actos del H. Ramón y Cajal (9,30 h.). *Tema:* "Nuevas formas de trastornos del comportamiento en la adolescencia".

Información: Hospital Ramón y Cajal. Dr. J. San Sebastián. Tel.: (91) 336 90 50.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y COMORBILIDAD

Zaragoza, 17 al 20 de junio de 1998.

Organiza: Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Servicio de Psiquiatria.

Información: Dr. V. Rubio. Tel.: (976) 44 00 22.

17th WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

Warsaw (Polonia), del 23 al 28 de agosto de 1998.

Organiza: International Federation for Psychotherapy and the Polish Psychiatric Association.

Secretaría: 1/9 Sobieskiego Street, 02-957-Warsaw (Poland). Tel. 48-22 42-26-50. Fax. 48-22 642-53-75.

CORRECCIÓN DEL AUTOR

El Dr. J. L. Lampreave Márquez, autor del trabajo "Aplicación de las técnicas de neuroimagen funcional al estudio de una enfermedad psiquiátrica infanto-juvenil: el síndrome de Gilles de la Tourette", publicado en el número 3, 1997 (págs. 164-170), nos ha comunicado que debe sustituirse el pie de la figura 1, que aparece en la página 166, por el siguiente:

Figura 1. EEG y potenciales evocados. Imagen A: la ausencia de onda CNV en los Gdt sin tratamiento (corte izdo., con colores amarillos) es patente si se compara con los Gdt medicados y controles (onda CNV: colores azules). Imagen B: la onda P300 de escasa amplitud antes de dar haloperidol (GTPre) aumenta con el tratamiento (GT Post, línea roja), sin alcanzar la amplitud normal. Imagen C: la presencia de actividad lenta frontal (en rojo) (onda delta en columna izda., theta en columna dcha.) visible en los Gdt no medicados (2 cortes superiores), disminuye con el tratamiento (2 cortes intermedios), acercándose al porcentaje del grupo control (cortes inferiores, casi sin color rojo).

VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Barcelona, del 25 al 27 de junio de 1998.

"AVANCES EN TERAPÉUTICA Y EVALUACIÓN"

CONFERENCIAS

- Psicopatología y tratamiento de los trastornos de Ansiedad.
Por Joseph Biederman.
Harvard Medical School. Massachussets Federal Hospital. EE.UU.
- Neuropsicología del Trastorno por déficit de Atención.
Por Carmen Junqué.
Universidad de Barcelona.
- De los primates primitivos al hombre actual.
Por Jordi Sabater i Pi.
Universidad de Barcelona.

PONENCIAS

- Avances en diagnóstico y evaluación de la psicopatología infantil y juvenil.
Dirección: *Edelmira Domènech.*
- Avances en psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia.
Dirección: *María Jesús Mardomingo.*
- Avances en psicoterapias de la infancia y la adolescencia.
Dirección: *José Luis Pedreira.*

MESAS REDONDAS

- Pronóstico y estudios longitudinales en psicopatología infantil y juvenil.
Coordinador: *Antonio Agüero.*
- Trastornos de la Imagen Corporal.
Coordinación: *Mariano Velilla.*
- Trastornos del Control de los impulsos.
Coordinación: *Javier San Sebastián.*

MESA REDONDA INSTITUCIONAL

- La psiquiatría infantil y juvenil como especialidad médica.

Organiza: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.

Secretaría técnica: Mizar Travel. Josep Irla i Boch, 5, 08034 Barcelona.

Tel.: (93) 280 11 88. Fax: (93) 205 57 99. E-mail: mizar@alui.es

VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Barcelona, del 25 al 27 de junio de 1998

PREMIOS

La ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL (A.E.P.I.J.), con ocasión de su VIII Congreso Nacional, convoca los siguientes premios:

- **100.000 y 75.000** ptas. para comunicaciones
- **75.000 y 50.000** ptas. para posters

NORMAS

- 1^a** Los temas de comunicaciones y posters pueden ser cualesquiera que se relacionen con la psicopatología de niños o adolescentes. Se otorgará preferencia a los trabajos relacionados con evaluación, diagnóstico y procedimientos terapéuticos, por ser los temas centrales del Congreso.
- 2^a** Las comunicaciones y posters, en formato de artículo científico, deberán remitirse por triplicado a la siguiente dirección:
Secretaría Científica del VIII Congreso de la AEPIJ
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil
Hospital Casa de Maternitat (Corporació Sanitaria Clinic)
c/ Sabino de Arana, 1
08028 Barcelona
- 3^a** Los trabajos en cuestión deben remitirse a la Secretaría Científica del Congreso antes del 30 de abril de 1998.
- 4^a** Los premios serán decididos por un jurado compuesto por los miembros de la Comisión Científica de la A.E.P.I.J., haciéndose públicos y otorgándose durante el VIII Congreso Nacional, que tendrá lugar en Barcelona del 25 al 27 de junio de 1998.
- 5^a** Para la aceptación de cualquier comunicación o poster, por lo menos el primer firmante debe formalizar su inscripción en el Congreso.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría
Infanto-Juvenil

