

Año 1997
Nº 2

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 (Disfunción 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, IMAO, fenbutazona, drogas presoras, antidepressivos 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 palpitations, 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 metilfenidato

SINDROME
HIPERCINÉTICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

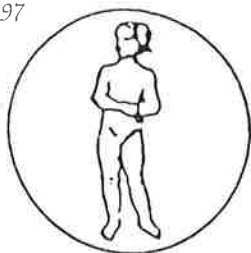
ALTERACIONES DEL
COMPORTAMIENTO

(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 Disfunción 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 pudieran 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 RUBIÓ, S.A.

Berlínés, 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 6^a 2^a
08012 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



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

Imprime: GRAESAL

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Comité de Redacción:

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: *A. Agüero Juan*
M.D. Domínguez Santos
X. Gastaminza Pérez
P. León Ramos
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*

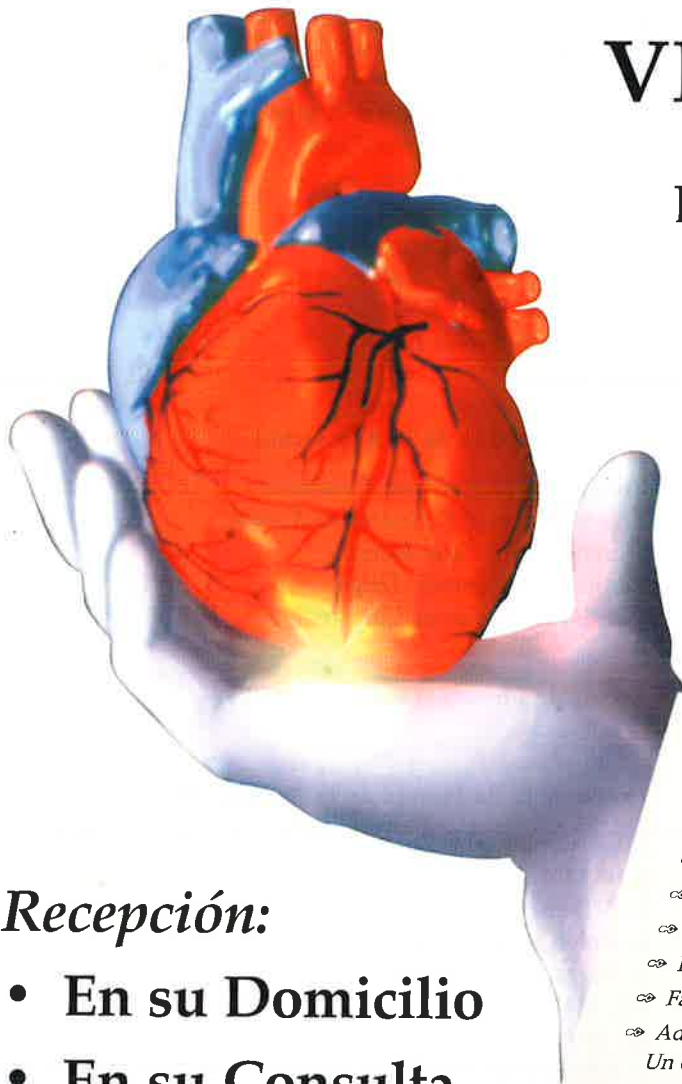
Presidentes de Honor de la Asociación

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

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

**Revista indexada en
Bibliomed**

18 CURSOS DE ACTUALIZACION EN CARDIOLOGIA



VIA SATELITE

En directo y en diferido

Traducción simultánea
al español

Presentados y comentados
por los más prestigiosos
médicos españoles

Recepción:

- En su Domicilio
- En su Consulta
- En su Centro de Trabajo

**Suscripción
GRATUITA**

CURSOS

- ⇒ *Enfermedades arteriales coronarias: Situación actual.*
- ⇒ *Medicina vascular e hiperlipidemia.*
- ⇒ *Fibrilación atrial: Triunfos y desafíos.*
- ⇒ *Avances en el manejo de las arritmias.*
- ⇒ *Imágenes diagnósticas Cardiovasculares.*
- ⇒ *Fallo cardíaco congestivo: Nuevos conceptos y tratamientos.*
- ⇒ *Adultos con enfermedades cardíacas congénitas:
Un desafío creciente.*
- ⇒ *Hipertensión y enfermedades cardíacas en la mujer.*
- ⇒ *Regurgitación mitral: Avances en diagnóstico y manejo.*
- ⇒ *Presente y futuro de la cardiomiopatía hipertrófica.*
- ⇒ *Endocarditis: Estrategias de futuro.*
- ⇒ *Síndromes agudos coronarios.*
- ⇒ *Fibrilación atrial/arritmia, ECG, etc.*
- ⇒ *Lípidos, prevención primaria y secundaria.*
- ⇒ *Ecocardiografía.*
- ⇒ *Enfermedades cardíacas en el embarazo.
Hipertensión pulmonar primaria.*
- ⇒ *Avances en cardiología intervencionista: casos.*
- ⇒ *Fallo cardíaco.*



Telefónica
Sistemas
de Satélites



AREA DE AUDIOVISUALES



Motiván

Paroxetina

EL ISRS MAS BRILLANTE

<p>DEPRESION</p> 	<p>TOC</p> 
<p>ANGUSTIA</p> 	<p>PREVENCIÓN (De recaídas o recidivas de la depresión)</p> 

* Dosis de mantenimiento diario en comprimidos de 20 mg

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: MOTIVAN. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido de Motiván contiene como principio activo: Paroxetina (en forma de clorhidrato), 20 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Motiván 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 periodos de hasta 1 año. Tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos. En un ensayo clínico controlado con placebo, paroxetina fue eficaz durante al menos 1 año, en el tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos. También demostró eficacia en la prevención de recaídas de estos trastornos. Tratamiento del trastorno por angustia ("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. Hay pocos datos de eficacia a largo plazo: únicamente 68 pacientes tratados durante un año han sido comparados con placebo. En ellos la eficacia parece mantenerse. **POSOLÓGIA 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 angustia ("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 de los trastornos por angustia, 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 dosis debe ser revisada y ajustada si es necesario, a las 2-3 semanas de iniciado el tratamiento, si se considera clínicamente apropiado. Se recomienda continuar el tratamiento durante un periodo suficiente hasta asegurarse que el paciente está libre de síntomas. Este periodo puede ser de varios meses en el caso de depresión, o incluso más en el caso de los trastornos obsesivo compulsivos o por angustia. Al igual que con cualquier psicofármaco, es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de síntomas tales como irritabilidad, 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, amedida que responden al tratamiento con paroxetina. Ancianos. 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 dosis 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 si 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 triptános y otro inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT, no se debe administrar conjuntamente paroxetina y triptános. **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** La absorción y la farmacocinética de paroxetina no se modifican con alimentos ni antiácidos. Como con otros antidepressivos, incluyendo ISRS, paroxetina inhibe el isoenzima del citocromo hepático específico P450 responsable del metabolismo de desbrquinina y espargarina. 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: pefenazina y tioridanzina) y los antiarrítmicos Tipo 1C (ej: propafenona y flecainida). 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, puede 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 inductor 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 risperidona 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 producirse una interacción entre paroxetina y triptános 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, amitilbital 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 fenitoina 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 antiépilepticos también puede estar asociada a un mayor número de efectos secundarios. La administración diaria de paroxetina incrementa significativamente los niveles plasmáticos de proclonidina. Si se observan efectos anticolinérgicos, se debería reducir la dosis de proclonidina. **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 VEHÍCULOS Y UTILIZAR MÁQUINAS:** 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. **EFFECTOS INDESEABLES:** Los efectos indeseables de 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, astenia, 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 revierte al interrumpir el tratamiento. En raras ocasiones se han comunicado elevaciones transitorias de los enzimas hepáticos. Ha habido casos de 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 ocultos del movimiento o en aquellos tratados con neurolepticos. De forma excepcional, se han comunicado los siguientes efectos indeseables: equimosis, rash, glaucoma agudo, retención urinaria, edema periférico y facial, síndrome neurológico maligno y síntomas de hiperprolactinemia/galactorrea. **SORREDOSIFICACION:** 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 el antídoto 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 procederá al 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. **PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:** No requiere condiciones especiales. **PRESENTACIONES:** Motiván 14 y 28 comprimidos. PRECIO: Motiván 14 comprimidos PVP-IVA: 3,081 pts. Motiván 28 comprimidos PVP-IVA: 3,826 pts. **CONDICIONES DE DISPENSACION POR LA S.S.:** Con receta médica. **INSTRUCCIONES PARA SU USO/AMPLIACION:** No hay instrucciones especiales. **NOMBRE Y DOMICILIO SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION:** LABORATORIOS FAES. Con licencia: SMITHKLINE BEECHAM PLC. PARA MAS INFORMACION CONSULTE LA FICHA TECNICA COMPLETA DEL PRODUCTO.



Cuando la Depresión Estrecha el Universo...



NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CASBOL. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Cada comprimido de Casbol contiene como principio activo paroxetina (en forma de clorhidrato), 20 mg. **FORMA FARMACÉUTICA.** Casbol se presenta en comprimidos recubiertos, ovalados, biconvexos, que contienen clorhidrato de paroxetina, equivalente a paroxetina como base (low: 20 mg) (comprimidos blancos o fíngidos recubiertos). **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 obsesivos compulsivos. En un ensayo clínico controlado con placebo, paroxetina fue eficaz durante al menos un año, en el tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos. También demostró eficacia en la prevención de recaídas de estos trastornos. Tratamiento del trastorno por angustia ("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. Hay pocos datos de eficacia a largo plazo únicamente en pacientes tratados durante un año han sido comparados con placebo. En ellos la eficacia parece mantenerse. **POSOLÓGIA 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 30 mg. **Trastornos obsesivos compulsivos.** La dosis recomendada es de 10 mg/día. Se debe iniciar el tratamiento con 10 mg/día, 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 angustia ("panic disorder").** La dosis recomendada es de 10 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 clínica. En algunos pacientes puede ser necesario aumentar la dosis hasta un máximo de 60 mg/día. Se recomienda una dosis única diaria, para reducir el riesgo al incremento de los síntomas de los trastornos por angustia, hasta haberse iniciado el tratamiento de este trastorno. Se recomienda administrar la paroxetina una vez al día, por la mañana (la primera toma) con o sin alimentos. El comprimido se debe deglutir y no masticar. Como con todos los fármacos antidepresivos, la deshidratación se debe evitar, y ajustarla si es necesario, a las 2-3 semanas de iniciado el tratamiento, se se considera clínicamente apropiado. Se recomienda continuar el tratamiento durante un periodo suficiente hasta asegurarse que el paciente está libre de síntomas. Este periodo puede ser de varios meses en el caso de depresión, o incluso más en los trastornos obsesivos compulsivos, y por angustia. Al igual que con cualquier psicofármaco, es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de síntomas tales como entumecimiento, alteraciones del sueño, vértigo, agitación, ansiedad, náuseas y sudoración. La administración matutina de paroxetina no alivia ni la calidad ni la duración del sueño. Más aún, los pacientes suelen experimentar una mejoría del sueño, a medida que responden al tratamiento con paroxetina. **Ancianos.** En ancianos aparecen incrementos en 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 (administración 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 o ECG. No obstante es necesario conocer las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. **Epilepsia:** Como ocurre con otros antidepresivos, 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 antidepresivos, no se debe utilizar paroxetina en combinación con los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO), ni antes de transcurrir dos semanas tras suspender el tratamiento con un MAO. 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 (tanto de que hayan transcurrido dos semanas, una vez suspendido el tratamiento con paroxetina. Al igual que todos los antidepresivos, 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 litio, lo que puede aumentar el riesgo de toxicidad si que se refieren cambios en el tiempo de recuperación. Por este motivo, paroxetina debe administrarse con precaución en los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos. Así como si hubiera recibido efectos adversos al administrar, lítio y otro medicamento selectivo de la recaptación de 5-HT, no se debe administrar concomitantemente paroxetina y lítio. **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN.** La absorción y la farmacocinética de paroxetina no se modifican con alimentos ni bebidas. Como con otros antidepresivos, incluyendo IRS, paroxetina inhibe el ascenso del cloruro magnesio específico P450 responsable del metabolismo de terfenadina y Apizaco. Esto puede conducir a un aumento de los niveles plasmáticos de aquellos propósitos activos administrados concomitantemente que se metabolizan por dicho enzima, aunque, el significado clínico de esta observación, no se ha establecido. Los principios activos metabolizados por este sistema incluyen ciertos antidepresivos (tríclicos, de 5-HT, amitriptilina, imipramina, doxepina), neurolepticos (haloperidol, perfenazina y lorfazepán), y los antiácidos tipo 1 (c. p. propafenolona y flecainida). Paroxetina tiene poco o ningún efecto en la farmacocinética de un amplio rango de principios activos que incluyen digoxina, propafenolona y warfarina. Si se usen estos últimos, fármacos deberá administrarse bajo control médico por la posible interacción farmacocinética. La inducción o 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 concomitantemente paroxetina con un inhibidor de las enzimas hepáticas, es conveniente reducir la dosis de paroxetina al límite inferior del rango terapéutico (20mg). En principio, no es necesario ajustar la dosis de paroxetina cuando se administra concomitantemente 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 antidepresivos, tríclicos, 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 producirse una interacción entre paroxetina y triptano 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 (MAO). (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, amitriptilina 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 utilizarse 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 administra conjuntamente dichos principios activos, cualquier ajuste posterior debe basarse en el efecto clínico. La administración concomitante de paroxetina y otros antidepresivos también puede estar asociado a un mayor número de efectos secundarios. La administración diaria de paroxetina incrementa significativamente los niveles plasmáticos de proclopramida, de proclopramida. Si se observaran efectos anticolinérgicos, se debería reducir la dosis de proclopramida. **EMBARAZO Y LACTANCIA.** Aunque los estudios en animales no muestran ningún efecto teratogénico o embriológico 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 VEHÍCULOS Y UTILIZAR MÁQUINAS.** 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. **EFFECTOS INDESEABLES.** 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 el medicamento. 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, dolor de cabeza, temblor, ansiedad, 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 antidepresivos tríclicos. Raramente se ha comunicado hipotensión, predominantemente en pacientes ancianos, que puede estar asociada con el síndrome de secreción no apropiada de hormona antidiurética. La hipotensión generalmente revierte al interrumpir el tratamiento. En raras ocasiones se han comunicado elevaciones transitorias de las enzimas hepáticas. 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 este se desarrollan alteraciones de la función hepática. Se han comunicado trastornos piramidales ocasionales, incluyendo distonia profusa, en pacientes que a veces padecían de trastornos oculares de movimiento o en aquellos tratados con neurolepticos. De forma excepcional, se han comunicado los siguientes efectos indeseables: equimosis, rash, glaucoma agudo, retención urinaria, edema periférico y facial, síndrome neuroleptico maligno y síntomas de hiperproliferación/galactorrea. **SOBREDOPOSICIÓN.** Los síntomas de sobredosisación con paroxetina incluyen: náuseas, vómitos, temblor, incontinencia, sequedad de boca e irritabilidad. No se ha descrito ningún caso de anomalías del ECG, coma o convulsiones tras la sobredosis con paroxetina. Se desconoce el antídoto específico. Se han comunicado casos de sobredosis con paroxetina sola (hasta 2300 mg), y en combinación con otros agentes. Cuando se utilizó paroxetina sola, no se produjo ninguna muerte y la recuperación se hizo a lo largo de unos días. El tratamiento con medidas preventivas habituales utilizadas frente a la sobredosis por cualquier antidepresivo. Se preveía el recuperación del contenido gástrico mediante la inducción del vómito, el lavado gástrico o emético. Tras la evaluación clínica, se administraron de 20 a 30 g de carbón activado cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas tras la ingestión. Asimismo, se administró tratamiento con suero salino con vigilancia de las constantes vitales y observación del estado. **INCOMPATIBILIDADES.** No se han observado. **PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No requiere condiciones especiales. **PRESENTACIONES.** Casbol 14 y 28 comprimidos. **PRECIO.** Casbol 14 comprimidos: N.M. y PVP IVA 4: 3.050 ptas. N.M. Casbol 28 comprimidos: N.M. y PVP IVA 4: 5.768 ptas. **N.M. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA S.S.** Con receta médica. Ambas presentaciones poseen efecto por lo que la aprobación por el asegurado es de Casbol 14 comprimidos: 305 ptas. Casbol 28 comprimidos: 439 ptas. **INSTRUCCIONES PARA SU USO/MANIPULACIÓN.** No hay instrucciones especiales. **NOMBRE Y DOMICILIO SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** LABORATORIOS FOURNIER S.A. Centro Empresarial EuroNova 3, Ronda de Poniente 16, 28760 Tres Cantos (MADRID). **PARA MÁS INFORMACIÓN CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO.** (Bajo licencia de SmithKline Beecham, P.L.C.)

LABORATORIOS
FOURNIER

LABORATORIOS FOURNIER S.A.
CENTRO EMPRESARIAL EURONOVA 3 • RONDA DE PONIENTE 16 • APDO. CORREOS 40 • 28760 TRES CANTOS (MADRID)
TELÉFONO: (91) 804 05 51 • FAX: (91) 803 18 70



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	La nueva ley de Derechos del Menor: una lectura crítica desde la psiquiatría de la infancia y la adolescencia <i>J. L. Pedreira Massa</i>	67
Artículos originales	Estudio epidemiológico de síntomas clínicos en una población psiquiátrica de niños y niñas de 0 a 18 años <i>M. J. Agulló, M. S. Ampudia, J. Tomás, J. Molina</i>	74
	Códigos V en la adolescencia: características generales y consumo de servicios especializados <i>M^a. D. Domínguez, P. López, M. Vázquez</i>	82
	Factores psicopatológicos que interfieren en la lactancia natural como principal método de alimentación del bebé <i>M^a B. Robles, N. Corominas, C. López, A. Torres</i>	92
	Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (II) Aspectos familiares y adaptación escolar <i>A. Agüero, J. J. Plumed, LL. Conesa, A. Giménez</i>	96
	Actitudes hacia el suicidio en adolescentes <i>S. Pérez Barrero, N. Alarcón Tamayo</i>	102
	Tiempo libre y adaptación en adolescentes <i>P. M. Ruiz Lázaro, P. J. Ruiz Lázaro</i>	107
	Paroxetina en el tratamiento del trastorno depresivo en adolescentes <i>J. L. de Dios de Vega, M^a. J. Mardomingo Sanz, L. Sordo Sordo, F. J. San Sebastián Cabasés, P. Rodríguez Ramos</i>	113
Artículo de revisión	Principios introductorios a la metodología de investigación en psiquiatría de la infancia y adolescencia <i>J. L. Pedreira Massa</i>	122
Caso clínico		128
Reseñas terapéuticas		130
Comentario de publicaciones		133
Agenda		134

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

S U M M A R Y

Short breve	The new law on Minor Rights: a critical approach from the child and adolescence psychiatry point of view <i>J. L. Pedreira Massa</i>	67
Original articles	Epidemiological study on clinical symptoms in a psychiatric population of boys and girls aged 0-18 <i>M. J. Agulló, M. S. Ampudia, J. Tomás, J. Molina</i>	74
	Code V in adolescence: general characteristic and average use of specialized services <i>M^a. D. Domínguez, P. López, M. Vázquez</i>	82
	Psychopathological factors impeding breast-feeding as the principal method in child feeding <i>M^a B. Robles, N. Corominas, C. López, A. Torres</i>	92
	A comparative clinical study in adolescence between behavioral and affective-anxious disorders: (II) familiar aspects and school adaptation <i>A. Agüero, J. J. Plumed, LL. Conesa, A. Giménez</i>	96
	Adolescents' attitudes towards suicide <i>S. Pérez Barrero, N. Alarcón Tamayo</i>	102
	Spare time and adaptation in adolescents <i>P. M. Ruiz Lázaro, P. J. Ruiz Lázaro</i>	107
	Paroxetine in adolescent depressive disorder's treatment <i>J. L. de Dios de Vega, M^a. J. Mardomingo Sanz, L. Sordo Sorde, F. J. San Sebastián Cabasés, P. Rodríguez Ramos</i>	113
Review article	Research and methodological aspects in child and adolescent psychiatry and mental health <i>J. L. Pedreira Massa</i>	122
Clinical case		128
Therapeutical summary		130
Publications commentary		133
Calender		134

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, podrían 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.

Intoxicación por
DROGAS

DEPRESION



Posología:

1 Ó 2 AMPOLLAS DIARIAS

EN CICLOS MENSUALES

S.amet®

2000

S - Adenosil - L- Metionina (SAME)



EFICAZ APORTE DE GLUTATION AL HÍGADO

Vendemia y cols. Scandinavian J. Gastroen. 24, 405-415, 1989.