4 números al año

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 1998

IMPORTE SUSCRIPCIÓN

ESPAÑA 8.000 PTS
ESTUDIANTES/MIRES 5.600 PTS
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 Murcia, 3
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: (91) 634 37 28
Fax: (91) 634 53 44
E-mail: siglo@pulso.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos
Dirección N.º 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
Banco C/C N.º
Caja de Ahorros C/C N.º
Sucursal Calle N.º
Cod. Postal Población
Provincia Teléfono

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 19....
FIRMA DEL TITULAR



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

Centro Psicológico Gaudi
Avda. 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 3½ 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 un 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 internacional.
- 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.

Fluvoxamina

DUMIROX[®]

Dumirox[®] 50 mg - Dumirox[®] 100 mg. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Principio activo: Fluvoxamina (DCI) maleato. Cada comprimido recubierto 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 enfermedad depresiva y de los síntomas de los trastornos depresivos. Tratamiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. **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 antidepresiva como mínimo durante 6 meses después de superar el episodio depresivo. **Trastorno obsesivo compulsivo:** La dosis eficaz habitual es entre 100 mg y 200 mg, aunque algunos pacientes pueden necesitar hasta 300 mg diarios. 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. 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 responden 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 el día siguiente de finalizar un tratamiento con un inhibidor reversible de la M.A.O. 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 pro-convulsiva, 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. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No administrar con inhibidores de la M.A.O. (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, fenitoína, teofilina 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 antidepresivos tricíclicos 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 a los pacientes que **tomen fluvoxamina** y anticoagulantes orales por lo que respecta al **tiempo de protrombina** 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. 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 maquinaria:** 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. Otras reacciones descritas en los estudios controlados y con una frecuencia superior al 1 % son: Sistema nervioso central: somnolencia, mareos, cefalea, insomnio, nerviosismo, agitación, ansiedad, temblor. Aparato digestivo: constipación, anorexia, dispepsia, diarrea, malestar abdominal, boca seca. Aparato urogenital: alteraciones de la eyaculación (eyaculación retardada). Piel: sudoración. Otros: astenia. Algunas de las reacciones reportadas pueden ser síntomas de la enfermedad depresiva y no ser, por consiguiente, inducidas por la medicación. **Sobredosificación: Síntomas:** Los síntomas más comunes 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 sobredosificación deliberada con fluvoxamina. La dosis máxima que se conoce ingerida por un paciente son 10.000 mg. Dicho paciente se recuperó totalmente instaurando sólo un tratamiento sintomático. Ocasionalmente, se han registrado casos de sobredosificación más graves con fluvoxamina en combinación con otros fármacos. Sólo en dos casos se han producido 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, Estearilumarato sódico, Sílice coloidal anhidra, Metilhidroxipropilcelulosa, Polietilenglicol 6000, Talco y Dióxido de titanio. **Incompatibilidades:** No procede. **Período de validez:** 3 años en su acondicionamiento final. **Precauciones especiales de conservación:** Normales. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Blisters de PVC/PVDC-aluminio. Cada estuche contiene: **Dumirox[®] 50 mg:** 30 comprimidos. **Dumirox[®] 100 mg:** 20 comprimidos. **Instrucciones de uso y manipulación:** No procede. **Nombre o razón social y domicilio permanente del titular de la autorización:** Duphar, 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: 1,178 ptas. **Dumirox[®] 100:** P.V.P. IVA-4: 2,029 ptas.

Depresión

Trastorno
obsesivo
compulsivo



Para una mejor prescripción
Nuevo comprimido
ranurado de 100 mg.

Fluvoxamina

DUMIROX®



**El antidepresivo ISRS
que trata los síntomas de ansiedad**
también



Pharmacia
& Upjohn



SOLVAY

DUPHAR, S.A.

Noches secas
para



Buenos días

Minurin[®] Aerosol

Desmopresina

FERRING

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Ferring, S.A.
Pº de la Habana, 15. 28036 Madrid
Tel.: 91/564 26 33 Fax: 91/563 02 17