FICHA TÉCNICA

DENOMINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD: S.AMET 200. **COMPOSICIÓN:** Cada ampolla de liofilizado contiene 200 mg de S-adenosilmetionina (en forma de 348 mg de Paratoluensulfonato de Sulfoadenosilmetionina). **FORMA FARMACÉUTICA:** Ampollas de liofilizado y ampollas de disolvente. **DATOS CLÍNICOS:** **A) INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Colostasis intrahepática, inducida por enfermedades hepáticas o drogas. Tratamiento de la intoxicación por drogas que disminuyen el contenido hepático de glutatión (paracetamol). En ensayos clínicos se ha evidenciado una disminución del período de latencia en respuesta a los antidepresivos convencionales en algunos pacientes diagnosticados de depresión mayor. **B) POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía intramuscular o intravenosa. La pauta posológica media es de 200 mg cada 12-14 horas, que se puede aumentar a criterio médico hasta 800 mg/día, y puede variar según las indicaciones. En el tratamiento de la colostasis intrahepática oscilará entre 200-800 mg/día, según la respuesta clínica. Como coadyuvante del tratamiento con antidepresivos la dosis será de 200-400 mg/día. En ningún caso su administración deberá prolongarse más de 3 semanas, ya que después de este período, el tricíclico comienza a manifestar su efecto antidepresivo. La dosis máxima recomendada en infusión intravenosa es de 800 mg/día. **C) CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al fármaco. No se debe administrar a pacientes con feocromocitoma o estados maniacos o hipomaniacos. **D) ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** La inyección intravenosa debe administrarse de forma muy lenta. **E) INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** No se han descrito. **F) EMBARAZO Y LACTANCIA:** Existen ensayos clínicos realizados en un número reducido de mujeres embarazadas tratadas con dosis de hasta 800 mg/día, por vía intravenosa, durante el tercer trimestre de la gestación para el alivio de la colostasis gravídica. En estos ensayos no se observan alteraciones sobre el feto. Su uso en el embarazo se debe restringir al tercer trimestre de la gestación en casos donde la sintomatología colostásica es importante. No existen datos sobre la excreción de SAME en la leche materna, pero su uso en el período de lactancia debe realizarse tras valoración cuidadosa del balance beneficio-riesgo. **G) EFECTO SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHÍCULOS Y UTILIZAR MAQUINARIA:** La S-adenosilmetionina no interfiere con la capacidad de conducción ni utilización de maquinaria. **H) EFECTOS ADVERSOS:** En pacientes predispuestos o con componente ansioso, puede aumentar el mismo e incluso originar insomnio ligero. **I) SOBREDOSIFICACIÓN:** No se han descrito, incluso a dosis mucho más elevadas que las recomendadas. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **A) PROPIEDADES FARMACODINÁMICAS:** La S-adenosilmetionina (SAME) es una molécula fisiológica presente en todos los tejidos y fluidos del organismo. Actúa como donador de metilos y como precursor de tioles (cisteína, taurina y glutatión). En el hígado es capaz de regular la fluidez de las membranas hepáticas a través de la metilación de fosfolípidos. Además es capaz de promover la síntesis de compuestos sulfurados en los procesos de detoxificación. Estas reacciones son de utilidad para prevenir los mecanismos que inducen la colostasis intrahepática. Los síntomas clínicos de la colostasis intrahepática, como la ictericia y el prurito, se reducen con la aplicación de SAME. En la cirrosis hepática se ha descrito una disminución del 50% de la actividad SAME-sintetasa (enzima que sintetiza la SAME). Por lo tanto, la administración de SAME, superando el bloqueo enzimático que existe en su síntesis, aumenta la disponibilidad de tioles sin causar incrementos de los niveles de metionina circulantes. **B) PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS:** El perfil farmacocinético de la aplicación intravenosa de SAME en el hombre sigue un modelo biexponencial con una fase de distribución rápida en los tejidos y una fase de eliminación rápida (T 1/2=1,5 hs). Tras la administración intramuscular la droga se absorbe completamente (96%). Los niveles máximos de SAME se alcanzan a los 45 minutos de su administración. La proporción de SAME unida a proteínas plasmáticas es prácticamente nula. Estudios en animales con isótopos han permitido demostrar que la administración de SAME produce aumento de los productos de su metabolismo (productos metilados y tioles), base de su efecto farmacológico. **C) DATOS PRECLÍNICOS SOBRE SEGURIDAD:** Los estudios de toxicidad aguda en roedores mostraron una DL50 por vía oral de 6000 mg/kg, por vía intraperitoneal 2500 mg/kg, y por vía intravenosa 560-2000 mg/kg. Los estudios de toxicidad crónica, a dosis de 10 mg/kg durante 6 meses sobre roedores machos y hembras no manifestaron ningún signo de toxicidad, tanto por exámenes clínicos como histológicos. Tampoco se observaron signos de teragenicidad ni en ratas ni en conejos a dosis de 5-10 mg/kg vía subcutánea durante todo el período de preñez. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **A) RELACIÓN DE EXCIPIENTES:** La ampolla de liofilizado contiene Manitol. La ampolla de disolvente contiene L-lisina, hidróxido sódico y agua para inyectables. **B) INCOMPATIBILIDADES:** Las ampollas de liofilizado de S.AMET 200 no deben mezclarse con soluciones alcalinas o que contengan calcio. **C) PERÍODO DE VALIDEZ:** 3 años. **D) PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:** Debe evitarse su exposición al calor. Si apareciera un color marrón-amarillento en el liofilizado, el producto no debe aplicarse, ya que indicaría alteración del mismo. **E) NATURALEZA Y CONTENIDO DEL RECIPIENTE:** Cada caja contiene 5 ampollas de liofilizado y 5 ampollas con disolvente (5ml). **F) INSTRUCCIONES DE USO Y MANIPULACIÓN:** La ampolla debe reconstituirse con el disolvente y aplicar inmediatamente (antes de 1/2 hora). **G) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO PERMANENTE O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** Europharma, S.A., Avda. de Brasil, 6, 28020 - Madrid. P.V.P.: 2.432 pts. PVP IVA 4: 2.529 pts. CON RECETA MÉDICA. **Financiado por la Seguridad Social.** Coste dosis: 505,80 pts.

Europharma, S.A.

Grupo Boehringer Ingelheim

Boehringer
Ingelheim



EuroPharma

Avda. Brasil, 6 - 28020 Madrid

J. L. Pedreira Massa

Profesor Asociado Area de Psiquiatría.
Departamento de Medicina.
Universidad de Oviedo
Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés (SESPA).

Correspondencia:

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

La nueva Ley de Derechos del Menor: una lectura crítica desde la psiquiatría de la infancia y la adolescencia

The new law on Minor Rights: a critical approach from the child and adolescence psychiatry point of view

España fue pionera, como en tantas otras ocasiones, en elaborar este tipo de legislaciones. En efecto la Ley Tolosa-Latour data de 1904⁽¹⁾, representando un referente internacional de primera magnitud, a pesar de responder con un cierto paternalismo, muy extendido en aquellas épocas, a muchas cuestiones candentes de la infancia. Tras esa labor pionera, nuestro país vuelve a rezagarse, también otra constante histórica, en parte por agotamiento, en parte porque las condiciones socio-políticas no favorecían estas lides, en parte porque es mejor mirar-a-otro-lado.

El 20 de noviembre de 1989 la Asamblea General de la ONU aprobaba la Declaración Internacional de los Derechos de la Infancia⁽²⁾. Cuarenta años después de la declaración internacional de los derechos humanos aparecía, por fin, su equivalente para la infancia. No deja de tener su interés esta dilación, esta dificultad en poder concretar los derechos de la infancia, por parte de las representaciones político-administrativas internacionales. Hay que esperar casi un año para que el pleno de las Cortes Españolas lo convalide.

Con este marco de referencia se elabora la Ley de Derechos del Menor que el Parlamento espa-

ñol aprueba por unanimidad en el último pleno disponible antes de su disolución: el 28 de diciembre de 1995⁽³⁾, no deja de ser una fecha con bastante contenido simbólico para la infancia.

CONTENIDOS FUNDAMENTALES DE LA LEY DE DERECHOS DEL MENOR (LDM)

Lo interesante de la LDM consiste en aportar una serie de derechos y deberes de los niños/as, algunos son derechos básicos y que se explicitan en tener una familia, un nombre, una cobertura legal, social, educativa y sanitaria. De tal suerte que se cita que tanto la Constitución española como los Acuerdos Internacionales ratificados por España serán de aplicación a los niños/as españoles.

La Declaración Internacional de los derechos de la infancia no se aplica en su totalidad. La nomenclatura/ traducción española es una versión libre. La LDM usa el término de *Menor* para referirse a la infancia, lo que representa una versión libre del término (children, en inglés; enfance, en francés; kinder, en alemán; bambini, en italiano; nenenza,

68 en gallego). Este cambio/libre versionado de nuestra legislación es algo más que semántico.

La denominación de la LDM en España es crucial para poder comprender las dudas del legislador. Los acercamientos sucesivos a la infancia se realizan desde posiciones adultomorristas y se buscan similitudes o se catalogan equivalencias. Un caso paradigmático es la denominación de "menores" a los niños/as que pone en evidencia dos tipos de consideraciones⁽⁴⁾: la *referencia comparativa* «menor en/que algo...» (tamaño, edad, importancia, relevancia, etc) y esa comparación va hacia lo menor, que implícitamente remite a que hay algo que es la unidad de medida con lo que se le compara (la vida adulta o el mayor en este caso), es decir que *epistemológicamente los niños/as quedan situados/as en el plano del objeto*. La segunda consideración es que esta denominación proviene del campo de la Justicia, por lo tanto *se impregna de una cierta judicialización* y plantea implícitamente un fin (menor de edad para...: la cárcel, ser juzgado, etc), también en la aplicación práctica esta acepción se sitúa en el plano del objeto, epistemológicamente hablando. Se podrían seleccionar otras situaciones para confirmar el adultomorfismo: arquitectura y urbanismo, la distribución de los hogares, incluso la organización de las instituciones denominadas para la infancia, la formación de los profesionales (salvo honrosas y aisladas excepciones), el tratamiento de los medios de comunicación, los sistemas asistenciales, etc. Por contra, "infancia" le da una identidad propia y le sitúa como sujeto en el plano epistémico, por lo tanto la utilización terminológica es algo más que lo meramente semántico.

Como prueba de lo dicho con anterioridad baste leer con suma atención el magnífico texto titulado «Lo que nos dicen de sus derechos los niños y las niñas»^(1, 2, 5). Ni en uno solo de sus apartados se dice menor y, como contrapartida, los niños no paran de llamar mayores a los autodenominados adultos y que son solo mayores, tal y como les denominaba El Principito y, al parecer, la mayoría de los niños/as de este país.

Un ejemplo de lo dicho se expone en el Capítulo II, art. 2, apartado 3, donde tiene que definir el alcance de "menor": «menores de 18 años, de acuer-

do a su desarrollo evolutivo». Desde luego que para este viaje no hacían falta las alforjas leguleyas, pues con el mismo texto se podría haber puesto, de forma mucho más precisa y lógica, infancia.

Merece la pena resaltar que España fue uno de los siete países que, en la Asamblea General de la ONU, rechazó que constara la posibilidad de la movilización militar desde los 14 años de edad. Esta aberración de los derechos de la infancia, presión de países del llamado tercer mundo en conflicto bélico con el apoyo de algunas grandes potencias exportadoras de armamento, ha puesto de manifiesto la falta de sensibilidad y algunas trágicas consecuencias en África (p.ej.: matanzas de Mogaidiscio, etc). Vale la pena rescatar el magnífico libro documental del periodista Manu Leguineche⁽⁶⁾ sobre los niños de la guerra o el análisis más sistematizado, metodológicamente hablando, de Garbarino⁽⁷⁾ sobre el particular o los escalofriantes datos de los informes UNICEF⁽⁸⁾ sobre la infancia mundial de los últimos tres años.

El derecho a la intimidad y la propia imagen cobra una relevancia especial en la actualidad. Los escándalos de abusos sexuales, de comercialización y explotación de la infancia, las redes internacionales que pugnan por abrirse camino incluso en INTERNET, son sólo alguna de las situaciones que pueden ser incluidas en este apartado. Los profesionales de la infancia debemos aprender a utilizar estos fundamentos jurídicos y técnicos para bascular hacia posiciones más decididamente de defensa de los derechos de la infancia, sobre todo de la infancia que se encuentra en dificultad social.

La figura del Fiscal (Estatuto del Ministerio Fiscal y Código Civil) cobra una relevancia capital como adalid y garante de velar por el cumplimiento de los derechos contemplados en este marco legal (Título II, Capítulo II, art. 21). Esta actitud de garante de los derechos debe ser un punto de mira de los profesionales de los servicios asistenciales, trabajando precisamente el marco legal y su aplicación en beneficio de los niños y niñas, en ocasiones será simplemente abrir un proceso informativo, pero, en otras, puede representar un abordaje procesal.

En todo caso, el objetivo fundamental del trabajo con la fiscalía consiste en crear un clima de

opinión que vaya haciendo cultura en torno a los derechos de la infancia y, sobre todo, a defenderlos con decisión y firmeza. Como decía Nikapota⁽⁹⁾: uno de los campos de futuro de los profesionales de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia es el de sensibilizar a la sociedad para que los desarrollos legales contemplen aspectos de la realidad de la infancia, incluir estos aspectos son un marco diferencial con el ejercicio profesional en otras etapas de la vida, tal y como señala este autor, que sitúa esta intervención a la altura específica de los datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y genéticos como factores diferenciadores de la psiquiatría de la edad adulta.

DATOS CON REPERCUSIONES ASISTENCIALES DE LA LDM

Además de los planteamientos básicos, de indudable interés teórico-práctico, existen cuatro aspectos contemplados en la LDM que tienen un gran impacto en las tareas asistenciales a los trastornos mentales que se presentan en la infancia y la adolescencia, por lo que tiene un gran interés que sean conocidos por el conjunto de los profesionales:

Alternativas a la infancia en riesgo social y familiar

Los malos tratos a la infancia son contemplados de forma específica en la LDM, por una parte define tanto las funciones parentales como de las instituciones de protección de menores (Título II). En el Capítulo I (Artículos 14-17) se abordan los deberes de las figuras parentales en cuanto a cuidados, tutela y educación en un sentido amplio (Arts. 142-144 y 154 del Código Civil y Arts. 5 y 18 de la Convención Internacional de Derechos de la Infancia y la relación de los niños/as con sus familiares (especial referencia al Art. 160 del Código Civil y de los Arts. 9 y 18 de la Convención Internacional de Derechos de la Infancia), para terminar con el Artículo 18 de donde se habla de los deberes de los hijos, haciendo referencia al Art. 155 del Código Civil. El Capítulo II se dedica a

la función de las instituciones de protección de menores, basándonos en los Arts. 215, 239, 247 y 269 del Código Civil y Art. 18 de la Convención. Para pasar a las funciones más específicas de protección como son el acogimiento familiar y la adopción, incluida la adopción internacional, para lo que se contemplan los Arts. 3.3, 9, 18, 19, 20, 21, 25, 27 y 28 de la Convención Internacional de Derechos de la Infancia y en los Arts. 158, 173.3, 260, 172 y 173 del Código Civil; y Ley 30/92 de 26 de noviembre de Régimen de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común. Así se aborda la función y procedimiento administrativo para dar los pasos. Si bien es cierto que existe cuerpo y marco legal, el problema se sitúa en la diferente interpretación que aportan algunas administraciones que originan dilaciones que pudieran poner en peligro el devenir de los niños/as y, sobre todo, evidencia la desigual sensibilidad y formación de los profesionales de las agencias sociales dedicadas a la infancia y la adolescencia (perdón, ya saben que son menores).

La necesidad de escuchar al niño/a

Es una gran consecución en la legislación española, no hay que olvidar que una sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de febrero de 1991 declaraba inconstitucional la situación en que los niños/as se encontraban en los procedimientos judiciales, ya que no se les escuchaba ni tenían opción a un defensor desde el inicio de la instrucción, en concreto se declaró inconstitucional el Art. 15 de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores. El Art. 10 de la LDM contempla la obligación de oír al niño, bien directamente o de algún representante que lo conozca de forma suficiente y si no es así el Juez debe comunicar la fundamentación al Fiscal. Se necesita saber el procedimiento para evaluar la competencia sobre las declaraciones de los niños/as, tal y como planteaban Farr y Yuille⁽¹⁰⁾ y que adaptamos a la realidad española⁽¹¹⁾, que consta de estas cuatro fases: establecer relación con el niño/a (preguntas y conversación rutinarias); evocación libre (narración libre de hechos); aclaración (preguntas específicas de tipo

70 aclaratorio) y, por fin, evaluar la sugestionabilidad (preguntas inducidas). Pero hay que tener mucho cuidado, pues Garbarino⁽¹²⁾ señala que un niño/a parece competente cuando es interrogado por un terapeuta hábil y motivado o por un Fiscal especialmente preparado o intuitivamente sensible, pero ese mismo niño/a podría dar la sensación de incompetente cuando es interrogado en el turno de defensa por un abogado hostil e intimidador, empeñado en minar la resistencia de ese niño/a y ese mismo sujeto infantil no podría decir nada en absoluto ante la imagen de un juez aburrido, autoritario, brusco o demasiado ceremonioso.

La confidencialidad

Un gran tema incluido en la LDM y que es tratado de forma razonable y actualizada, no se esconde en ampulosas declaraciones y rompe con viejos moldes. La infancia y la adolescencia alcanzan su mayoría de edad social y legal, valga la aparente contradicción, en la respetuosa formulación que se contempla en el Art. 4 donde se desarrolla el derecho a la intimidad y a la propia imagen y se prohíbe la información o la utilización de imágenes o nombres completos de los niños/as en los medios de comunicación y declara intromisión ilegítima si esta aparición es contraria a su interés, incluso con el consentimiento del niño/a, para lo que el Ministerio Fiscal podrá actuar de oficio, se hace responsables a las figuras parentales y a los poderes públicos de respetar y proteger frente a terceros estos derechos (Art. 16 de la Convención Internacional de Derechos de la Infancia; L. O. 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen). En el párrafo segundo del Art. 13 se formula otro paso más: el derecho de libre acceso a la Administración por parte de los propios niños/as para defender sus derechos. La confidencialidad ha sido un gran tema de debate, tanto en USA⁽¹³⁾, como en Inglaterra⁽¹⁴⁾ y fue formulada por nosotros hace años^(11, 15); el respeto a la confidencialidad de los temas infantiles favorece que el niño/a y, sobre todo, el adolescente crezca con confianza y seguridad. En algunos países esta confidencialidad tiene especial relevancia cuan-

do solicitan consulta, p. ej.: en casos de malos tratos, abusos sexuales, separación/divorcio de las figuras parentales, planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, etc. Al lado de estas situaciones pueden existir otros casos en los que se poseen datos poco aclarados, como el caso de ciertas sentencias acontecidas en USA y cuyos fundamentos y resultados son contradictorios^(11, 12): Caso Kentucky vs. Stiner 482 VS 730; Caso Coy vs. Iowa 108 SCT 2798 y el Caso Long vs. Texas 694 SW 2d 185, todos ellos relativos a la identificación de perpetradores de abusos sexuales y en los que se respetaba la confidencialidad de los niños/as. Se puede comprobar que el tema es lo suficientemente delicado e importante como para ponerlo de relevancia y reconocer el avance que supone la formulación de este tema en la LDM.

El Ingreso psiquiátrico

Por su importancia se va a desarrollar como un apartado específico.

LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA A LA LUZ DE LA LDM

El Art. 40 de la LDM hace referencia al "internamiento del menor en centro o establecimiento de salud mental", su texto exacto es el siguiente: «El internamiento de un menor en un centro o establecimiento de salud mental requerirá autorización judicial, siendo preceptivo el informe previo del Ministerio Fiscal. Cuando revista carácter de urgencia, se seguirán los trámites del Art. 211 del Código Civil». Dicho artículo se basa en el Art. de la Convención Internacional de los Derechos de la Infancia⁽²⁾ y en los Arts. 211 y 271 del Código Civil. La situación es delicada, la mayoría de los trabajos existentes hacen referencia al ingreso de la edad adulta^(16, 17), pocas publicaciones existen acerca de los ingresos en la etapa de la infancia y la adolescencia: el documento sobre la asistencia en la salud mental infantil de Castilla y León⁽¹⁸⁾, la XXXII Reunión de AEPIJ, celebrada en Valencia en 1993 y las interesantes participa-

ciones de los Dres. Gastaminza, Teixidó y Tomás⁽¹⁹⁾ en las Jornadas de Trabajo de la Sección de Salud Mental Infanto-juvenil de la AEN en 1993. La importancia de este apartado bien merece unas notas específicas de reflexión, dada la situación actual de la asistencia:

Qué hay que ingresar?

No existen grandes diferencias entre los diversos autores, los criterios clínicos exclusivamente de índole psicopatológica se imponen sobre los de tipo social. Parece que las mayores coincidencias entre los diferentes grupos se centran en criterios del tipo siguiente: son más comunes en la adolescencia; los intentos de suicidio y las crisis psicóticas son los casos más relevantes y las claras indicaciones; casos para diagnóstico diferencial y otros procesos cuya expresión conductual podría poner en peligro la propia vida o la integridad física de terceros^(18, 19).

¿Cómo se debe Ingresar?

Contar con la evaluación clínica adecuada por parte de un Psiquiatra infantil es estrictamente necesario. A partir de ahí se debe explicar a las figuras parentales y al niño/a adolescente, para lo que se recomienda la obtención del correspondiente consentimiento informado⁽²⁰⁾. En casos excepcionales, forzosos y/o urgentes, el ingreso debe realizarse con la pertinente notificación al juez y al Ministerio Fiscal en el curso de las 24 horas siguientes.

¿Dónde ingresar?

Cuestión de gran relevancia, sobre todo en España donde no existen servicios clínico-hospitalarios de Psiquiatría Infantil, salvo algunas honrosas excepciones. Una revisión detenida y pormenorizada da como resultado^(21, 22): unidades específicas de hospitalización de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, con pocas camas y actividades terapéuticas integradas. La ubicación depende de la estructura organizativa de la asistencia, habitualmente los servicios de Child and Adolescent Psychiatry se encuentran en Paediatric Hospital (p.ej.:

Horace Joules-St. Mary Children Hospital en Londres; Sophia Aghia Children Hospital en Atenas; Sophia Children Hospital en Rotterdam; University Children Hospital en Utrecht; Mont Sinai Hospital en New York; University Children Hospital de Copenhagen; Kinder und Adolescentklinik Wurgburg; l'Hôpital des Enfants Malades en París, etc). En definitiva, lo que prima es la consideración infancia y adolescencia sobre el trastorno mental, como tal. Otra cosa es ¿dónde hacerlo en España con las condiciones actuales? La respuesta no es fácil y la realidad de cada autor y de cada grupo de profesionales es diferente y viene determinada por su propia práctica, es evidente que en el Hospital Infantil de la Vall d'Hebron o en el Hospital Niño Jesús de Madrid va a ser más fácil en donde están ubicados los servicios asistenciales y que en el Hospital Universitario de Valladolid o de Valencia será el Servicio de Psiquiatría. Como norma básica: en edades inferiores a los 15 años parece que los servicios pediátricos podrán ser un lugar preferente de ingreso, pero supone un trabajo importante de sensibilización y supervisión con el personal de enfermería; a partir de los 16 años podría ser en los servicios de psiquiatría, pero se precisaría una mínima diferenciación y "creación de ambiente" adecuado a la edad adolescente y un trabajo importante con el personal de enfermería. Pero la pregunta continúa abierta, simplemente porque, salvo muy contadas y honrosas excepciones, no existe, ni se contempla la posibilidad del ingreso psiquiátrico. Desde esta perspectiva la LDN es imprecisa y podría dar lugar a serias controversias y a importantes problemas de tipo práctico.

¿Para qué ingresar?

Los criterios clínicos dominan ampliamente: diagnóstico diferencial, tratamiento intensivo, estabilización clínica e inicio de un tratamiento con la correspondiente vigilancia. Pero fundamentalmente el ingreso implica recibir una asistencia especializada, altamente cualificada por profesionales adecuados y acreditados para prestar este tipo de asistencia altamente cualificada. En otras palabras, volvemos al inicio: se precisan los psiquiatras infantiles que desarrollen este tipo de asistencia de

72 calidad, en España haberlos haylos, pero no sabemos dónde desarrollan su actividad, con lo que tampoco sabemos con exactitud las necesidades reales para este tipo de actividad. La LDM queda en evidencia en este punto, no consigue proteger los derechos de la infancia y la adolescencia con la rotundidad que lo hace la convención Internacional de los Derechos de la Infancia y que comentaremos con posterioridad.

¿Quién es el responsable de los ingresos?

Aquí es donde realmente se dirime la cuestión y la importante carencia e imprecisión de la LDM. Esta carencia técnica es de tal magnitud que podría contravenirse la totalidad de los contenidos del citado marco jurídico. La razón se fundamenta con los propios contenidos del articulado comentado hasta el momento actual, ya que en la Declaración Internacional de los Derechos de la Infancia se dice de forma explícita: «El niño física, mental o socialmente disminuido debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados que necesite su estado o su situación por profesionales con formación específica y en locales adecuados para ello». La LDN reconoce la obligación de cumplir los acuerdos internacionales sobre los derechos de la infancia ¿Cómo arreglar este contrasentido e inconcreción? La responsabilidad del legislador consiste en dar salida legal a los contenidos de sus propios marcos legislativos de forma razonable, coherente, consistente y adecuada. En este caso, no se puede reconocer ni ejercer un derecho si no existen los elementos básicos para darle cumplimiento, sobre todo cuando la responsabilidad es de la misma administración. No olvidemos que el acuerdo unánime del Congreso de los Diputados para el reconocimiento

de la acreditación específica de la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia es seis meses anterior a la LDM; sin embargo, el desarrollo y aplicación de ese acuerdo no ha acontecido dos años después. Arreglar esta contradicción no es más que dar cumplimiento a la LDM, tal y como hemos expresado con anterioridad⁽²³⁾ y a lo largo de este artículo editorial. Además, es la única forma de asegurar la coordinación entre las agencias que trabajan con la infancia en estos casos⁽²⁴⁾. Colaboración que puede ser tortuosa, tediosa, con contenciosos y frustrante, porque las diferencias en la organización puede dispararse por las regulaciones legales, sobre todo las que regulan la confidencialidad de la información que se transfiere entre los distintos sistemas y, sobre todo, en la muy diferente estructura de las distintas agencias. En este artículo Petti et al insisten que la coordinación de un programa debe ser unitario con un responsable administrativo de la atención de la infancia y la adolescencia, siendo el único camino posible para poder abordar esta complejidad y asimetría. Para ello, la opinión de diferentes profesionales de diversos sistemas, subrayan la necesidad de una formación teórica y una experiencia práctica amplia y contrastada en los temas de la infancia y la adolescencia. Este planteamiento se realiza en un país donde la formación y acreditación específica de los servicios de la infancia se encuentra muy implantada desde hace más de 40 años, si ello es así de claro en USA, en España la necesidad es ya una obligación ética y un derecho irrenunciable para mejorar y asegurar una adecuada asistencia a los niños/as y adolescentes de nuestro país, ya que la Ley General de Sanidad reconoce que la responsabilidad de los ingresos sanitarios y de las prescripciones terapéuticas corresponde al médico de la especialidad competente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedreira JL. Historia de la legislación para la infancia en España: Una revisión crítica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1992;12(42):215-20.
2. Ayuntamiento de Gijón-Defensa Internacional de la Infancia. Declaración Internacional de los Derechos de la Infancia. Gijón: Fundación Municipal de Servicios Sociales; 1996.
3. Congreso de los Diputados. Acta de la Sesión Plenaria. Madrid, 28.12.95.
4. Pedreira JL. El mundo de la infancia y la adolescencia. El país, 1996, jueves 19 de septiembre.
5. Montenegro Cabello JJ, Ocaña Torregrosa M. Lo que nos dicen de sus derechos los niños y las niñas. Madrid: Defensa de Niños y Niñas Internacional; 1995.

6. Leguineche M. Los niños hablan. Madrid: Planeta; 1996.
7. Garbarino J. No place to be a Child. Toronto: Lexington Books; 1984.
8. UNICEF. Informe sobre la infancia en el mundo. Madrid: UNICEF; 1996.
9. Nikapota A. Child Psychiatry in developing countries. Br J Psychiatry 1991;158:743-51.
10. Farr V, Yuille J. Assessing credibility. Preventing Sexual Abuse 1988;1(1):8-13.
11. Pedreira JL. Aportaciones actualizadas a la relación entre salud mental y ley: confidencialidad y peritaje en la infancia. En: Veiga E, coordinador. Derecho de Familia. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1993. p. 151-91.
12. Garbarino J, Stott FM. Lo que nos pueden decir los niños. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales; 1993.
13. Schetky DH. Ethical issues in Forensic Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31(3): 403-7.
14. White R. Confidentiality and privilege: Child abuse and Child Abduction. Child Abuse Rev 1992;1:60-4.
15. Pedreira JL. Algunas consideraciones en torno a determinados componentes del mundo psíquico infantil en los procesos judiciales. En VV.AA: Los procesos matrimoniales. Gijón: Ed. UNED-Seminario de Práctica Jurídica; 1987:33-44.
16. Díez M^aE, coord. Legislación, derechos y salud mental. Oviedo: Adeciones del Principado de Asturias; 1994.
17. Delgado Bueno S, Rodríguez Pulido F, González de Rivera JL, Esbeck E, coords. Psiquiatría legal y forense. Tomos I y II. Madrid: COLEX; 1994.
18. Pedreira JL. Salud Mental infanto-juvenil. Valladolid: Junta de Castilla y León; 1986.
19. Gastaminza X, Teixidó L, Tomás J. Los ingresos psiquiátricos en la edad pediátrica. Jornada de trabajo de la Sección de Salud Mental Infanto-juvenil de la AEN. Alcalá de Henares; 1993.
20. Pedreira JL. La ética en las investigaciones y los tratamientos de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr (aceptado para su publicación).
21. Anuario Médico Español. Palabras clave: ingreso hospitalario, trastornos mentales, infancia/adolescencia. Revistas: Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr, Psiquis, Rev Psiquiatría Univ. Barcelona, Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría, Rev Psiquiatr Infanto-Juv.
22. MEDLINE. Key words: children/adolescent; inpatients; mental disorders; hospitalization. Revistas: Psychiatric d l'Enfant; Am J Acad Child Adolescent Psychiatry; Am J Psychiatry; Eur J Psychiatry; Eur J Child Adolescent Psychiatry.
23. Pedreira JL, coord. Documento de acreditación específica de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia: Una propuesta para España. Madrid: Smithkline-Beecham; 1996.
24. Petti ThA, Philips JR, Williams JD, Killen JR, Jackson C. The impact of legislation to improve coordination of services to children with serious emotional disturbance. Psychiatric Services 1996;47(11):1239-43.

M. J. Agulló
M. S. Ampudia
J. Tomás
J. Molina

Unidad de Paidopsiquiatría
Hospital Materno-Infantil Valle de Hebrón
Barcelona

Correspondencia:
M. Ampudia
Unitat de Psiquiatria
Hospital Materno-Infantil Valle de Hebrón
Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona

Estudio epidemiológico de
síntomas clínicos en una
población psiquiátrica de
niños y niñas de 0 a 18 años

*Epidemiological study on
clinical symptoms in a
psychiatric population of boys
and girls aged 0-18*

RESUMEN

Mediante la revisión de 1.301 historias, se ha realizado un estudio comparativo entre sexos de la sintomatología clínica que presentan un grupo de sujetos de 0 a 18 años atendidos en la Unidad de Psiquiatría del hospital Materno-Infantil de la Vall de Hebrón. Los resultados indican más sintomatología clínica en el grupo de varones, exceptuando la alteración de la alimentación y la alteración de la sociabilidad con inhibición.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Diferencias intersexuales;
Epidemiología; Infancia.

ABSTRACT

Although the revision of 1.301 clinic stories have been made an comparative study between sex of clinical sintomatology with people in 0 to 18 years old of the males Psiquiatry United of Materno-Infantil of Vall de Hebrón. The results suggest that there are more clinical sintomatology in males except the food trastorns and sociability with inhibition.

KEY WORDS

Adolescence; Epidemiology; Infancy; Intersexual differences.

INTRODUCCIÓN

Diferentes autores coinciden en que existe una prevalencia significativa de demandas de consulta del sexo masculino, considerando que las demandas tienden a aumentar con la edad (Domínguez et al, 1994).

En general, los niños son percibidos como más problemáticos que las niñas, y la edad agudiza esta tendencia, siendo en los niveles de edad inferior en los que la diferencia por sexos es menor (Gofñi y Cortaire, 1991; Rutter et al, 1970).

Por otro lado, Gutiérrez et al (1993) comentan que la distribución por sexos en las diferentes edades, presenta variaciones importantes, observándose un claro predominio de pacientes masculinos en edades inferiores que tienden a igualarse e incluso a invertirse en la adolescencia e inicio de la edad adulta.

En estudios realizados en poblaciones no clínicas, se constata un predominio de varones, no obstante algunos autores, señalan una prevalencia de niñas en los diagnósticos siguientes: trastorno de conducta alimentaria no especificado, trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos, trastorno por ansiedad excesiva y trastorno de ansiedad no especificado (Anegón et al, 1993; Fernández et al, 1991; Velilla et al, 1993). En muestras no clínicas, Rutter et al (1975), coinciden en afirmar un claro predominio de varones en diagnósticos como: enuresis y déficit de atención, aunque señalan una mayor sensibilidad por parte de los padres, maestros o médicos, por los trastornos psicopatológicos, cuando aparecen en el niño. También Espin (1991), a partir de un estudio epidemiológico, confirma la asistencia más frecuente de varones, un 60,61% en una muestra con patología psiquiátrica. Esta diferencia la atribuye el autor a la existencia de una serie de factores socioculturales que exigen unos rendimientos y expectativas en los varones, diferentes a los de las hembras, donde la patología sería más aceptada.

En el presente trabajo, se pretende estudiar las diferencias intersexuales en los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. Partiendo de la hipótesis que los niños y adolescentes varones, presentan una mayor frecuencia de trastornos

psicopatológicos que las niñas y adolescentes, en el mismo campo de estudio. También se estudia la prevalencia de la variable sexo en las diferentes alteraciones psicopatológicas, en una muestra de niños atendidos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Materno-Infantil de la Vall de Hebrón.

75

MÉTODO

Procedimiento

La muestra se recoge mediante un protocolo de historia clínica informatizada y elaborada por el Dr. José Tomás Vilaltella y el Dr. Enric Miguel Magro. Este protocolo recibe el nombre de FALCÓ y fue presentado y reconocido en el XXV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, celebrado en Barcelona, en mayo de 1989. Era la 3ª versión de historia clínica que se había empezado a utilizar este mismo año. Había sufrido diversas modificaciones, de acuerdo con los criterios del equipo psiquiátrico y psicológico de la Unidad de Paidopsiquiatría de la Vall de Hebrón.

Muestra

Desde 1991, es el actual protocolo de historia clínica de la unidad. Se han revisado 1.301 historias realizadas entre los años 1992 y 1994, de las cuales existían datos completos del mencionado protocolo, y se rechazaron 84, ya que no tenían todos los datos. En el presente trabajo no se estudian entidades nosológicas propiamente dichas sino grupos sintomáticos definidos fenomenológicamente. También se tuvo en cuenta, el nivel socio-económico de los sujetos, pero no existían diferencias significativas, ya que la gran mayoría de pacientes que acuden al Servicio de Paidopsiquiatría tienen un nivel socio-cultural medio o medio-bajo. Con el objetivo de minimizar el riesgo de subjetividad de la persona que evalúa al paciente, sólo se utilizaron las historias realizadas por 2 psicólogos clínicos experimentados y entrenados previamente para unificar criterios.

Este trabajo se limita a elaborar comentarios de reflexión y establecer comparaciones con otros es-

76 tudios, ya que la muestra sólo hace referencia a aquello que se ha observado en un hospital concreto, es decir en la Unidad de Paidopsiquiatría del hospital Materno-Infantil de la Vall de Hebrón, desde el año 1992 a 1994, por este motivo, no se pretende ni generalizar ni extrapolar los resultados.

Las proporciones de niños y niñas que presentaban cada una de las patologías estudiadas se han comparado con la prueba de la Xi cuadrado de Pearson; cuando en alguna de las patologías el número de individuos esperados en alguna de la casillas era igual o inferior a 5, se ha utilizado la prueba exacta de Fisher. Una diferencia se ha considerado estadísticamente significativa cuando la probabilidad de observarla asumiendo la hipótesis nula era cierta ha estado inferior a 0,05.

RESULTADOS

Las alteraciones psicopatológicas estudiadas son las siguientes: alteración de la alimentación, alteración de la sociabilidad (exaltación e inhibición), alteración del sueño, alteración relacional y alteración del aprendizaje.

De las 1.301 historia clínicas, 497 (38,20%) eran niñas y 804 (61,80%) eran niños (Fig. 1).

La figura 2 valora todas las alteraciones psicopatológicas en general, y establece una subdivisión por sexos. Parece ser que la psicopatología más fre-

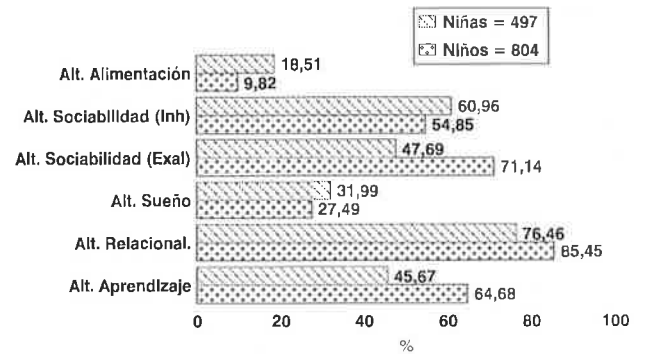


Figura 2. Alteraciones psicopatológicas.

cuente en los dos sexos, es la alteración relacional, aunque predomina en los niños. La menos frecuente es la alteración de la alimentación (donde la proporción de niñas duplica la de los niños).

Un importante grupo de síntomas para los niños en orden decreciente es: la alteración de sociabilidad (exaltación), la alteración del aprendizaje, alteración sociabilidad (inhibición) y alteración del sueño. Pero el orden de frecuencia y prevalencia de las alteraciones varía en las niñas, la alteración de la sociabilidad (inhibición) es la más habitual, le siguen las alteraciones de: sociabilidad (exaltación), del aprendizaje y del sueño. La diferencia fue significativa para todas las alteraciones, excepto en la alteración del sueño.

La figura 3 describe las variables que hemos considerado dentro de la alteración de la alimenta-

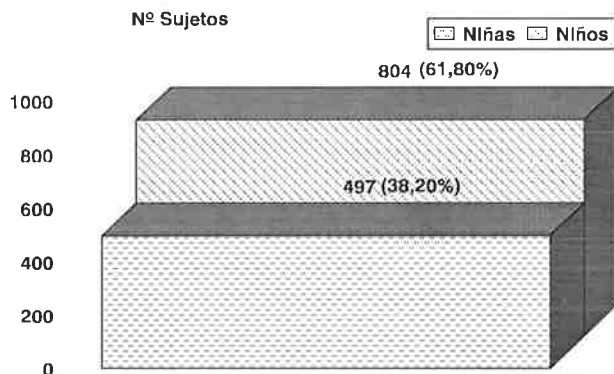


Figura 1. Composición de la muestra.

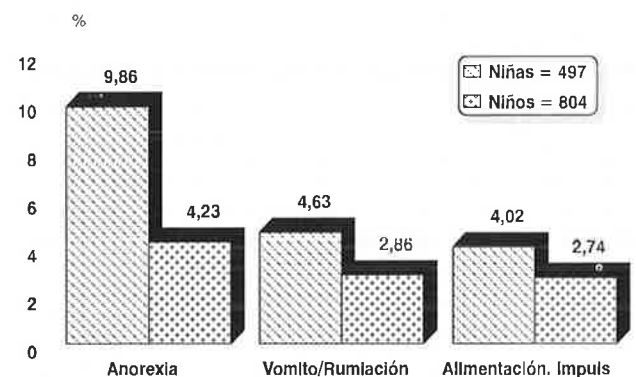


Figura 3. Alteración alimentación.

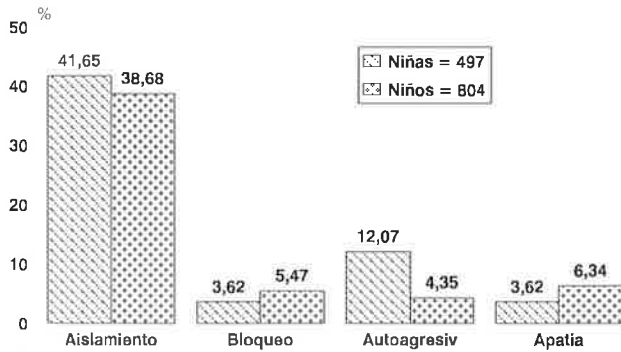


Figura 4. Alteración sociabilidad (inhibición).

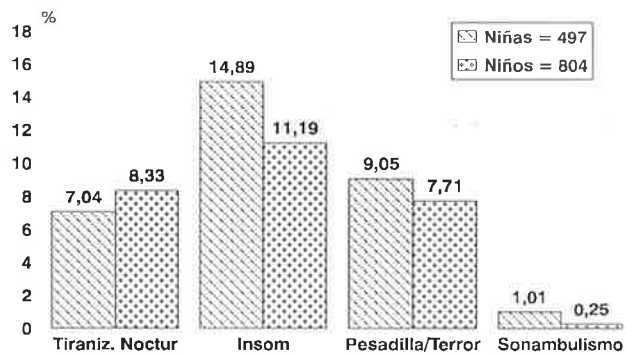


Figura 6. Alteración del sueño.

ción, variables como: anorexia, vómito/rumiación y alteración de la alimentación impulsividad, y en los tres casos, hay una prevalencia del sexo femenino. Esta diferencia, tan solo fue significativa en la variable anorexia.

En la figura 4, podemos ver un predominio de niñas por lo que hace referencia al aislamiento y a la autoagresividad y, en cambio, hay mayor número de niñas en bloqueo y apatía. Tan solo es significativa la prevalencia de niñas en autoagresividad y la de niños en apatía.

Cuando hablamos de trastorno de la sociabilidad (Fig. 5), nos referimos a una alteración en las conductas más exteriorizadas, tanto en el ámbito familiar como social, en los dos campos predominan los niños sobre las niñas, y en ambos casos la diferencia es significativa.

En la figura 6, se puede observar un predominio de niñas sobre niños, por lo que hace referencia a la alteración del sueño, excepto la tiranización nocturna, en el cual hay mayor número de niños que de niñas, estas diferencias, no fueron significativas.

La alteración relacional (Fig. 7) es un grupo sintomático predominantemente masculino, ya que existe una prevalencia de niños en casi cada uno de los aspectos que hemos valorado dentro de esta entidad, excepto en egocentrismo donde hay mayor número de niñas. Sólo existe una diferencia estadísticamente significativa entre niños y niñas, por lo que hace referencia a agresividad.

La figura 8 nos presenta las posibles alteraciones del aprendizaje que hemos considerado en nuestro trabajo. En la mayoría de estas, hay un predominio de varones excepto en el déficit glo-

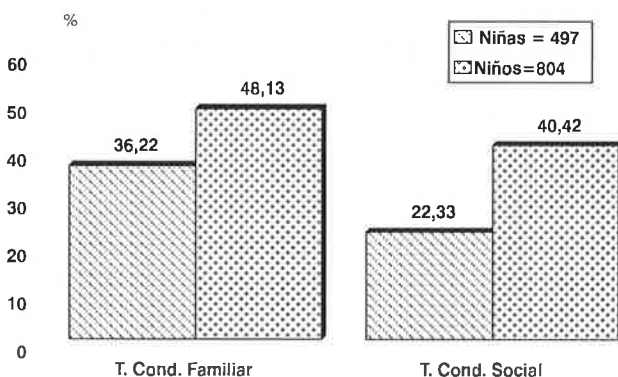


Figura 5. Alteración sociabilidad (exaltación).

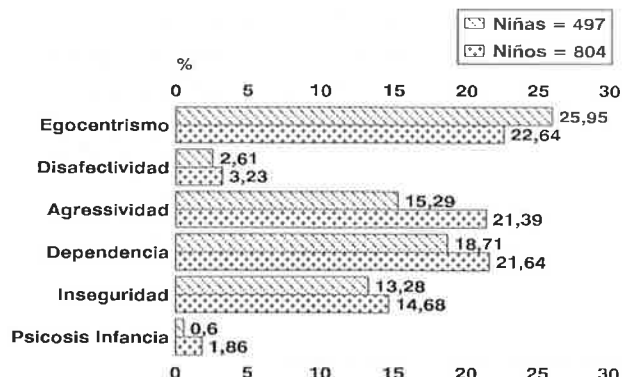


Figura 7. Alteración relacional.

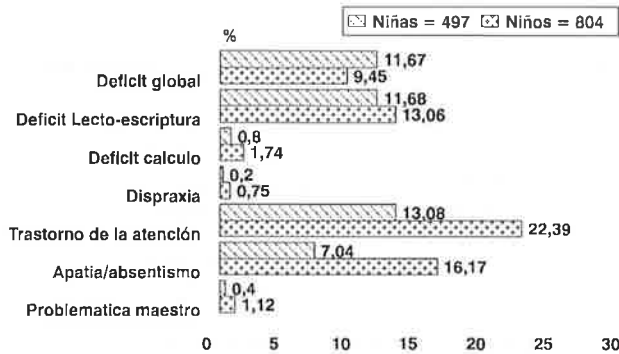


Figura 8. Alteración del aprendizaje.

bal, donde hay mayor número de niñas. Encontramos una prevalencia significativa de varones en: trastorno de la atención, apatía/absentismo y problemática con el maestro.

DISCUSIÓN

Los datos de nuestro estudio coinciden con otras investigaciones en la prevalencia significativa de demandas de consulta del sexo masculino (Goñi y Cortaire, 1991; Rutter et al, 1970). Aunque hay otros autores como Gutiérrez et al (1993), que creen que la distribución por sexos en las diferentes edades, presenta variaciones importantes, conclusiones que han quedado pendientes en nuestro estudio, ya que el intervalo de 0-18 años, permite observar un predominio de pacientes masculinos, pero nos limita para determinar en qué edad son más prevalentes los niños o las niñas.

Por otro lado, Anegón et al, 1993; Fernández et al, 1991; Velilla et al, 1983, proponen una prevalencia del 59,6% de varones en población psiquiátrica. En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes masculinos es del 61,80% frente al 38,20% de muestra femenina. Espin (1991), a partir de un estudio epidemiológico, propone la asistencia del sexo masculino en un 60,61% porcentaje muy similar al nuestro.

Alteración de la alimentación

La anorexia nerviosa ha sufrido, en las dos últimas décadas, un notable incremento en las socie-

dades occidentales, como demuestran algunos estudios que comparan la incidencia de los 60 y de los 70 (Jones et al, 1980; Margo, 1985; Theander, 1970) en este último periodo, el trastorno dobló su incidencia respecto al primero. En el estudio que nosotros hemos realizado, hemos obtenido una prevalencia del 9,86% en niñas, mientras que en los niños es del 4,23%.

Toro y Vilardell (1989) afirman que, en el mundo occidental, hay un progresivo incremento de la incidencia de trastorno de la ingesta en general y de la anorexia nerviosa en particular. Incremento que sigue una progresión geométrica, considerando que no es debido a las mejoras en los sistemas diagnósticos o al incremento de la oferta asistencial si no que sería necesaria su explicación a través de los fenómenos psicosociales.

Alteración de la sociabilidad (Inhibición y Exaltación)

Polaino-Lorente y Doménech (1988), afirmaban que la expresividad sintomatológica del varón se situaba dentro de la vertiente externalizing o externalizada y que ésta es más visible y más perturbadora del ambiente familiar que la internalizada propia de las niñas. Estos datos coinciden con los resultados de nuestro estudio, donde observamos que en la alteración de la sociabilidad (exaltación), que correspondía a la manifestación de aquellas conductas inapropiadas a nivel social, donde hay un claro predominio de niños sobre niñas y en la alteración de la sociabilidad (inhibición), donde las conductas asociales quedarían más escondidas, la prevalencia de comportamientos inadecuados, estaría compartida por niños y niñas, ya que tan solo la autoagresividad es significativa en las niñas, las autolesiones e ideas de muerte, son tal vez las conductas más frecuentes, en el sexo femenino, como comportamientos asociales y como explican Polaino-Lorente y Doménech, pertenecen a una vertiente más interna. También estos autores comentaban que las conductas eran más manifiestas, más externalizadas y más perturbadoras del ambiente familiar. En nuestro estudio coincide esta mayor frecuencia de conductas perturbadoras a nivel familiar, pero a nivel social también sucede

lo mismo, los porcentajes más elevados corresponden a los niños, y estos valores tienen unas diferencias significativas respecto a las niñas.

Alteración del sueño

Los estudios de Bixler et al (1979), indicaron que el 20% de pacientes atendidos en la consulta médica general padecían insomnio. La mayor prevalencia en mujeres, personas mayores, de nivel socioeconómico alto y con pacientes con patología psiquiátrica. Nuestro estudio coincide con el anterior, en que el insomnio, dentro de las alteraciones del sueño, es el trastorno que presenta mayor número de pacientes, el porcentaje que presenta esta sintomatología es del 12,60% (considerando conjuntamente niños y niñas), la diferencia entre los resultados de nuestro estudio y los de Sheperd, Bixler et al, podría estar justificado por la inclusión en el trabajo de estos autores de personas adultas, mientras que nuestro trabajo se centra en una población infanto-juvenil. Afirman, también, una prevalencia de mujeres en lo que se refiere a insomnio, pero nosotros no encontramos diferencias significativas entre los sexos, como confirman también los estudios de otros autores como Morrison et al (1992).

Kales (1980a) comenta que el sonambulismo no es infrecuente en la infancia, un 15-20% de los niños lo presentan alguna vez y a menudo se asocia con otras parasomnias, incidencia discretamente superior en el sexo masculino. Nuestro trabajo presenta una prevalencia del 1,01% en niñas, frente al 0,25% de los niños, seguramente la diferencia de porcentajes entre el estudio de Kales y el nuestro, está motivada porque este autor recoge todos aquellos niños y adolescentes que han tenido un episodio de sonambulismo, aunque se haya producido sólo una vez. Mientras que nosotros nos limitamos a incluir dentro de este apartado todos aquellos sujetos que se pueden considerar sonámbulos, ya que presentaban episodios repetitivos de sonambulismo.

Alteración relacional

Algunos estudios que valoran la interacción con los compañeros de la primera infancia y de la edad

preescolar, indican que no sólo la conducta agresiva es bastante común, si no, también que tiende a conseguir éxito. Otras investigaciones indican que los intercambios agresivos son más frecuentes entre niños varones que entre niñas (Pedersen y Bell, 1970; Smith y Green, 1975). Resultados que coinciden con los obtenidos en nuestro estudio. Ya que dentro de la alteración relacional el grupo sintomático que obtiene una diferencia significativa entre niños y niñas es la agresividad, por tanto podemos decir que el sexo masculino, en nuestra población, responde con una actitud más agresiva.

Alteración de aprendizaje

En nuestro estudio, la alteración del aprendizaje obtiene un porcentaje del 45,65% en niñas y el 64,68% en niños. La inspección de educación general básica, proponía durante el curso 1982-83 en Zaragoza un 24,20% como el resultado total de los estudiantes que presentaban fracaso escolar, pero constataban que la cifras obtenidas en el resto de España, se situaban entre el 30 y el 36%. Ahora bien, nuestro estudio no se limita ni al fracaso escolar, ni en determinados apartados dentro del aprendizaje escolar, si no que engloba todas aquellas dificultades que se podrían dar en un contexto y una edad escolar. Tal y como se valora en el estudio de Pueyo y Marco (1992), que afirmaban que el 64,86% de los pacientes que eran remitidos al psicólogo, presentaban problemas escolares, considerando que la muestra era tan solo de 24 y el estudio se centraba en una población de 6 a 11 años.

Durante los años de la enseñanza primaria, los dos sexos tienen un rendimiento bastante similar en diversos tests de capacidad verbal, aunque los niños, acostumbran a tener más dificultad para aprender a leer. El lenguaje tiene un desarrollo más precoz en las niñas, al menos, esto sugieren los trabajos de Schachter et al (1978) y Nelson (1973). También durante los años de la enseñanza primaria, su rendimiento en aritmética tradicional, es más o menos comparable. Los niños y las niñas, aprenden a contar y consiguen la conservación numérica a la misma edad. Entre los 11 y los 18 años, los varones, hacen progresos más rápidos que las mujeres, y al finalizar la enseñanza media

M. D. Domínguez¹
P. López²
M. Vázquez³

- 1 Profesora Titular de Psiquiatría
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela
- 2 Psicóloga Clínica.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área de
Santiago. CHU Santiago.
- 3 Alumna de Postgrado
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

Correspondencia:

M^a D. Domínguez Santos
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Rúa San Francisco, s/n
15705 Santiago de Compostela (La Coruña)

Códigos V en la adolescencia: características generales y consumo de servicios especializados

Code V in adolescence: general characteristics and average use of specialized services

RESUMEN

En este estudio se analizan las características de los adolescentes diagnosticado de Códigos V (DSM III R) y se compara el tipo de intervención, la evolución y el tiempo de retención de los sujetos diagnosticados como códigos V con el grupo de adolescentes diagnosticados de trastornos psiquiátricos. El estudio recoge una muestra de 524 adolescentes consultados en la USM-IJ del área de Santiago en el período 1990-1995.

La metodología empleada consiste en la descripción y comparación de las características de ambos grupos mediante los estadísticos Ji-cuadrado de Pearson y t de Student.

Entre los resultados se encuentra que el diagnóstico de códigos V tiene una importante prevalencia entre los adolescentes que consultan en una UXM-IJ (32%) y se observa un incremento progresivo de esta categoría diagnóstica.

Respecto de las características encontramos un predominio de varones de zonas rurales, cuya demanda procede fundamentalmente de la

familia, aunque no objetivamos la existencia de conflictivas específicas ni familiares ni escolares. El consumo medio de Servicios especializados es elevado pero siempre menor que en el caso de los adolescentes que reciben otros diagnósticos psiquiátricos. Atendiendo a los diferentes subtipos de códigos V observamos un mayor consumo de Servicios en los que expresan problemas de relación familiar.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Códigos V; Consumo de Servicios.

ABSTRACT

In this paper we analyse the characteristics of adolescents diagnosed as Code V (DSMIII R). A sample totaling 524 adolescents. The sample as a whole 168 subjects were diagnosed as Code V and 356 are classified by diverse psychiatric diagnosis.

Methods used for research were: casuistic description and comparison of both groups of the adolescents consulted in the USM-IJ in the area of Santiago during the period 1990-1995. A descriptive analysis of the characteristics, socio-demographic, socio-familiar and the use of Specialized Services of adolescents of both groups by means of a statistical table. The results suggest the diagnosis of Code V has an important prevalence amongst adolescents consulted in one USM-IJ (32%) and a progressive increment of this diagnosed category has been observed. As for the characteristics we find that the number of males whose medical demand come basically from the family although we did not notice any sort of specific or conflictive problems neither in the family nor in the school.

The average use of specialized Services is high but always less than for adolescents receiving other psychiatric diagnosis. Keeping in mind the different subtypes of Code V we observe a greater use of specialized Services by adolescents suffering problems with family relationship.

KEY WORDS

Adolescence; Codes V; Health Service Use.

INTRODUCCIÓN

En el año 1995, parte de nuestro grupo realizamos un análisis de las demandas de consulta de la población adolescente durante los 20 años de actividad desarrollada por la USM-IJ del área de Santiago de Compostela, en este trabajo obtuvimos, entre otros, los siguientes datos:

- La demanda de atención de los adolescentes en la Unidad se ha incrementado a lo largo de este período. En la actualidad, constituye el 50% de la consulta total. El incremento de las demandas es progresivo en el tiempo aunque es más importante en los últimos cinco años.

- La patología psíquica predominante entre los adolescentes que nos consultan puede agruparse bajo el epígrafe de "patología menor".
- La prevalencia de patología psíquica menor se mantiene a lo largo del tiempo mientras que se incrementan las categorías diagnósticas que implican mayor gravedad psíquica.
- La Categoría Diagnóstica: Códigos V es la que registra una mayor prevalencia e incremento en los últimos tiempos (Domínguez et al, 1995).
- Excepto en lo que se refiere a los Códigos V, nuestros hallazgos coinciden con los reseñados en la bibliografía: Weinberg et al (1982), Kashani et al (1982), Lobowitz et al (1985), Morandé Lavín (1990), Fernández Moreno et al (1991), Goñi Sarries et al (1991), Padierna Acero et al (1991), Rutter et al (1994).

La definición de la Categoría Diagnóstica Códigos V: «*Aquellos estados o alteraciones que merecen atención o tratamiento pero que no son atribuibles a ningún trastorno mental detectable*» (DSM-III-R) y los datos obtenidos previamente, nos han impulsado a realizar este trabajo como respuesta a las preguntas y reflexiones que han suscitado entre nosotros:

- La importancia de este diagnóstico entre los adolescentes que nos consultan puede contribuir a la psiquiatrización innecesaria de un grupo de personas que, si bien requieren tratamiento o intervención ¿deberían recibir la atención que necesitan de Servicios de Salud Mental Específicos o de otros servicios y/o profesionales?
- El consumo de Servicios Especializados que producen, al menos en nuestro caso, ¿repercute negativamente en la atención que desde los mismos debe prestarse a los adolescentes que presentan Patología Psiquiátrica?

A partir de estos datos, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Analizar las características de los adolescentes diagnosticados de Códigos V y determinar si son específicas de este grupo o si son similares a las del grupo de adolescentes diagnosticados de Patología Psiquiátrica.
- Conocer la distribución de los posibles diagnósticos de los Códigos V.

- 84 — Aproximarnos a la magnitud del consumo de Servicios Especializados que realizan los adolescentes que reciben este diagnóstico.

MÉTODOS

Material y muestra

El material que hemos utilizado son las Historias Clínicas del conjunto de los adolescentes (12-17 años) consultados durante los últimos seis años (1990-1995) en la USM-IJ del área de Santiago de Compostela.

La muestra total está formada por 519 sujetos adolescentes, 297 varones y 222 mujeres.

Procedimiento

La metodología desarrollada ha consistido en:

- a. División de la muestra en dos grupos:
 - Grupo I: adolescentes diagnosticados de Códigos V: 171 (33%).
 - Grupo II: adolescentes diagnosticados de Patología Psiquiátrica: 348 (67%).
- b. Descripción de las características de ambos grupos:
 - Características Generales: edad, sexo, hábitat, estructura y conflictiva familiar, nivel socioeconómico, rendimiento y conflictiva escolar, motivo para consultar y procedencia de la derivación a la consulta.
 - Diagnósticos: distribución dentro de cada grupo. Especificación de los Códigos V y agrupación de los diagnósticos de Patología Psiquiátrica.
 - Intervención: tratamiento propuesto, evolución y tiempo de retención en la consulta, en ambos grupos. El tiempo de retención en la consulta se mide en semanas, considerando que lo usual es una visita por semana.
- c. Comparación de los dos grupos respecto a las características generales mediante los estadísticos ji-cuadrado de Spearman y t de Student, paquete estadístico SPSS/PC.

RESULTADOS

Características generales

Grupo I: Códigos V

El número de sujetos es 171, predominan los varones, las edades comprendidas entre los 12 y 15 años (media = 14,2) y el hábitat rural.

El tipo de familia a la que pertenecen es nuclear o extensa y no se detecta conflictiva familiar específica. El 7,6% de los sujetos de este grupo son hijos únicos, la mayoría pertenecen a familias con varios hijos que no suelen exceder de cuatro.

El nivel socioeconómico predominante es el medio y medio-bajo, siendo las profesiones más frecuentes de los padres: trabajadores (sin o con cualificación), agricultores y marineros. Entre las madres, las profesiones son similares a las de los padres, con la salvedad de la profesión "ama de casa" que es mayoritaria (38%). El porcentaje de padres y madres con estudios medios, superiores y con elevado nivel económico es escaso. En la mayor parte del grupo trabajan ambos padres.

En el medio escolar no se detectan problemas específicos de relación y disciplina (19,3%) pero existe un importante porcentaje de fracaso escolar (61,4%).

El motivo que los lleva a consultar es la presencia de sintomatología menor, alteraciones de la conducta, problemas académicos y de relación familiar.

La iniciativa de la consulta suele proceder de la familia y del médico de atención primaria, que suele aceptar la indicación de la familia. El 23,4% de los sujetos de este grupo son derivados a la consulta por Servicios Sanitarios Especializados, algunos de ellos de Salud Mental. Es escasa la demanda que parte del Sistema Educativo y de los Servicios Sociales y Judiciales.

Grupo II: Patología psiquiátrica

El número de sujetos es 348, predominan los varones, las edades, comprendidas entre los 12 y 15 años (media = 14,1), y el hábitat rural.

El tipo de familia a la que pertenecen es nuclear o extensa y se detecta conflictiva familiar específica en un tercio del grupo. El 9,8 % de los

sujetos de este grupo son hijos únicos, la mayoría pertenecen a familias con varios hijos que no suelen exceder de cuatro.

El nivel socioeconómico predominante es el medio y medio-bajo siendo las profesiones más frecuentes de los padres: trabajadores (sin o con cualificación), agricultores y marineros. Entre las madres, las profesiones son similares a las de los padres, con la salvedad de la profesión "ama de casa" que es mayoritaria (44,8%). El porcentaje de padres y madres con estudios medios, superiores y con elevado nivel económico es escaso. En la mayor parte del grupo trabajan ambos padres.

En el medio escolar no se detectan problemas específicos de relación y disciplina (12,1%) pero existe un importante porcentaje de fracaso escolar (60,1%).

El motivo que los lleva a consultar es la presencia de sintomatología menor, alteraciones de la conducta y problemas académicos. Con escasa representación aparecen en este grupo dos nuevas motivaciones para consultar: los trastornos alimentarios (7,5%) y la sintomatología grave, de características psicóticas (3,5%).

La iniciativa de la consulta suele proceder de los Servicios Sanitarios Especializados (37,6%), seguidos del Médico de Atención Primaria y de la familia. Es escasa la demanda que parte del Sistema Educativo y de los Servicios Sociales y Judiciales.

Comparación de las características generales de los grupos

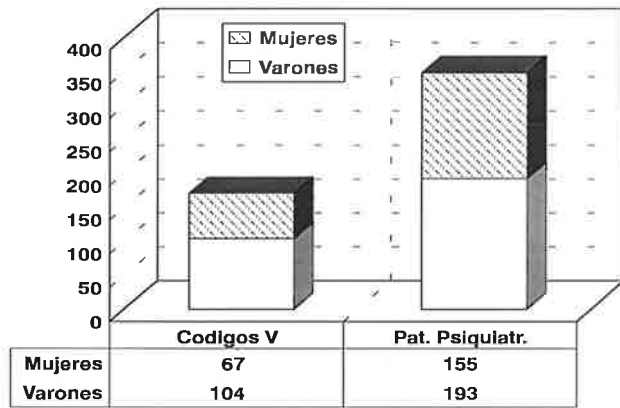
El análisis de las diferencias significativas entre ambas poblaciones, (Gráficos 1 a 10) ponen de manifiesto lo siguiente:

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, la edad, hábitat, estructura familiar, nivel socioeconómico y fracaso escolar.

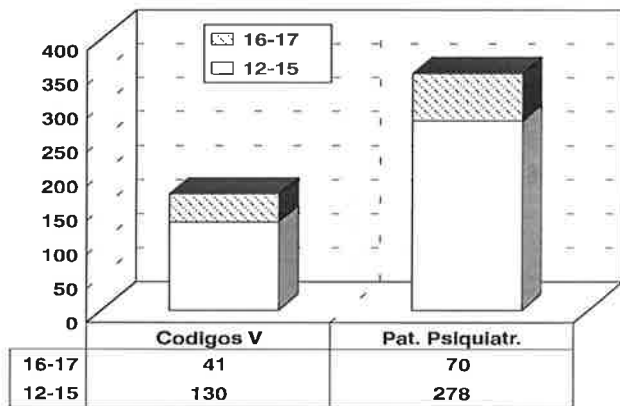
Observamos diferencias significativas en lo que se refiere a la conflictiva familiar, escolar, motivo de consulta y procedencia de la derivación a consulta.

En síntesis, las diferencias entre los dos grupos definen las siguientes características específicas:

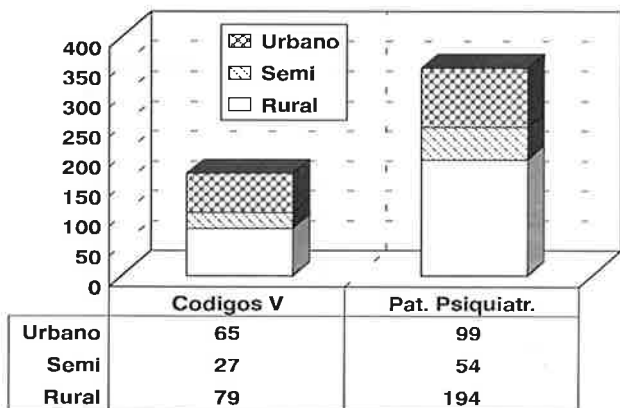
- El grupo diagnosticado de Códigos V presenta conflictiva escolar, consulta por motivaciones de tipo familiar y socioambiental; la iniciativa de la consulta corresponde a la familia.



Gráfica 1. Características generales: sexo.

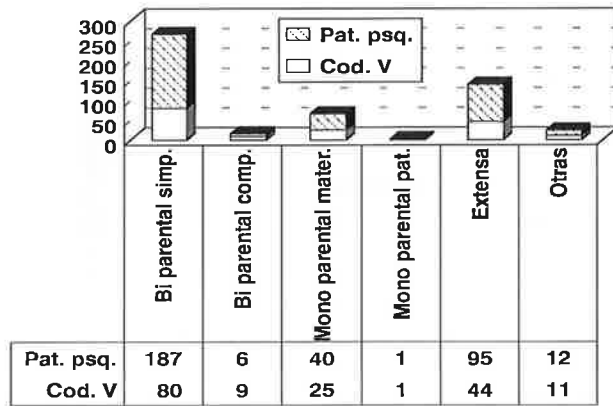


Gráfica 2. Características generales: edad.

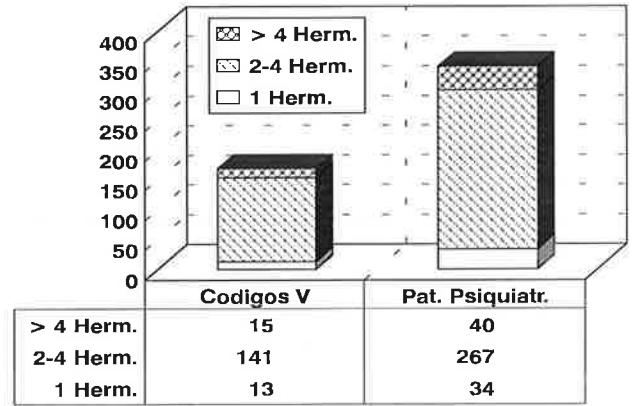


Gráfica 3. Características generales: medio.

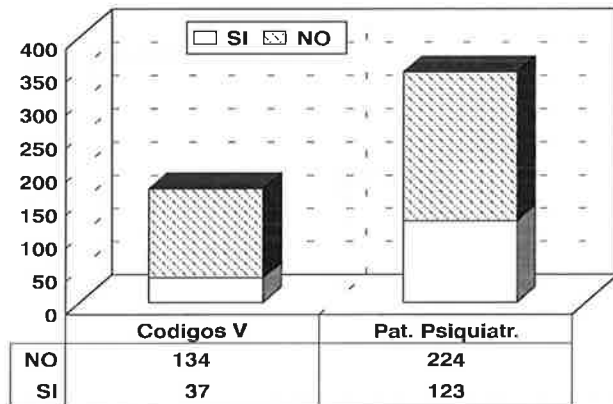
86



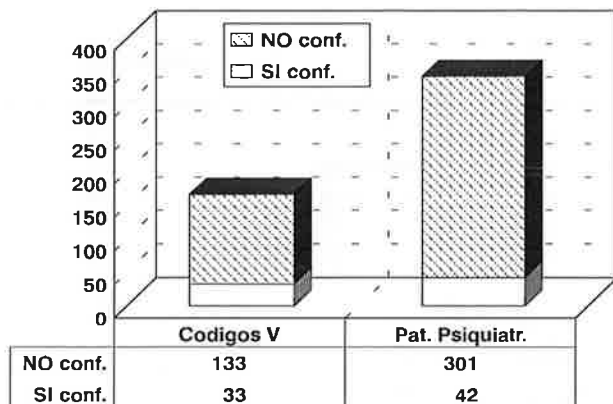
Gráfica 4. Tipo de familia.



Gráfica 7. Características generales: número de hermanos.



Gráfica 5. Conflictiva familiar Ji cuadrado $p < 0,005$.



Gráfica 6. Conflictiva escolar Ji cuadrado $p > 0,050$.

— El grupo diagnosticado de Patología Psiquiátrica presenta conflictiva familiar, consulta por síntomas menores, trastornos en la alimentación y sintomatología mayor; la iniciativa de la consulta corresponde a los Servicios Sanitarios Especializados.

Diagnóstico

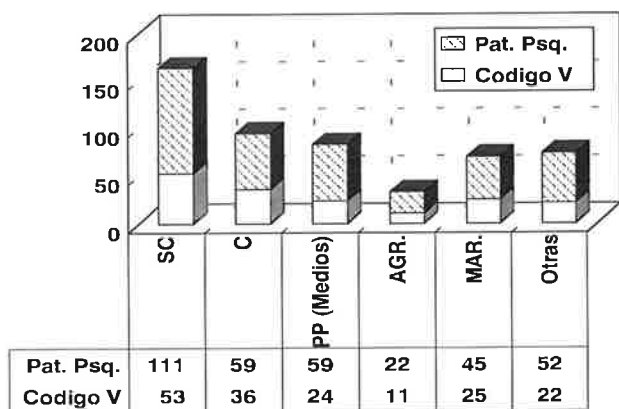
Grupo I: Códigos V

La distribución de las diferentes categorías diagnósticas de los Códigos V, por orden de frecuencia se pueden observar en la tabla 1.

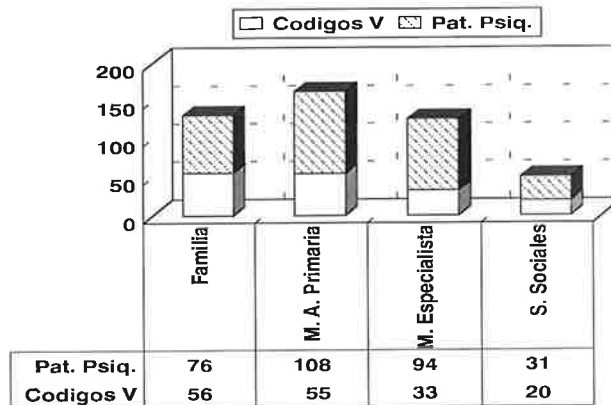
La distribución de los diagnósticos indica que las consultas tienen que ver con problemas familiares y personales específicos de esta etapa de la

Tabla 1 Distribución de diagnósticos de Códigos V

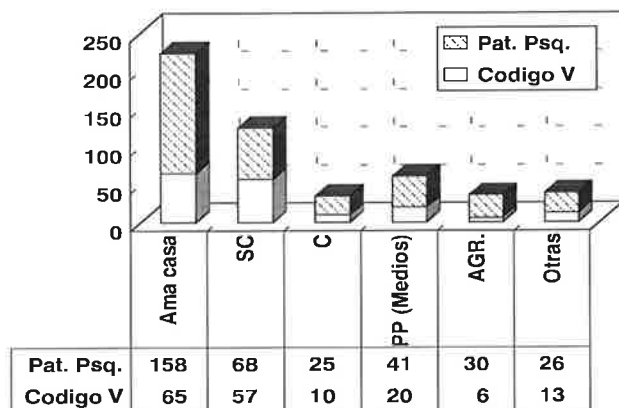
V71.09: Ausencia de diagnóstico psiquiátrico = 54 (31,5%)
V61.20: Problemas paterno-filiales = 49 (28,7%)
V62.89: Problemas escolares = 25 (14,6%)
V62.30: Problemas biográficos o circunstancias vida = 23 (13,5%)
V61.80: Otras circunstancias familiares específicas = 12 (7%)
V71.02: Conducta antisocial en infancia/adolescencia = 5 (2,9%)
V65.20: Simulación = 1 (0,6%)
V40.00: Capacidad intelectual límite = 1 (0,6%)
V15.81: Incumplimiento de las instrucciones médicas = 1 (0,6%)



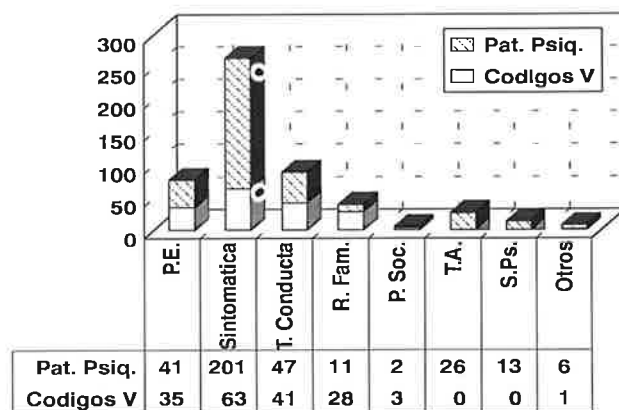
Gráfica 8. Características generales: trabajo padre.



Gráfica 11. Derivación Ji cuadrado $p < 0,0050$.



Gráfica 9. Características generales: trabajo madre.



Gráfica 10. Motivo de consulta Ji cuadrado $p < 0,001$.

vida. Las alteraciones de mayor relevancia (V71.02) tienen una presentación escasa.

Grupo II: Patología psiquiátrica

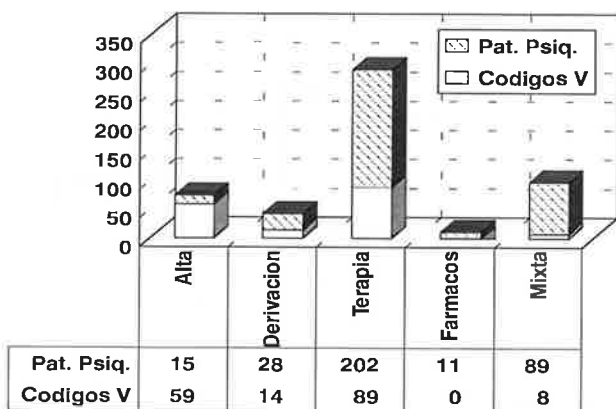
La distribución de los diagnósticos de Patología Psiquiátrica se han reunido bajo los epígrafes de grupos similares, para evitar su dispersión, por orden de frecuencia se pueden observar en la tabla 2.

La distribución de los diagnósticos de Patología Psiquiátrica pone de manifiesto la mayor prevalencia de "patología menor" entre los adolescentes, el descenso de las consultas motivadas por la escuela y la escasa presencia, aunque relevante, de patología grave en la adolescencia.

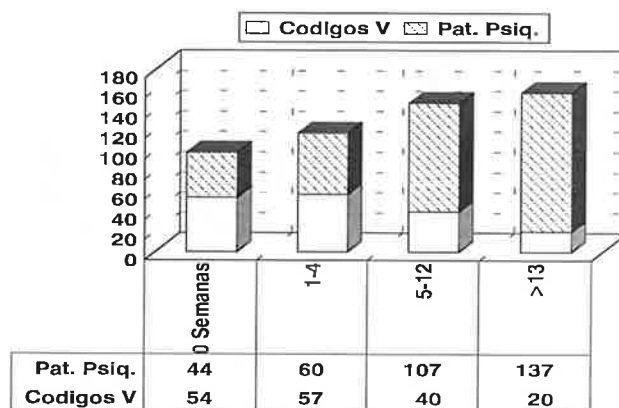
Tabla 2 Distribución de diagnósticos de patología psiquiátrica

E-300.00:	Trastornos neuróticos = 101 (29%)
E-307.00:	T. sintomáticos = 44 (12,6%)
E-309.00:	T. adaptativos = 41 (11,7%)
E-317.00:	Retraso mental = 32 (9,1%)
E-296.20:	T. afectivos = 32 (9,1%)
E-312.00:	T. por conductas perturbadoras = 28 (8%)
E-307.10:	T. de la conducta alimentaria = 24 (6,8%)
E-315.00:	T. específicos del desarrollo = 16 (4,5%)
E-295.10:	Esquizofrenia = 6 (1,7%)
E-301.90:	T. de la personalidad = 3 (0,8%)
E-304.00:	T. por uso de sustancias psicoactivas = 2 (0,5%)
E-299.00:	T. generalizados del desarrollo = 1 (0,2%)
E-310.10:	T. orgánico de la personalidad = 1 (0,2%)

88



Gráfica 12. Intervención Ji cuadrado $p < 0,001$.



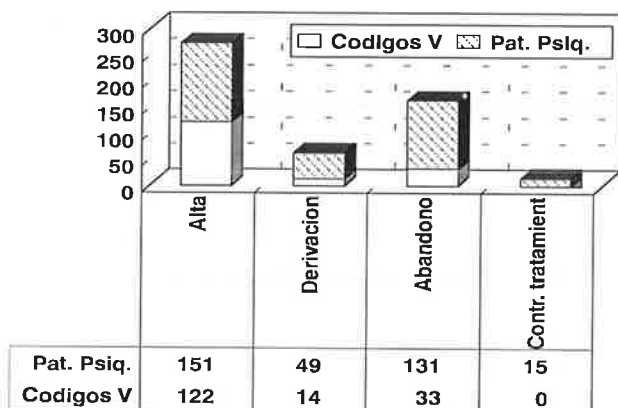
Gráfica 14. Retención Ji cuadrado $p < 0,000$.

Intervención

Grupo I: Códigos V

El tipo de tratamiento que se le propone a este grupo de adolescentes es en primer lugar el apoyo psicoterapéutico. El alta post-primer consulta es la intervención que sigue en frecuencia. El 8,2% de los sujetos de este grupo son derivados a otros servicios, por lo general, no sanitarios (Gráf. 12).

En cuanto a la evolución (Gráf. 13), señalamos el abandono del tratamiento psicoterapéutico en el 19,3% de los sujetos de este grupo, aunque su frecuencia es bastante mayor si consideramos exclusivamente a los sujetos que se le oferta apoyo psicoterapéutico (34%).



Gráfica 13. Evolución Ji cuadrado $p < 0,000$.

La media del tiempo de retención en la consulta es de 4,52 semanas/sujeto, (Gráf. 14). Tres meses después de finalizar la recogida de la muestra ninguno de los sujetos de este grupo continuaba en tratamiento.

El 31,6% de los sujetos realiza un consumo mínimo del servicio, limitado a la entrevista de evaluación que repercute, en todo caso en el volumen de la lista y tiempo de espera de la Unidad.

Consumen de 1 a 4 semanas, que es el tiempo máximo para una evaluación diagnóstica completa, un tercio de los sujetos.

Consumen de 5 a 12 semanas, que es el tiempo habitualmente empleado en apoyo psicoterapéutico encaminado a evaluación, esclarecimiento de situaciones, consejo y revisión del seguimiento del mismo, el 23,4% de los sujetos.

Realizan un consumo elevado, superior a trece semanas, el 11,7% de los sujetos.

Respecto de los dos últimos subgrupos, con un consumo superior a 5 semanas, hemos de decir que sobre todo se abordan problemas de relación familiar que, en muchos de ellos merecerían otra consideración diagnóstica, de los padres o del grupo familiar, no del propio adolescente consultado.

Grupo II: Patología psiquiátrica

El tipo de tratamiento predominante, en este grupo es la psicoterapia, seguido del tratamiento mixto (psicofármacos y psicoterapia). La terapéutica exclusivamente basada en la medicación es

anecdótica. El 8,1% de los sujetos de este grupo son derivados a otros servicios en parte sanitarios y en parte no sanitarios. Un pequeño porcentaje del grupo recibe el alta post-primera consulta, en general son derivaciones no registradas o síntomas que desaparecen en el tiempo de espera.

En cuanto a la evolución, la mayor parte del grupo se mantiene en tratamiento hasta el alta pero hay que señalar un importante índice de abandonos (37,4%) que se incrementa si consideramos sólo aquellos a los que se les plantea seguimiento terapéutico (42,9%). Este dato nos ha parecido preocupante aunque su evaluación es difícil ya que muchos de nuestros pacientes abandonan el tratamiento en las últimas fases, cuando la mejoría es substancial aunque no haya la indicación de alta del profesional; hemos preferido recogerlo estrictamente, aunque no los consideremos auténticos abandonos, para poder estudiar con detalle las características de los pacientes que de alguna manera abandonan la consulta sin finalizar el tratamiento.

La media del tiempo de retención en la consulta es de 22,2 semanas/sujeto. El 4,3% del grupo continuaba en tratamiento tres meses después de finalizar la recogida de la muestra.

El 12,6% de los sujetos realiza un consumo mínimo del servicio, limitado a la entrevista de evaluación, son aquellos que se derivan a otros servicios o que han resuelto sus síntomas cuando se realiza la primera consulta, en uno de los pacientes se trata de un abandono post-primera consulta.

Consumen de 1 a 4 semanas el 17,2% de los sujetos, son aquellos que resuelven su sintomatología menor con el apoyo que se presta en estas semanas.

Consumen de 5 a 12 semanas un tercio de los pacientes.

Realizan un consumo superior a trece semanas, el 39,4% de los sujetos.

En el análisis de este grupo es necesario, a nuestro juicio, pormenorizar en el tiempo de retención, teniendo en cuenta los diagnósticos, para conocer con detalle el índice de consumo de Servicios Especializados por los adolescentes diagnosticados de patología psiquiátrica, que no es el

objeto de este trabajo. De todos modos, presumimos que la comparación entre los adolescentes que presentan patología psiquiátrica menor y los diagnosticados de Códigos V las diferencias no son importantes.

Comparación de la intervención en los grupos

El análisis de las diferencias significativas entre ambas poblaciones, a través de las pruebas estadísticas utilizadas, indica la existencia de importantes diferencias, como cabía esperar.

Observamos diferencias significativas en los tres aspectos estudiados.

En síntesis, las diferencias entre los dos grupos definen las siguientes características específicas:

- El grupo diagnosticado de Códigos V recibe apoyo psicoterapéutico y el alta post-primera consulta. No hay sujetos que reciban tratamiento exclusivamente basado en fármacos y los casos de terapia mixta son escasos. El alta es la evolución más frecuente, seguida de los abandonos. El tiempo de retención es medio bajo, el porcentaje de consumo elevado es escaso.
- El grupo diagnosticado de Patología Psiquiátrica recibe tratamiento psicoterapéutico y mixto, un pequeño porcentaje recibe tratamiento exclusivamente farmacológico y los casos de alta post-primera consulta son escasos. El alta es la evolución más frecuente seguida de los abandonos que indican un índice importante. El tiempo de retención es medio alto, el porcentaje de consumo elevado es considerable.

DISCUSIÓN

La magnitud de la prevalencia de patología psiquiátrica en la adolescencia ha sido señalada por diversos autores; así, para Rutter et al (1994) un tercio de los adolescentes "normales" presentan síntomas clínicos; en la misma línea, Takeuchi et al (1993) señalan que el 15% de la población adolescente presenta problemas de adaptación, y según Realmuto et al (1992) un quinto de los niños

90 y jóvenes americanos tienen al menos un diagnóstico psiquiátrico aplicando criterios DSMIII. Los autores mencionados consideran que estas cifras son menores que las reales, en tanto que esta población no es autónoma para decidir la solicitud de consulta y son muchos los factores como señalan Kelleher et al (1992) que pueden disminuir la llegada y retención en la red sanitaria de este colectivo.

En este mismo sentido, Morandé Lavín (1990), en un estudio de población general escolarizada de Madrid y Cuenca, encuentra un grupo de riesgo de patología psiquiátrica del 21% en mujeres y del 10% en varones. En Galicia, en el estudio de Salud Mental y Adolescencia llevado a cabo por nosotros detectamos una población de riesgo del 22,6%, (Mazaira et al, 1991).

Los estudios referidos a la población adolescente consultada, que mencionamos en la introducción, hacen referencia al predominio de los diagnósticos de "patología menor" y la escasa pero importante prevalencia de patología psíquica grave.

La prevalencia de la Categoría Diagnóstica Códigos V, aunque puede sobreentenderse en algunos trabajos, sólo la encontramos definida por Morandé Lavín (1990) en un 22% y en la revisión realizada en nuestra Unidad por Domínguez et al (1995) en el 31,7%. Los restantes autores no se ocupan directamente de este dato por ser escasamente relevante. En nuestra opinión, el manejo habitual en la clínica de las Clasificaciones Internacionales influye en la utilización y detección de este diagnóstico.

Las semejanzas existentes, en lo que se refiere a características generales, entre los dos grupos de adolescentes estudiados nos remiten a las dificultades, repetidamente señaladas por muchos autores en el ámbito de la Psiquiatría Infanto-Juvenil (Wildlöcher, 1976; Ajuriaguerra, 1980; Kestemberg, 1980; Marcelli et al, 1986; Rutter et al, 1994, etc) para discernir entre normalidad y patología en esta etapa de la vida, de tal modo que un mismo motivo de consulta puede conducir, a través del proceso de evaluación, a muy diferentes diagnósticos.

Las escasas diferencias encontradas entre los dos grupos, referidas también a las características generales, nos remite también a la influencia de las

características de los adultos que rodean a los niños y adolescentes con problemas y que ha sido recogida por numerosos autores, como los ya mencionados.

Las características de la intervención plantean, a nuestro juicio, las verdaderas diferencias entre los dos grupos: existencia o no de patología psiquiátrica. En este mismo sentido las señala Morandé Lavín (1990).

La magnitud del consumo de Servicios Especializados que realizan los adolescentes que no presentan patología psiquiátrica, pero que son psiquiatrizados, lo hemos considerado bajo, término que se debe relativizar cuando se trata de evaluación de actividad asistencial para la salud mental, nos remite a la necesidad del establecimiento de filtros adecuados que eviten ese consumo de Servicios Especializados y que den adecuada respuesta a la demanda formulada, principalmente por las familias.

Surge aquí la tentación de sugerir la creación de Servicios de apoyo o la reconsideración del funcionamiento y utilización de los ya existentes para responder a este tipo de demandas.

Por último, consideramos que sería preciso un estudio de seguimiento a largo plazo que nos permitiese, por una parte, evaluar la utilidad y necesidad del servicio prestado a este grupo de adolescentes y, por otra parte, conocer la evolución de estos adolescentes y averiguar en qué medida esa demanda que los llevó a la consulta tenía consistencia o no de patología psiquiátrica.

CONCLUSIONES

1. La demanda de atención de la población adolescente, en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de nuestra área, determina el 50% de las consultas.
2. La patología psíquica predominante en la población adolescente corresponde a la denominada patología menor.
3. La patología psíquica grave en los adolescentes tiene una prevalencia escasa.
4. Un tercio de los adolescentes consultados reciben un diagnóstico de Códigos V.

5. Este grupo de adolescentes se caracteriza por presentar conflictiva en la escuela, consultar por motivos relacionados con problemas familiares y socioambientales y consultar a demanda de la familia.
6. El consumo de Servicios Especializados que realizan es bajo, pero supone un dato rele-

vante si consideramos la problemática diagnosticada.

7. Existe una necesidad de atención específica de la población adolescente que responda a los problemas que, sin tener consistencia de diagnóstico psiquiátrico, está contribuyendo a su psiquiatrización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra J de. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª edición. Barcelona: Masson; 1980.
2. Domínguez D, López P, Gómez A. Análisis de las demandas de Salud Mental infanto-juvenil de la población adolescente, durante 20 años. Comunicación presentada a la Workshop Session: Outcome, hospitalization, Services. 10th International Congress of European Society for Child and Adolescent psychiatry-ESCAP. Utrecht 17-20 September, 1980.
3. Fernández Noreno A, Gómez-Ferrer Górriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad infanto-juvenil en la región de Murcia. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 1991;1:21-39.
4. Goñi Sarries A, Cortaire Tirapu R. Evaluación de la asistencia de la salud mental Infanto-Juvenil en Navarra. Psiquis 1991;XIII 12(7):45-54.
5. Kashani J, Cantwell D, Sherim W, Reid J. Depressive disorder in Children Admitted to and Inpatient Community Mental Health center. Am J Psychiatry 1982;139(5):671-2.
6. Kelleher KJ, Taylor LJ, Rickert VI. Mental Health Services for rural children and adolescents. Clin Psychology Rev 1992;12:841-52.
7. Kestemberg E. La crise de l'adolescence. Rev Fr Psychanal 1980;44(3-4):524-30.
8. Lobowitz D, Handal P. Childhood Depression: prevalence using DSM-III. Criteria and validity of Parents and Child Depression Scales. J Pediatr Psychology 1985;10(1):45-54.
9. Marcelli D, Braconnier A, Ajuriaguerra J de. Crisis y rupturas en la adolescencia. En: Manual de Psicopatología del adolescente. 2ª edición. Barcelona: Masson; 1986. p. 40-57.
10. Mazaira Castro JA, Domínguez Santos MD, Rodríguez López A. Pautas de consumo de alcohol y relación con patología psiquiátrica menor en población adolescente de Galicia. Rev Psiq inf 1993;1:35-42.
11. Murandé Lavín G. Trastornos de la adolescencia. En: Salud Mental. II edición, CAP. 17. Madrid: Idepsa; 1990. p. 183-92.
12. Padierna Acero JA, Jara Segura AB, Manjón Ortega C. Epidemiología psiquiátrica y demanda asistencial en la adolescencia [revisión]. Psiquis 1991;XIII 2(7):34-44.
13. Padierna Acero JA, Jara Segura AB, Manjón Ortega C, Etxeveste Antón A. Demanda de atención Psiquiátrica ambulatoria por los adolescentes y adultos jóvenes en Álava. Psiquis 1991;XIII 12(9):42-52.
14. Realmuto GM, Bernstein GA, Maglthin MA, Pandey RS. Patterns of Utilization of Outpatient Mental Health Services by Children and Adolescents. Hosp Community Psychiatry 1992;43(12):1218-23.
15. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. Capítulo 59. Londres: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 1006-22.
16. Takeuchi DT, Bui KT, Kim L. The referral of Minority Adolescents to Community Mental Health Centers. J Health Soc Behaviour 1993;34:153-64.
17. Weinberg WA, Rutman J, Sullivan L, Penick EC, Deitz SG. Depression in Children referred to and educational diagnostic Center diagnosis and treatment. J Pediatrics 1982;83:1065-72.
18. Widlöcher D. Adolescence normale ou pathologique. Rev Prat 1976;26:2927-40.

M^a. B. Robles¹
N. Corominas²
C. López³
A. Torres⁴

- 1 Residente de Medicina Preventiva
Hospital General y Docente de Guadalajara
2 Adjunto de Psiquiatría
Hospital de Villajolosa (Alicante)
3 Departamento de Promoción de la Salud
4 Departamento de Salud Internacional
Escuela Nacional de Sanidad (Madrid)

Correspondencia:

M^a B. Robles García
Angel Martín Puebla, 18- 2º C
19001 Guadalajara

Factores psicopatológicos que interfieren en la lactancia natural como principal método de alimentación del bebé

Psychopathological factors impeding breast-feeding as the principal method in child feeding

RESUMEN

El análisis y comparación de los trabajos realizados desde 1970 hasta la actualidad, nos han permitido valorar las causas aducidas para el abandono de la lactancia materna: hipogalactia, enfermedad de la madre o el niño y el trabajo materno.

El objeto del presente estudio es ampliar las anteriores investigaciones, partiendo de los datos obtenidos en este estudio descriptivo, cuyo fin es el de identificar los factores psicopatológicos que puedan interferir en la lactancia materna.

Se estudió para ello la población de una zona básica de salud de Palma de Mallorca (1994). Se tuvo acceso a 193 mujeres, que en el momento del estudio tenían un hijo/hija vivo/viva entre tres y dieciséis meses. Un 59,9% de las madres comienzan a amamantar a su hijo tras el nacimiento, la mayoría lo abandonan antes del tercer mes, aduciendo "leche insuficiente/inadecuada", y el resto optan por la lactancia artificial.

Concluimos que es necesario aumentar los conocimientos sobre nutrición y psicología

infantil, dada la importancia de la alimentación en el desarrollo bio-psicosocial del niño.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna; Hipogalactia; Psicopatológico.

ABSTRACT

Though the analysis and comparison of the relevant studies realized from 1970 to present, we have been able to identify the primary causes for the abandonment of the practice of breast-feeding: hypogalactia, illness of the mother or child, and the begin of mother working.

The objective of the present study has been to expand upon the findings of the previous studies by identify the psycho-pathological factors which could impede the practice of breast-feeding. The study was conducted in Palma de Mallorca (1994). Each of the 193 women took part in the

study had a living child aged between three and sixteen months. Of these mothers 59,9% started breast-feeding after birth, the most of them ceasing before three months, claiming insufficient milk production. The remainder, 40,9%, opted for bottle-feeding.

Given the importance of alimentation upon the biopsychosocial development of children, we have come to the conclusion that is essential to increase the general knowledge of nutrition and child psychology.

KEY WORDS

Breast-feeding; Hypogalactia; Psycho-pathologica.

INTRODUCCIÓN

La leche humana supera en calidad a la leche de vaca adaptada y este conocimiento forma parte, con carácter general, de la cultura alimentaria de nuestra población⁽¹⁾. Pese a ello, aún un gran número de mujeres optan por alimentar a sus hijos con lactancia artificial.

Fue en los años 1970-1975 cuando se registraron los porcentajes más bajos de niños alimentados con lactancia natural, de tal forma que estudios realizados en EEUU y en países europeos cifraron una incidencia de lactancia materna al abandonar el hospital del 30-40%, con un rápido descenso posterior⁽¹⁾.

El análisis y comparación de los trabajos realizados desde los años 1974 hasta 1986 nos ha permitido valorar las causas aducidas por las mujeres para abandonar la lactancia materna: hipogalactia (56%-64%), enfermedad del niño (15%), enfermedad de la madre (11%), trabajo (4%)⁽²⁾. En estas publicaciones se reafirma la influencia del entorno de la madre para el inicio y práctica de la lactancia, y se indica que los cambios en las madres no se producen aisladamente sino en el contorno de determinados grupos sociales.

En un estudio realizado en un área de Atención Primaria de Valencia se comprobó que el abandono precoz de la lactancia natural fue: en un (36,46%)

tras haber presentado una experiencia anterior negativa, un 26,07% afirmó haber seguido los consejos de su pediatra u obstetra y el 11,53% por motivos de trabajo⁽³⁾. En un estudio realizado en 1989 en el hospital de «La Paz» de Madrid, el 89% de las madres iniciaron la lactancia tras el parto, un 20% la abandonaron antes del primer mes y un 24% la mantuvo más de tres meses⁽⁴⁾.

Con carácter general en el mundo, y también en España, las mujeres que lactan de forma exclusiva son una minoría y la mayor parte de las madres que inician un amamantamiento, lo abandonan en el curso del primer trimestre en una proporción considerable.

En 1992, con objeto de conocer la situación en España de la alimentación natural, se realizó en municipios de más de 300.000 habitantes un estudio de campo con 1.061 madres y 152 pediatras. Pudo comprobarse que la decisión de abandonar la lactancia natural correspondía, prácticamente en el mismo porcentaje a la madre (45,2%), como al pediatra (54,2%) y el motivo generalmente manifestado era el de hipogalactia (74,2%)⁽⁵⁾.

El objeto del presente estudio es ampliar los campos ya iniciados en este tipo de investigación, ofreciendo como punto de partida nuestro estudio descriptivo, cuyo fin ha sido el de identificar factores psicopatológicos que pueden interferir en la lactancia materna.

Los objetivos operativos son:

1. Determinar para la población materno infantil de una zona básica de salud de Palma en 1994, la frecuencia relativa de los diferentes tipos de lactancia:
 - Lactancia artificial inicial.
 - Lactancia materna inicial y abandono precoz (inferior a 3 meses).
 - Lactancia materna mantenida (tres o más meses).
2. Relacionar cada tipo de lactancia recibida por los niños de esta zona básica de salud de Palma de Mallorca en 1994, con las opiniones de las madres acerca de la lactancia natural y respecto a factores como: incomodidad, insuficiencia de leche, beneficios de la lactancia al pecho, problemas estéticos y laborales.

94 MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudia la población materno-infantil de una zona básica de salud de Palma de Mallorca en 1994, atendida por el centro Coll d'en Rabasa que cubre una población total de 16.097 habitantes.

La *población diana*: 193 mujeres, que en el momento del estudio tenían un hijo/hija vivo/viva entre tres y seis meses.

La *población accesible*: mujeres que viven en la zona básica de salud, tienen historia clínica abierta de atención a su hija/hijo en el centro citado. La revisión de estas historias nos ha permitido seleccionar aquellas mujeres que cumplieran los requisitos de inclusión, que son en total 193 mujeres.

Fuentes: la propia madre (mediante la cumplimentación de un cuestionario), la historia clínica pediátrica.

De la historia clínica pediátrica de los niños/niñas, han sido recogidos en cada cuestionario, los siguientes parámetros: edad de la madre en años, número de hijos, edad del bebé en meses, sexo del hijo, tipo de parto, etnia, duración de la lactancia materna, antecedentes patológicos de la madre y/o hijo.

El *instrumento* utilizado ha sido un cuestionario diseñado "ad hoc" para nuestro trabajo, que es, a su vez, una modificación y adaptación de dos cuestionarios previamente existentes: Grupo de Trabajo de Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad y Consumo 1980 y, otro, diseñado para un estudio de lactancia materna en Europa por la OMS (1980). Se escogieron al azar catorce madres, que no fueron incluidas en la población de estudio, con el objeto de asegurar la comprensión adecuada y la consistencia interna del test.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevista personal. Ésta se realizó a elección de la persona entrevistada en el Centro de Salud, en el domicilio, o telefónicamente. La hora fue igualmente concertada, dentro del horario previsto. En el período de tiempo transcurrido entre 30 de agosto y 19 de octubre de 1994 se entrevistaron 157 madres que cumplían las características antes descritas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las madres que realizaron nuestro test, existen un 91,1% casadas; 3,8%, solteras; 3,8%, separadas; 0,6%, unión de hecho y, finalmente, un 0,6%, viudas.

La media de edad de las madres entrevistadas fue de 29 años con un rango entre 19 a 47 años. La media de edad de los bebés es 10 meses, con un rango entre 3 y 16 meses.

La media del número de hijos fue de 2 con un rango de entre 1 y 4 hijos.

Un 40,1% de las madres comienzan a dar biberón tras el nacimiento.

Un 59,9% de las madres comienzan a amamantar a su hijo tras el nacimiento, de ellas, 18,1% dejan de hacerlo en los primeros 15 días; 12,8%, en el primer mes; 12,8%, antes de finalizar el segundo mes; 11,7%, entre el segundo y tercer mes y 44,7% continúan amamantando más de tres meses.

De las madres que comenzaron amamantando a sus hijos (59,9%) la causas de abandono más frecuentes fueron la leche insuficiente/inadecuada (59,8%), incorporación al trabajo (22,5%), problemas en mamas (10,3%), incomodidad (5,9%) y problemas estéticos (1,8%).

Un 93% de las madres que eligen la lactancia natural opinan que la experiencia les resulta satisfactoria. Sólo un 46,1% de las mujeres que optan por el biberón tienen esta opinión.

La incomodidad actúa como factor de interferencia a la hora de decidir la forma de alimentar al bebé ($p < 0,05$). Las madres que optan por la lactancia natural, en un 76,7% no la califican como incómoda, frente a un 38% que aun dando biberón, manifiestan que la lactancia materna no es incómoda.

En la muestra estudiada, existe un 28% de madres que manifiestan que la lactancia materna es insuficiente para alimentar al bebé y, pese a esta percepción, se deciden por lactancia natural. Sin embargo, un 39% de las madres opinan que la lactancia al pecho es insuficiente, por lo que optan por lactancia artificial. Por ello, no existe una asociación significativa entre el tipo de lactancia, y el hecho de que por experiencia ajena o propia

se considere que la leche materna es insuficiente para alimentar al niño ($p > 0,05$).

Un 78% de las madres que alimentan a su hijo a pecho afirman que en caso de tener otro hijo repetiría la experiencia. Un 28,9% no ejercería la lactancia si tuvieran otro hijo. Existe así una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de alimentación elegido y la vivencia de la experiencia de la lactancia ($p < 0,05$).

Las mujeres que opinan que el ejercicio de la lactancia les ha resultado una experiencia satisfactoria: un 48% da tres o más meses lactancia natural; un 12% la abandona antes de 15 días.

Las madres que dan pecho menos de tres meses un 84% volvería a lactar de nuevo, frente a las mujeres que dan pecho tres o más meses que 92% volvería a amamantar a su bebé.

No existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables tiempo de lactancia (considerada como variable cualitativa, dividida en dos categorías menos de tres meses y más de tres meses) e incomodidad y problemas estéticos. Pero en términos absolutos, se puede afirmar que entre las mujeres que tienen problemas estéticos un 35% dio de lactar 15 días o menos y sólo un 27% lo hizo tres o más meses.

La capacidad para producir leche depende de la actitud de la mujer. Por todo ello pensamos, al igual que otros autores, que la mayoría de las veces este motivo aducido no es objetivo ni responde a una realidad sino mas bien a una apreciación sub-

jetiva de la madre, que posiblemente esconde un trasfondo sociocultural. 95

La hipogalactia parece fundamental a la hora de promocionar la lactancia natural pues, además de ser necesario inculcar a las mujeres un conjunto de nociones fisiológicas elementales relativos a la secreción láctea, sería muy útil diseñar programas de promoción y asesoramiento para las futuras madres, sobre todo cuando se conocen las influencias más importantes que subyacen en relación con la alimentación del futuro hijo.

CONCLUSIONES

1. Coincidimos con la mayoría de los autores en que ni la iniciación ni la duración de la lactancia materna es adecuada.
2. Actualmente, es indiscutible que la lactancia natural supera en muchos aspectos a la lactancia artificial, de ahí la preocupación y recomendación de las instituciones sanitarias nacionales e internacionales en su fomento y mantenimiento, al menos durante los tres primeros meses de vida.
3. Dado que el principal motivo de no inicio o abandono precoz de la lactancia materna es la hipogalactia, es necesario aumentar en las madres los conocimientos sobre nutrición y psicología infantil, dada la importancia de la alimentación en el desarrollo bio-psicosocial del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrés Martín A, Pérez Pérez M, Gómez de Terrenos I. Evaluación de la lactancia materna estudio durante 13 años. *Pediátrika* 1989;9(4):109.
2. Muñoz García F. Avances en la lactancia natural. Mecanismos que regulan la puesta en marcha de la lactancia y para sostenerla en las crisis transitorias de secreción láctea. Causas más frecuentes del destete precoz. *An Esp Pediatr* 1986;4(7):4-7.
3. Unidad docente de medicina familiar y comunitaria (Virgen de la Fuensanta). Análisis descriptivo de la lactancia natural en un área de atención primaria de la ciudad de Valencia. *Pediátrika* 1987;7(3):23-7.
4. Departamento de Pediatría. Hospital Infantil "La Paz": Alimentación en el primer año de la vida: Tendencia y situación actual de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr* 1988; 44(263):465-8.
5. Moran Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992;36(1):45-50.

A. Agüero¹
J. J. Plumed⁴
LL. Conesa³
A. Giménez²

1 Profesor Titular Psiquiatría de Valencia
2 PIR Hospital Clínico de Valencia
3 MIR Hospital Clínico de Valencia
4 Especialista en Psiquiatría

Correspondencia:
A. Agüero
Barón de Cárcer, 24
46001 Valencia

Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (II) aspectos familiares y adaptación escolar

A comparative clinical study in adolescence between behavioral and affective-anxious disorders: (II) familiar aspects and school adaptation

RESUMEN

Se estudian de forma comparativa dos muestras de adolescentes con trastornos conductuales (N = 67) y afectivo-ansiosos (N = 68), recogidas en consulta ambulatoria en el Hospital Clínico de Valencia durante los años 1993-95, en relación con una serie de variables referidas a aspectos familiares y escolares de los pacientes. Tras el tratamiento estadístico (Test U de Mann-Whitney), se establece un perfil diferencial entre los grupos respecto a las variables estudiadas.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Trastornos de conducta; Trastornos afectivos; Ansiedad; Familia; Escolaridad.

ABSTRACT

On a comparative study, two samples of teenagers with behavioral (N = 67) and affective-anxious (N = 68) disorders, collected on ambulatory consultory hours in Valencia's Clinical Hospital, during the years 1993-95, in relation to a group of family and school age variables. After the statistical study (Test U Mann-Whitney) a differential profile is established, considering the mentioned variables.

KEY WORDS

Adolescence; Behavioral disorders; Affective disorders; Anxiety; Family; School Age.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo realizamos una continuación del estudio clínico comparativo en adolescentes entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos. En la primera parte se trató de los aspectos clínicos y terapéuticos de estas patologías, mientras que en esta segunda parte estudiaremos aspectos referidos a la crianza, relaciones familiares, adaptación y rendimiento escolar.

En los trastornos depresivos no existen estudios familiares que puedan discriminar de forma efectiva entre mediación genética y entorno ¿? Sin embargo, se ha mostrado que existe un número de caminos por los cuales la depresión de los padres puede influir en el entorno del hijo (Rutter, 1990), por ejemplo un impacto directo de los síntomas depresivos, una interacción reducida madre-hijo (Stein et al, 1991) y/o una asociación con discordia familiar (Rutter y Quinton, 1984). Asimismo, se ha visto que son más frecuentes los trastornos de ansiedad en hijos de padres deprimidos y ansiosos que en padres que no presentan dicha sintomatología psiquiátrica (McClellan et al, 1990).

La influencia del entorno psicosocial es evidente, ya que en presencia de episodios de adversidad los chicos son equiparablemente proclives a volverse tanto ansiosos como depresivos (Goodyer, 1988). Los síntomas depresivos también se han hallado asociados a acontecimientos específicos como divorcio (Wallerstein y Kelly, 1980; Aro y Palosaari, 1992), maltrato (Formularo et al, 1992) o abuso físico (Allen y Tarnowski, 1989).

Por otra parte, los chicos depresivos tienen múltiples problemas, como: fracasos escolares (Fornes, 1988), funcionamiento psicosocial alterado (Puig-Antich et al, 1985) y trastornos psiquiátricos comórbidos. La disfunción que producen los cuadros ansiosos también es importante, con peores rendimientos académicos, sociales y de aprendizaje, siendo en algunos casos comparable a la producida en los trastornos de conducta (Benjamin et al, 1990).

En los trastornos de conducta existen tres factores que ejercen una importante influencia: la disfunción familiar, la enfermedad mental paterna y el bajo nivel socioeconómico. El bajo nivel socioeconómico tiene efecto en niños de 4-11 años,

pero no en adolescentes (Offord et al, 1987; 1991). Estos factores semejan los descritos por Rutter (1978) como factores de adversidad psicosocial: bajo estatus socioeconómico, criminalidad del padre, sobrepoblación, neurosis materna, discordancia marital crónica y cuidado institucional. Estos indicadores fueron incorporados en un estudio longitudinal realizado en Mannheim, donde se evidenció que para los chicos, a la vez que se acumulan el número de condiciones adversas, se incrementa, de forma proporcional, el riesgo de trastorno de conducta (Blantz et al, 1991).

Por tanto, debido a la influencia de los factores socioeconómicos, modelos de crianza y de relación con los padres y de los problemas de adaptación escolar en la psicopatología del adolescente, consideramos importante incluirlos en este estudio comparativo entre los trastornos de conducta y afectivo-ansiosos.

MÉTODO

Muestra

Se estudian los adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Clínico Universitario de Valencia en primera visita, durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellos, se contabilizan un total de 220 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Después de hacer un estudio diagnóstico, la muestra final empleada estaba compuesta por un total de 135 adolescentes, de los cuales 67 presentaban trastornos de conducta y 68 trastornos afectivo-ansiosos. La descripción de los grupos por edad y sexo se muestra en la tabla 1.

Material y procedimiento

Se realizó una revisión de todas las Historias Clínicas abiertas durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellas, se seleccionaron aquellas pertenecientes a pacientes adolescentes (rango de edad 13-17 años), y se procedió a clasificarlas en función del diagnóstico de los casos. Finalmente se seleccionaron aquellos casos compatibles con un diagnóstico de Trastorno de Conducta o Trastorno Afec-

Tabla 1 Distribución de la muestra por edad y sexo

Grupos	Nº Casos	Edad		Sexo	
		Media	DS	Hombres	Mujeres
Trastornos de conducta	67	13,67	1,77	44	23
Trastornos afectivo-ansiosos	68	13,94	1,80	21	47

tivo-Ansioso (dentro de estas dos categorías generales se incluían todos los diagnósticos específicos contemplados en la CIE 10).

VARIABLES ESTUDIADAS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

De toda la información recogida en las historias clínicas, se consideraron para este estudio las siguientes variables: en primer lugar, edad y sexo de los pacientes; respecto a la patología presente, se concretó únicamente el diagnóstico (utilizado como factor en los análisis), se incluyeron variables relacionadas con aspectos familiares y modelos de relación: antecedentes psiquiátricos familiares, estado civil de los padres, nivel socioeconómico familiar, lugar en la fratria, modelo de crianza, confidencialidad, afecto y disputas frecuentes. Por último, se incluyeron otras variables relacionadas con la adaptación y el rendimiento escolar: rendimientos escolares, problemas de aprendizaje y trastornos del comportamiento escolar.

Para la tipificación de esta información, se construyó un listado en el que se adjudicaron diferentes categorías para cada una de las variables.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo y comparativo mediante la valoración de las medi-

das centrales y su dispersión y mediante test estadísticos de significación. Excepto para la variable edad para la que se utilizó la prueba de significación t de Student, el resto de variables se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, por tratarse de datos recogidos en escala nominal.

RESULTADOS

Edad y sexo

Como ya se expuso en la primera parte de este trabajo (Agüero, 1997), no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad entre los grupos ($p < 0,945$). Sin embargo, para la variable sexo sí se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en la dirección de un predominio de mujeres (69%) en el grupo de trastornos afectivos y un predominio de varones (65%) en el grupo de trastornos de conducta.

VARIABLES RELACIONADAS CON ASPECTOS FAMILIARES

No aparecen diferencias significativas respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares, siendo

Tabla 2 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con aspecto familiares

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Antec. Psiqu. familiares	66	70,00	67	64,04	0,2893	n.s.
Estado Civil padres	66	68,20	68	66,82	0,7859	n.s.
Nivel socioeconómico	65	70,75	65	60,25	0,0693	n.s.
Lugar fratria	53	61,40	61	54,11	0,20	ns.
Modelo de crianza	58	59,04	59	58,94	0,9882	n.s.
Confidencialidad	57	66,05	56	47,79	0,0001	—
Afecto	58	63,67	60	55,47	0,0912	n.s.
Disputas frecuentes	61	47,00	61	76,00	0,0001	—

de todas formas elevados en ambos grupos, así en trastornos de conducta (31%) como en los afectivo-ansiosos (44%). El estado civil de los padres es prácticamente idéntico en sus proporciones en ambas muestras, con un 74% de matrimonios que viven juntos, un 14% de separados y el resto entre viudos y solteros. Lo mismo se puede decir del nivel socioeconómico familiar, aunque en los trastornos de conducta es más frecuente el nivel bajo.

Tampoco se observan diferencias significativas respecto al lugar en la fratria. El modelo de crianza no ofrece diferencias relevantes, existiendo no obstante una mayor tendencia dentro de los trastornos de conducta a presentar modelos extremos, o bien excesivamente estrictos o excesivamente tolerantes. En este sentido, se aprecian diferencias significativas ($p < 0,0001$) dentro del marco de la relación del adolescente con sus padres, en la dirección de una ausencia de confidencialidad del 77% en los trastornos conductuales frente a un 44% en los trastornos afectivo-ansiosos. En similar proporción, se registran las frecuentes disputas en esta relación, que en los trastornos conductuales es de un 80% mientras que en los trastornos afectivo-ansiosos es solamente de un 33% ($p < 0,0001$). Menos evidente es la expresión de afecto en el ámbito familiar, no evidenciándose diferencias estadísticamente significativas al respecto aunque sí una tendencia a sentirse menos queridos el grupo de trastornos conductuales (31%) frente al grupo de trastornos afectivo-ansiosos.

Variables relacionadas con la escolaridad

La escolaridad de los adolescentes entre ambos grupos presenta perfiles claramente diferenciados por cuanto a pesar de no ser distintos en el planteamiento de problemas específicos de aprendizaje

($p < 0,4695$), sus rendimientos escolares son muy bajos en el 59% del grupo con trastornos de conducta frente al 36% de los del grupo con trastornos afectivo-ansiosos, en este sentido encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0005$). Asimismo, se observan diferencias ($p < 0,0005$) respecto a la manifestación de problemas de comportamiento en el ámbito escolar, mostrándose mucho más conflictivos los adolescentes con trastornos de conducta (46%) respecto a los que presentan un trastorno afectivo-ansioso.

DISCUSIÓN

En la primera parte de este trabajo ya, señalá-bamos la importancia de los antecedentes psiquiátricos familiares en ambos grupos diagnósticos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero sí se observó que dichos antecedentes eran elevados para ambas categorías diagnósticas. Esto coincide con la literatura que considera la influencia parental determinante, tanto en los trastornos de conducta (Stewart, 1979) como en los trastornos afectivo-ansiosos (Rutter, 1990), y frecuentemente relacionada con otros factores de riesgo. Otras variables que también son consideradas importantes en trabajos anteriores son: el estatus socioeconómico, los conflictos entre los padres, la relación padres-hijos, acontecimientos vitales y adversidades ambientales (Brown et al, 1986; Lahey et al, 1989; Rutter y Sandberg, 1992).

Contrastando estas observaciones con nuestro estudio, vemos que el bajo nivel socioeconómico es importante, y aunque no aparecen diferencias significativas entre los grupos, este factor incide de forma más notable en los trastornos de con-

Tabla 3 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con la escolaridad

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Rendimientos escolares	66	77,42	67	56,74	0,0006	***
Problemas de aprendizaje	64	63,74	66	67,20	0,4695	n.s.
Trastornos del comp. escolar	66	56,73	65	75,41	0,0005	***

100 ducta, lo cual coincide con estudios anteriores (Farrington, 1978; Kolvin et al, 1988). Es cierto que las tasas más altas de delincuencia se dan en los extrarradios de las grandes ciudades, en áreas con bajos recursos económicos, desempleo y lugares donde las personas se sienten desarraigadas (Hirschi y Hidelang, 1977).

En nuestros resultados, observamos que en ambos grupos diagnósticos la mayoría de los padres viven juntos, lo cual no implica que no existan disputas entre ellos, que como hemos señalado dificulta el entorno del adolescente. Los estudios de Anderson (1987) señalan que las desventajas del entorno social y familiar son poderosos predictores de un trastorno de conducta. Asimismo, estos factores influyen en los chicos ansiosos y depresivos (Goodyer, 1988). No tenemos resultados concluyentes en cuanto al lugar en la fratria, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos.

Olweus (1980) refiere que las cuatro variables más determinantes en la conducta antisocial del adolescente son:

1. Permisividad de la madre.
2. Negativismo de la madre hacia el niño (facilitada por la pobre relación marital).
3. Temperamento del niño.
4. Uso por los padres de métodos de poder asertivos que contribuyen a la agresividad (enfados violentos, castigo físico o amenazas).

Estas variables coinciden con nuestros resultados, ya que el grupo de trastornos de conducta ofrece modelos de crianza más extremos, ya sea más permisivos o más estrictos. También es más frecuente en los trastornos de conducta la ausencia de confidencialidad y las disputas frecuentes con los padres, en contraste con el grupo de ado-

lescentes con trastorno afectivo-ansioso, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Aunque las cifras de disfunción en la relación padres-hijos en el grupo de afectivo-ansiosos son menos importantes que en el otro grupo, son suficientes para tenerlas en cuenta, como ya se ha observado en anteriores trabajos (Rutter y Quinton, 1984; Formularo et al, 1992). La falta de afecto en ambos grupos presenta porcentajes más moderados, aunque es ligeramente superior en el grupo de trastornos de conducta.

Por último, hemos visto resultados interesantes en lo que respecta a la adaptación escolar. Las dificultades en el aprendizaje son muy prevalentes en jóvenes con trastornos de conducta, y el grado de dificultad, particularmente en habilidades verbales, a menudo corresponde con el grado de desadaptación de los adolescentes. Esto puede ser, en parte, porque tales chicos tienen problemas para traducir pensamientos y sentimientos en palabras en lugar de en acciones. Cuando estos jóvenes salen de la escuela temprano, es con frecuencia debido a la progresiva frustración que experimentan cuando fallan en ciertos tipos de tareas académicas y aparece una ausencia de satisfacción por su trabajo (Garfinkel et al, 1990). En la literatura, también hemos visto con cierta frecuencia problemas de aprendizaje y de fracasos escolares en los trastornos afectivo-ansiosos (Fornes, 1988; Benjamin et al, 1990). Nuestros resultados señalan un déficit importante en los rendimientos escolares y comportamiento escolar en el grupo de trastornos de conducta, marcando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo de afectivo-ansiosos. A pesar de esto, existen disfunciones escolares en ambos grupos de patologías, sin diferencias significativas en los problemas de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüero A, Giménez A, Plumed JJ, Conesa LL, Llorens P. Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (I) Aspectos clínicos y terapéuticos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1997;1:10-16.
2. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM III Disorders in Preadolescent Children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.
3. Blantz B, Schmidt MH, Esser G. Familial adversities and Child Psychiatric Disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32:939-50.
4. Farrington DP. The family background of aggressive youths. En: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and Antisocial Behaviour in Childhood and Adolescence*. Oxford: Pergamon Press; 1978. p 73-93.

5. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. De. W-B; 1990.
6. Kolvin FJ, Miller JW, Fleeting M, Kolvin PA. Social and parenting factors affecting criminal-offences rates. Findings from the Newcastle thousand family study (1947-1980). Br J Psychiatry 1988;152:80-90.
7. Lahey BB, Russo MF, Walker JL, Piacentini JC. Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behaviour disorders. J Consulting Clin Psychology 1989; 57(4):512-5.
8. McClellan JM, Rubert MP, Reichler RS, Silvester CE. Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1990; 29:534-9.
9. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, Byles JA, Crawford JW, Blum HM, Byrne C, Thomas H, Woodward CA. Ontario Child Health Study: I. Six-month prevalence of disorder and service utilization. Arch Gen Psychiatry 1987;44:832-6.
10. Offord DR, Boyle MC, Racine YA. The epidemiology of antisocial behaviour in childhood and adolescence. En: Pepler DJ, Rubin KH, eds. The Development and Treatment of Childhood Aggression. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1991. p. 31-54.
11. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. Psychological Bull 1979;86:852-75.
12. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M. Psychological functioning in prepubertal major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1985;42:500-7.
13. Rutter M. Family, area, and school influences in the genesis of conduct disorders. En: Hersov LA, Berger M, eds. Aggression and Anti-social Behaviour in Childhood and Adolescence. London: Pergamon; 1978. p. 95-114.
14. Rutter M, Giller H. Juvenile Delinquency, Trends and Perspectives. New York: Guilford Press; 1983.
15. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and Adolescent Psychiatry. Third Edition. Blackwell Science; 1995.
16. Stewart MA, DeBlois CS, Cummings C. Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder. J Child Psychology Psychiatry 1979;21: 283-92.

S. Pérez Barrero¹
N. Alarcón Tamayo²

Actitudes hacia el suicidio en adolescentes

Adolescents' attitudes towards suicide

- 1 Profesor. Doctor. Presidente de la Sección de Suicidología
Sociedad Cubana de Psiquiatría
Policlínico Comunitario René Vallejo. Bayamo. Granma
(Cuba)
2 Licenciada. Defectóloga
Hospital Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma (Cuba)

Correspondencia:

S. Pérez Barrero
Policlínico Comunitario "Rene Vallejo"
Bayamo. Granma (Cuba)

RESUMEN

Se investigan las actitudes hacia el suicidio en 100 adolescentes de la enseñanza preuniversitaria, utilizando el cuestionario de actitudes hacia el suicidio (SUIATT), desarrollado por R. F. W. Diekstra y A. J. F. M. Kerkhof en 1985.

Se concluye que el 21% y 28% de los adolescentes consideran el suicidio como un derecho propio o de cualquier individuo; el 6% y 3% ayudaría a otros a cometer suicidio, ya se tratase de un familiar o cualquier sujeto; el 63% está a favor de la prevención del suicidio y el 52% consideró al que intenta el suicidio como una persona que trata de demostrar a otros cuan grandes son sus problemas.

PALABRAS CLAVE

Adolescente; Suicidio; Suicidio asistido;
Actitudes; Prevención.

ABSTRACT

The attitudes towards suicide was investigated in 100 High School adolescents using the Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT) developed by R. F. W. Diekstra and A. J. F. M. Kerkhof in 1985. 21% and 28% from the considered suicide as a personal right or any other subject's; 6% and 3% would help to commit suicide to a member of their family or to another person; 63% accepted suicide prevention and 52% considered the suicidal person as one who needs to show what important their problems are.

KEY WORDS

Adolescent; Suicide; Assited suicide; Attitudes; Prevention.

INTRODUCCIÓN

Los suicidios son un fenómeno universal que han estado presente en todas las épocas y culturas, pero las actitudes de la sociedad frente a estos actos han sido controvertidas, ya que están condicionadas por las distintas valoraciones que se dan a nivel religioso, filosófico, intelectual y popular.

Por tal motivo, el suicidio ha sido un acto enaltecido o rechazado, muestra de valor o de cobardía, una forma honrosa o deshonrosa de morir, etc⁽¹⁾.

Aún en nuestros días, estas actitudes persisten en dos sentidos diametralmente opuestos: los que están a favor de la prevención del suicidio y los que preconizan el suicidio asistido.

En la década de los 80 se incrementaron las organizaciones que promueven el suicidio asistido en Gran Bretaña, Holanda, Italia, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Francia⁽²⁾. En este último país fue creada la Asociación de Defensa contra la incitación al suicidio, debido a la edición de varios libros que estimulaban el suicidio⁽³⁾. En la primera sesión del XXXV Parlamento del Senado de Canadá, celebrado el martes 27 de septiembre de 1994 en Vancouver, Columbia Británica, se discutieron aspectos relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido⁽⁴⁾. En diversos países europeos el tema ha sido enfocado por la prensa; el diario "Le Monde" de París reflejó en sus páginas del 14 de noviembre de 1994 la decisión de los electores de Oregón, USA, de permitir el suicidio médicamente asistido para los pacientes afectados de enfermedades incurables⁽⁵⁾.

En Cuba no se permite el suicidio asistido ni se practica la eutanasia. Existe, desde 1989, un Programa de Prevención del Suicidio, el cual ha sido enriquecido en Granma con diversas investigaciones⁽⁵⁻⁹⁾, incluyendo las actitudes hacia el suicidio⁽¹⁰⁾, experiencias que fueron expuestas como una conferencia magistral en el II Congreso Internacional de la Asociación Internacional de Tanatología y Suicidología, celebrado en la Ciudad de Méjico⁽¹¹⁾.

En esta oportunidad y como parte de la temática de investigación que se ha propuesto el autor,

se muestran los resultados de las actitudes hacia los suicidas, el suicidio asistido y la prevención del suicidio en 100 adolescentes de la enseñanza media del instituto Politécnico Agropecuario "Carmelo Noa Gil" de Bayamo, Granma, Cuba.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del presente estudio se utilizó el cuestionario de actitudes hacia el suicidio (SUIATT) de Diekstra y Kerkhof, elaborado en 1985 y adaptado por el autor a las particularidades culturales del adolescente granmense. Se encuestaron 100 adolescentes del Instituto Politécnico Agropecuario "Carmelo Noa Gil" en Bayamo, Granma, Cuba, cuyas edades oscilaban entre 15 y 16 años, los cuales fueron tomados al azar.

Los resultados se expresaron en porcentajes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las opiniones con relación al derecho a cometer suicidio se muestran en la tabla 1, observándose que el 21% lo considera un derecho propio frente a un 28% para cualquier otro individuo. Estos resultados son similares a los encontrados por el autor en estudiantes de medicina de los dos primeros años de la carrera (26,2% y 29%), pero diferentes a los obtenidos en estudiantes de 5º año de medicina, ninguno de los que consideró el suicidio un derecho del sujeto. Etszendorfer et al encontraron que el 63,4% y el 20,8% de los estudiantes de medicina de Madras en la India y Viena en Austria no aprobaron el suicidio como

Tabla 1 Derecho a cometer suicidio

	Usted (%)	Otro individuo (%)
Sí	21	28
No	71	25
En determinadas situaciones	2	7
No tengo opinión	—	10

Tabla 2 Ayuda a otros a cometer suicidio

	Familiar o amigo íntimo (%)	Otro individuo (%)
Lo ayudaría	6	3
No lo ayudaría	21	25
Dependiendo de la razón que tuviera lo ayudaría	5	9
Trataría de prevenirlo	62	52
No se	6	11

un derecho del individuo, resultados inferiores a los obtenidos en la presente investigación. Las diferencias porcentuales que se observan, reflejan un predominio de la afectividad sobre el intelecto.

En la tabla 2 se muestran las propuestas relacionadas con la participación personal en el suicidio asistido de un familiar o amigo íntimo y de cualquier otro individuo. Más de la mitad de los entrevistados (62% y 52%) tratarían de prevenirlo, independientemente del parentesco.

El 21% y el 25% no lo auxiliaría. Sin embargo, llama la atención que el 6% ayudaría a cometer suicidio a un familiar o amigo íntimo y el 3% a cualquier otro individuo. Este resultado contrasta con el obtenido entre los estudiantes de 5° año de medicina, que sólo el 0,93% ayudaría a otros a cometer suicidio⁽¹⁰⁾.

Las diferencias entre ambos resultados pudiera estar determinada por dificultades en las relaciones familiares, pues el mayor número de ayuda a cometer suicidio sería entre los propios familiares; una utilización inadecuada de la libertad de acción; una visión distorsionada de la ayuda, que se hace incondicional sin tener en cuenta los fines para los cuales va a ser utilizada, etc.

En la tabla 3 se muestran los resultados relacionados con la prevención del suicidio y sólo el 63% estuvo totalmente de acuerdo, respuesta que contrasta con el 94,3% de los estudiantes de medicina de 1° y 2° año y con el 88,8% entre los de 5° año.

En la propia tabla se puede observar que el 20% está totalmente de acuerdo en la creación de una

Tabla 3 Prevenir el suicidio o suicidio asistido

	%
Usted cree que en Cuba debe prevenirse el suicidio	
— Totalmente de acuerdo	63
— Totalmente en desacuerdo	23
— Parcialmente de acuerdo	5
— No tengo opinión	9
Usted cree que en Cuba debe establecerse una clínica donde las personas reciban asistencia para suicidarse	
— Totalmente de acuerdo	20
— Totalmente en desacuerdo	58
— Parcialmente de acuerdo	10
— No tengo opinión	12

clínica donde se practique el suicidio asistido médicamente.

Estas respuestas obtenidas de los estudiantes entrevistados denotan un riesgo suicida no despreciable y efectivamente, se han producido diversas tentativas de suicidio, las cuales fueron iniciadas, por la enfermera del propio instituto y en las cuales el efecto imitativo ha jugado, a juicio del autor, un importante papel y ha sido foco de su interés preventivo.

Por último, con respecto a las opiniones sobre los que intentan el suicidio, el 52% consideró que intentaban mostrar a otros cuan grande eran sus problemas, seguido de los que pensaban se trataban de enfermos mentales (25%), respuestas similares a las brindadas por los estudiantes de 5° año de medicina (tabla 4).

Tabla 4 Opiniones sobre los que intentan el suicidio

	Familiar o amigo íntimo (%)	Cualquier individuo (%)
Intentan forzar o manipular a otros a su favor	3	4
Intentan demostrar a otros cuan grande son sus problemas	52	32
Intentan morir	20	55
Son enfermos mentales	25	9

ENCUESTA

105

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Año: _____

Estimado Compañero(a):

El presente cuestionario forma parte de una investigación sobre las actitudes que asumen los jóvenes ante el comportamiento suicida. Para que los resultados sean confiables se requiere:

1. Poner bien las respuestas.
2. Ser sinceros en las respuestas.
3. Marcar sólo una respuesta por cada pregunta.
4. No dejarse contaminar por otros en sus respuestas.

Si cumple esos requisitos, nuestra investigación tendrá validez científica y tu participación habrá contribuido al estudio de la conducta suicida en nuestro medio.

Muchas gracias.

CUESTIONARIO

1. ¿Cree usted, que tiene derecho a suicidarse?
Sí ___ No ___ En determinada situación sí ___
No tengo opinión ___
 2. ¿Cree usted que cualquier individuo tiene el derecho de suicidarse?
Sí ___ No ___ En determinada situación sí ___
No tengo opinión ___
 3. Si un familiar o amigo suyo le pide ayuda para suicidarse:
a. ___ lo ayudaría para que se suicide.
b. ___ no lo ayudaría para que se suicide.
c. ___ dependiendo de la razón que tuviera lo ayudaría.
d. ___ trataría de prevenirlo.
e. ___ no sé.
 4. Si cualquier individuo le pide para suicidarse:
a. ___ lo ayudaría para que se suicide.
b. ___ no lo ayudaría para que se suicide.
c. ___ dependiendo de la razón que tuviera lo ayudaría.
d. ___ trataría de prevenirlo.
e. ___ no sé.
 5. ¿Cuál es su opinión acerca de establecer una clínica donde las personas que deseen suicidarse acudan y reciban ayuda para morir?
a. ___ estoy totalmente de acuerdo.
b. ___ estoy totalmente en desacuerdo.
c. ___ en algunos casos estaría de acuerdo.
d. ___ no tengo opinión.
 6. ¿Cree usted que en Cuba debe prevenirse el suicidio?
a. ___ estoy totalmente de acuerdo.
b. ___ estoy totalmente en desacuerdo.
c. ___ en algunos casos estaría de acuerdo.
d. ___ en tengo opinión.
 7. Si un individuo cualquiera intenta suicidarse usted piensa que:
a. ___ intenta forzar o manipular a otros a su favor.
b. ___ intenta demostrarle a otros cuan grandes son sus problemas.
c. ___ intenta morir.
d. ___ es un enfermo mental.
e. ___ no tengo opinión.
 8. Si un familiar o amigo íntimo intenta suicidarse, usted piensa que:
a. ___ intenta forzar o manipular a otros a su favor.
b. ___ intenta demostrarle a otros cuan grandes son sus problemas.
c. ___ intenta morir.
d. ___ es un enfermo mental.
e. ___ no tengo opinión.
-

106 CONCLUSIONES

1. Entre los estudiantes encuestados, las respuestas sobre el derecho a cometer suicidio estuvieron mediatizadas por la afectividad.
2. La mayoría de los estudiantes tratarían de prevenir el suicidio o no ayudarían a cometerlo.
3. Aunque hubo predominio de las respuestas que abogaban por la prevención del suicidio, el 23% estuvo en desacuerdo y un 20% a favor de la creación de una clínica en la cual se practicara el suicidio asistido.
4. Los adolescentes entrevistados, en su mayoría, consideraron al suicida como un individuo que intenta mostrar a otros cuan grande son sus problemas o es portador de alguna enfermedad mental.

5. Los estudiantes entrevistados, por sus respuestas permisivas hacia la conducta suicida, a favor del suicidio asistido y en contra de la prevención denotan gran riesgo suicida.

RECOMENDACIONES

1. Realizar sesiones de Psicoterapia Didáctica a estudiantes, profesores y familiares en los que se aborda el diagnóstico precoz del riesgo suicida y cómo aplicar la primera ayuda psicológica en tales casos.
2. Actualizar el equipo de salud (médico y enfermera) en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en el adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sauro B, Cruz C de la. Los suicidios. España: Editorial Martínez Roca, (s/a).
2. Elderid J. Caring for the suicidal. London: Ed. Constable; 1993.
3. Le suicide assiste a l'étranger. Bulletin du groupement d'études et de prevention du suicide. 1995; 13(1):36-42.
4. Euthanasia and Assisted suicide. First Session. Thirty-fifth Parliament, 1994. Senate of Canadá. Tuesday, September 27, 1994. Vancouver, British Columbia Issue n° 15.
5. Pérez Barrero S. Factores de riesgo suicida en niños menores de 5 años. Rev Peruana Psiq 1995;2:18-22.
6. Pérez Barrero S. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cub Med Gral Integr 1995;11(4):319-26.
7. Pérez Barrero S, Sánchez Pérez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo-Granma 1990. Rev Cub Med Gral Integr 1994;10(2):109-14.
8. Pérez Barrero S. Guía práctica para evaluar el riesgo suicida. Rev Peruana Psiq 1994;10(1):33-6.
9. Pérez Barrero S. Psicoterapia didáctica en población con riesgo suicida. Experiencias de un quinquenio (1990-1994). Rev Peruana Psiq 1995;2:87-93.
10. Pérez Barrero S. Actitudes hacia el suicidio en 27 estudiantes de medicina. Rev Peruana Psiq 1996;3:40-6.
11. Pérez Barrero S. Actitudes hacia el suicidio en médicos de la familia. Conferencia magistral impartida en el auditorio del instituto de Cardiología "Ignacio Chávez" en sesión plenaria del II Congreso Internacional de la A.I.T.S. México DR, septiembre, 1996

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría
Infanto-Juvenil

4 números al año

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 1997

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

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

**Solicitud de inscripción en la
Asociación Española de
Psiquiatría Infanto-Juvenil**

D. _____
con título de _____
que desempeña en (Centro de trabajo) _____
con domicilio en _____
población _____ D.P. _____ Provincia

Solicita su ingreso en la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Firma

Fecha:

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta Directiva y ratificada en la Junta General de la Asociación.
La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de asociado.

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____
Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____
Calle _____ Población _____
D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte, o Ahorro N.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco o caja Oficina Control Nº cuenta (10 dígitos)

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.**

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:
Dr. César Antolín
Gudiana, 17
28002 Madrid

_____ de _____ de 199__

P. M. Ruiz Lázaro¹
P. J. Ruiz Lázaro²

Tiempo libre y adaptación en adolescentes

Spare time and adaptation in adolescents

- 1 Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Clínico Universitario
Comisión de Infancia del Casco Viejo. Zaragoza.
2 Pediatra
Centro de Salud Labradores. Logroño

Correspondencia:
P. M. Ruiz Lázaro
Luis Vives, 8 - 3º A
50006 Zaragoza

RESUMEN

Introducción: el Tiempo Libre es un espacio educativo complementario de la familia y la escuela, de indudable interés preventivo en higiene mental. Es preciso partir de un análisis de la realidad del entorno social, escolar, familiar para realizar una programación que responda a las necesidades didácticas.

Objetivo: conocer la adaptación de los adolescentes del Casco Viejo de Zaragoza asistentes a Centros de Tiempo Libre.

Material y método: se aplica el cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell (1934), adaptado y normalizado por Cerda (1963), a individuos entre 12 y 16 años que acuden a los centros de Tiempo Libre del Casco Viejo (Distrito 1).

Resultados: se obtienen datos de la adaptación familiar, a la salud, social y emocional de los Centros de Tiempo Libre y Proyecto de Integración de espacios escolares de la zona Portillo-Pignatelli en 84 individuos, apreciándose diferencias entre los clubes normalizados de integración y los específicos de

población marginal con baja extracción socioeconómica, minorías étnicas y problemas de comportamiento respecto a la utilización del cuestionario.

Conclusiones: parece útil estudiar de modo científico la adaptación desde los centros de tiempo libre en colaboración con profesionales de la salud. Ello puede redundar en una mejor labor educativa y preventiva por parte de los monitores de tiempo libre a través de un mayor conocimiento de los problemas de la población que atienden.

PALABRAS CLAVE

Adaptación; Adolescentes; Tiempo Libre.

ABSTRACT

Introduction: the spare time is an educational space, complementary of family and school with a great value in mental hygiene. It is necessary to

108 *start with an analysis of reality: social, school and family environment, to realize a programming according to didactical needs.*

Objective: to know the adaptation in adolescents from old town of Zaragoza who assist in spare time clubs.

Material and method: it is used the Bell's adolescent adaptation questionnaire (1934), adapted and standardized by Cerda (1963) in people between 12 and 16 years old who assist to spare time clubs in the old town (District 1).

Results: it is obtained pieces of information of familiar, health, social and emotional adaptation of spare time clubs and PIEE (Integration Schoolar Space Plan) of Portillo-Pignatelli zone with 84 subjects. Differences are noticed between this normalized clubs of integration and the specific clubs, which working with poors, gipsies and migrants people some of them with bad behavior in the questionnaire application.

Conclusions: it seems useful to study in a scientific way the adaptation since the spare time clubs in union with health professionals. This can improve the educational and preventive labor of spare time monitors, knowing deeper the problems about the adolescents which working with.

KEY WORDS

Adaptation; Adolescent; Spare Time.

INTRODUCCIÓN

El Tiempo Libre (TL) es un espacio educativo complementario de la familia y la escuela, de indudable interés preventivo en Higiene Mental. Posee en sí mismo la posibilidad de crear una actitud libre, liberadora y humanizadora para la persona, al situarse fuera de la cadena de obligaciones y necesidades que fuerzan el desarrollo personal en los demás ámbitos vitales. Las actitudes que en él se viven y desarrollan trascienden a las demás situaciones de la vida. No es el tiempo lo que tiene que ser libre sino el hombre: esta es

la finalidad esencial de la educación en el Tiempo Libre⁽¹⁾.

Se establece un modelo de persona que vive en grupo, en una sociedad, desde una concepción humanista. Se busca un desarrollo integral educando en valores⁽¹⁻³⁾.

Es preciso partir de un Análisis de la realidad del entorno social, escolar, familiar para realizar una programación que responda a las necesidades didácticas. Se necesita un conocimiento personalizado del individuo y de su ambiente para realizar un buen Seguimiento y una correcta Evaluación (útil, factible, ética y precisa, según las normas del Joint Committee on Standards for Educational Evaluation)⁽⁴⁾ con adecuación de objetivos y metodología al entorno, con mecanismos de retroalimentación para la reconducción del proceso educativo o el planteamiento de uno nuevo y que determine las líneas o acciones de continuidad a emprender a partir del momento evaluado⁽⁵⁾.

Muchos factores pueden alterar el normal desarrollo personal y el aprendizaje:

- *Intrínsecos*: trastornos del lenguaje, déficits sensoriales, retraso mental, enfermedades crónicas.
- *Extrínsecos* (inherentes al medio ambiente): disfunciones familiares, problemas socioeconómicos, deficiencias en la enseñanza.
- *Otros*: que resultan de la interacción entre el individuo y su entorno: destaca la insuficiente adaptación, la figura del inadaptado que marca la transición del "vigilar y castigar" al "detectar-prevenir". En lo psicosocial, se reconoce una interdependencia, una correlación entre el individuo y su contexto, pues la persona está en interacción constante con los diferentes entornos a que pertenece⁽⁶⁾.

La Adaptación engloba las modificaciones activas que un sujeto opera en sí mismo, con el fin de armonizar con las condiciones ambientales en las cuales desenvuelve normalmente su vida, y las reacciones positivas que él, en presencia de nuevas experiencias moviliza. Hartmann subrayó que era necesario considerar tanto la adaptación del hombre en la infancia como su capacidad de conservar su adaptación en su entorno vital posterior⁽⁶⁾.

Los **objetivos** del presente trabajo son: conocer la adaptación de los adolescentes del Casco Viejo

de Zaragoza asistentes a Centros de Tiempo Libre y comprobar la utilidad del uso de un cuestionario de adaptación para el análisis de la realidad, seguimiento y evaluación en Centros de Tiempo Libre.

MÉTODOS

Procedimiento

Se aplica el Cuestionario de Adaptación para adolescentes de Hugh M. Bell (1934), adaptado y normalizado en España por E. Cerda (1963).

Se eligió este instrumento por nuestra experiencia en su empleo en nuestras consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, su supuesto fácil manejo y su normalización en nuestro medio, frente a otros que exploran adaptación: como la "Ascendencia-Sumisión" de Allport, "Personalidad" de Bernreuter B4-D, Schedule Personality de Thurstone y el Test de adaptación personal de Rogers⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Muestra

Se obtienen datos de la adaptación familiar, a la salud, social y emocional de 84 adolescentes (48 varones y 36 mujeres) de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, asistentes a los Centros de Tiempo Libre (CTL "El Portillo" y "Garabato" de Oscus) y Proyecto de Integración de Espacios Escolares (PIEE) del Colegio Público Ramón y Cajal de la zona Portillo-Pignatelli (Distrito 1 de Zaragoza: Casco Viejo).

Pendientes de estudio están las zonas San Pablo-Santo Domingo y Magdalena-Tenerías.

RESULTADOS

No hay suficiente adaptación familiar (Gráf. 1) en un 55,95% (no satisfactoria en un 28,57%; mala en un 27,38%).

La adaptación a la salud (Gráf. 2) plantea problemas en un 42,85% (no satisfactoria en un 23,81% y mala en un 19,04%).

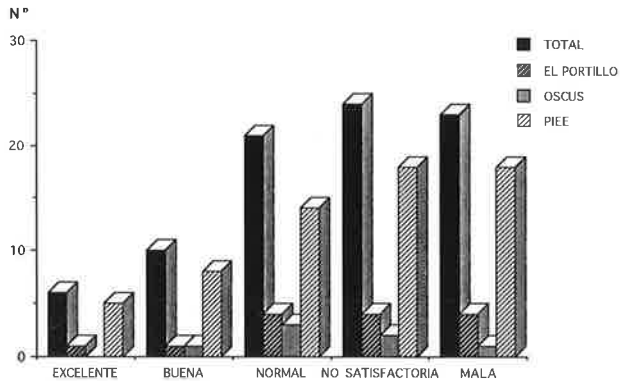


Gráfico 1. Adaptación familiar.

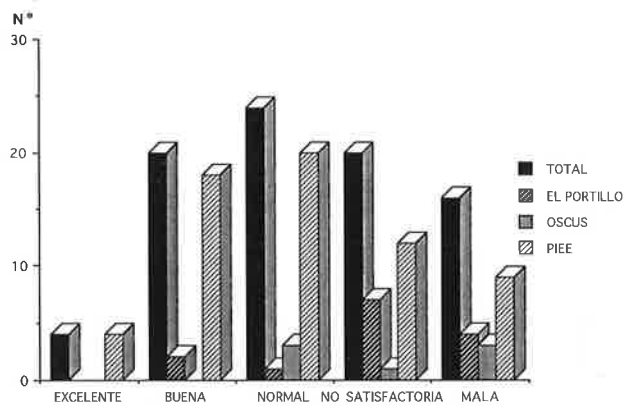


Gráfico 2. Adaptación salud.

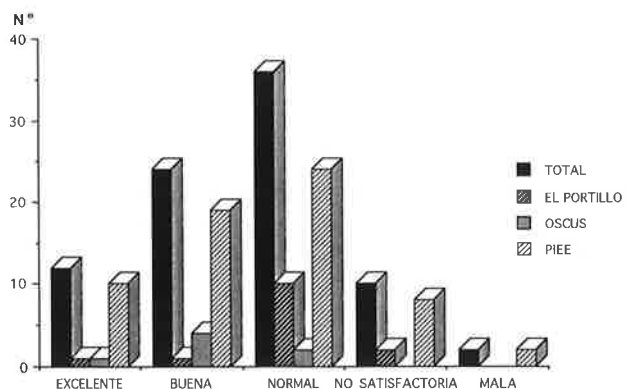


Gráfico 3. Adaptación social.

Hay desadaptación social (Gráf. 3) únicamente en un 14,28% (no satisfactoria en un 11,90%; mala en un 2,38%).

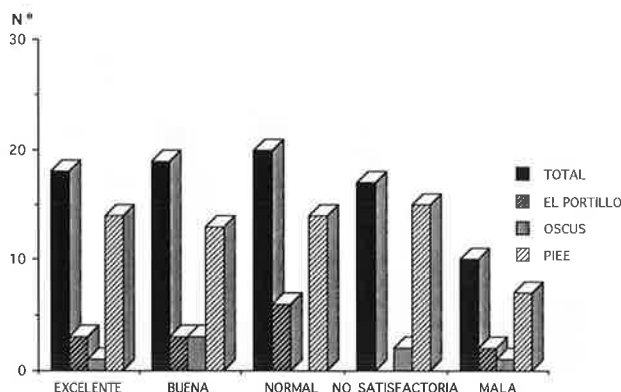


Gráfico 4. Adaptación emocional.

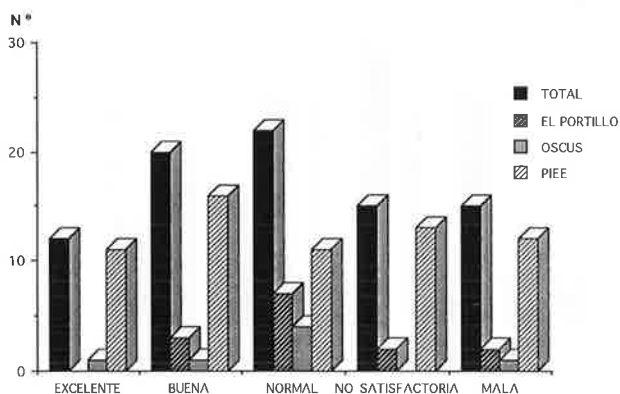


Gráfico 5. Adaptación total.

La adaptación emocional (Gráf. 4) no es adecuada en un 32,13% (no satisfactoria en un 20,23%; mala en un 11,90%).

En conjunto la adaptación total (Gráf. 5) fracasa en un 35,70% (no satisfactoria y mala en un 17,85%).

DISCUSIÓN

El concepto de adaptación para Shaffer sería un proceso biológico mediante el cual los organismos consiguen ajustarse a su medio. Para Allport es la organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan sus peculiares adaptaciones al medio⁽¹¹⁾. La adaptación para Piaget es

la habilidad de un sujeto para adaptarse al medio e interactuar con él; se produce como resultado final de dos procesos: la asimilación y la acomodación⁽¹²⁾.

La ciudad moderna exige de sus moradores sobreesfuerzos de adaptación en todos los órdenes⁽¹³⁾, emplear mecanismos de adaptación, ciertas formas en que las personas manejan los cambios en su ambiente⁽¹⁴⁾. Los adolescentes deben adaptarse a las modificaciones que experimentan su cuerpo, su mente y el ambiente que les rodea.

Nuestros resultados no dejan de tener sentido si se analizan desde el mundo de la Hebelogía. Como señalaba Julián de Ajuriaguerra (1977), en nuestros días el adolescente actual (más precoz y comunitario) deja de pertenecer con exclusividad a su familia, se integra sociológicamente con los de su edad y se opone como clase uniforme a la otra clase (la de los adultos, los padres)^(15,16). En la adolescencia se da la interacción dependencia/independencia, una lucha intrapsíquica por un sentido de emancipación del núcleo familiar. Se forman grupos de compañeros que conllevan la intención del adolescente de alejarse de la vida familiar hacia objetivos más "fuertes"⁽¹⁷⁾. No es de extrañar que la adaptación familiar no sea normal en más del 50% de los casos y sí sea adecuada la adaptación social en un 85,74%. No olvidemos que en los Clubes o Centros de Tiempo Libre además se trabaja en grupo, se favorece el ocio cooperativo, la actividad que exige compañía y reciprocidad, y se potencia la convivencia y la relación interpersonal entre iguales⁽¹⁸⁾.

Los problemas de adaptación a la salud en un 42,85% pueden deberse a la edad de la muestra, de predominio en la primera fase de la adolescencia (10-14 años), según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Necesidades de Salud de la Adolescencia y la tendencia a la queja somática, en la población infantil. Así, según la Psicología Evolutiva (Gesell, 1984) la salud del niño de 14 años se vive como buena y pocos adolescentes de esta edad tienen el "hábito de enfermar" como puede haberles sucedido a los 11, 12 años y a veces a los 13 años⁽²⁰⁾.

La desadaptación emocional en un tercio de los adolescentes tempranos no sorprende en una época de tránsito, tanto somático como psíquico, entre

el modo de ser del niño y la madurez del adulto, pero no parece ser de especial relevancia.

Estos datos pueden ser de gran ayuda para detectar alteraciones en la población que se educa, en el seguimiento y en la posterior evaluación con un instrumento que proporciona información útil, asequible, que asegura resultados honestos de un modo preciso, es decir que cumple los Criterios del Joint Committee on Standards for Educational Evaluation.

Apreciamos diferencias entre los clubes normalizados de integración de la zona Portillo-Pignatelli y los específicos de población marginal (de Avenida) con minorías étnicas y problemas de comportamiento ("niños difíciles" de G. Amado o "niños inadaptados" de Y. M. J. Chombart de Lauwe)⁽¹⁵⁾. En este segundo tipo de Centros las dificultades de uso del cuestionario han sido mayores y está por estudiar su utilidad en población marginal desadaptada fuera de un marco institucional. Las razones argumentadas por los monitores son su extensión, las dificultades de lectura, la falta de motivación, la confidencialidad de las preguntas (existía suspicacia, temor a la utilización de los datos), y las propias características de esta pobla-

ción conflictiva (así en la zona de la Magdalena hubo un asalto a las instalaciones de su Club y se suspendió las actividades hasta el próximo curso).

111

CONCLUSIONES

- Parece útil estudiar de modo científico la adaptación desde los Centros de Tiempo Libre normalizados de integración, en colaboración con profesionales de Ciencias de la salud (médicos, pediatras, psiquiatras infantiles).
- Ello puede redundar en una mejor labor educativa y preventiva por parte de los monitores de Tiempo Libre a través de un mayor conocimiento de los problemas que presenta la población que atienden.
- Está por estudiar la utilidad del Cuestionario de adaptación de H. M. Bell en el Análisis de la realidad, Seguimiento y Evaluación de centros específicos de población marginal.
- Nos planteamos en un inmediato futuro concluir el estudio de la adaptación en el Tiempo Libre del Casco Viejo y ampliarlo al resto de Distritos de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz PM, Garcés EM. El tiempo libre normalizado en la red de apoyo social en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. *Trabajo Social y Salud* 1996;23:75-84.
2. Ruiz PJ, Ruiz PM. El tiempo libre y la educación para la salud en alimentación-nutrición en comedores escolares y centros de tiempo libre. *An Esp Pediatr* 1995;43:447-8.
3. Martín E. El entorno escolar: un contexto saludable. En: *Hospital 12 de Octubre: Jornadas de Salud mental infanto-juvenil. La salud mental en la red de atención a la infancia.* Madrid; 1993.
4. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. *Normas de Evaluación para programas, proyectos y material educativo.* Méjico: Ed Trillas; 1988.
5. Viche M. *Intervención sociocultural.* Valencia: Ed. Federación Valenciana de animación y Cultura popular; 1989.
6. Cramer J. El enfoque psicosocial de los padres. En: Manzano J, Palacio-Espasa F, editores. *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía.* Barcelona: Paidós; 1993.
7. Corman L. *Examen psicológico del niño.* Barcelona: Herder; 1985.
8. Bell HM. *Cuestionario de Adaptación para adolescentes. Adaptación española por E Cerda.* Barcelona: Herder; 1970.
9. Moor L. *Tests mentales en Psiquiatría Infantil.* Barcelona: Toray-Masson; 1969.
10. Sánchez-Blanco A. *Psychological Tests in Psychiatry.* En: Seva A, editor. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health.* 1ª edición. Barcelona: Anthropos. Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991. p. 199-216.
11. Gómez-Reino I, Ferreiro MD, Domínguez MD, Rodríguez A. Consumo de alcohol en adolescentes: relación con los niveles de adaptación social y familiar. *Psiquis* 1995;16(4):129-38.
12. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica.* 7ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 161-228.
13. Seva A. El concepto normal/anormal en psicología médica. La salud y la higiene psicológica. En: Seva A, editor. *Psicología Médica. Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad.* 1ª edición. Zaragoza: INO Reproducciones; 1994. p. 57-71.

- 112**
14. Gelder M, Gath D, Mayou R. *Psiquiatría*. 2ª edición. México: Nueva Editorial Interamericana; 1993.
 15. De Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson; 1993.
 16. Seva A. *Salud mental evolutiva*. Zaragoza: Pórtico; 1983.
 17. Saphiro T, Hertzig ME. Desarrollo normal en la infancia y la adolescencia. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *Tratado de Psiquiatría*. 2ª edición. Barcelona: Ancora; 1996. p. 113-51.
 18. Puig JM, Trilla J. *La pedagogía del ocio*. 2ª edición. Barcelona: Laertes; 1996.
 19. Salleras L. Salud de la adolescencia. En: Piédrola G. *Medicina Preventiva y Salud pública*. Barcelona: Salvat; 1990.
 20. Gessel A. *Psicología Evolutiva de 1 a 16 años*. Barcelona: Paidós; 1984.



Seroxat

paroxetine

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. SEROXAT. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido de Seroxat contiene como principio activo: paroxetine (en forma de clorhidrato), 20 mg. **FORMA FARMACÉUTICA.** Seroxat se presenta en comprimidos recubiertos, ovalados, biconvexos, que contienen clorhidrato de paroxetine, equivalente a paroxetine 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 paroxetine mantiene su eficacia durante períodos de hasta 1 año. Tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos. En un ensayo clínico controlado con placebo, paroxetine fue eficaz durante al menos un año, en el tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos. También demostró eficacia en la prevención de recaídas de estos trastornos. Tratamiento del trastorno por angustia ("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. Hay pocos datos de eficacia a largo plazo: únicamente 68 pacientes tratados durante un año han sido comparados con placebo. En ellos la eficacia parece mantenerse. **POSOLOGIA 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 obsesivos 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 angustia ("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 de los trastornos por angustia, hecho habitual cuando se inicia el tratamiento de esta patología. Se recomienda administrar la paroxetine 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 angustia. Al igual que con cualquier psicofármaco, es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de síntomas tales como irritabilidad, alteraciones del sueño, vértigo, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración. La administración matutina de paroxetine no altera ni la calidad ni la duración del sueño. Más aún, los pacientes suelen experimentar una mejoría del sueño, a medida que responden al tratamiento con paroxetine. **Ancianos:** En ancianos aparecen incrementadas las concentraciones plasmáticas de paroxetine, 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 paroxetine, por lo que la dosis se debe reducir al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). **CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad conocida a paroxetine, pero no se recomienda el empleo de paroxetine 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:** paroxetine 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, paroxetine 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 paroxetine. El tratamiento debe interrumpirse en todo paciente que desarrolle crisis convulsivas. **Terapia electroconvulsiva (TEC):** existe muy poca experiencia clínica sobre la administración concomitante de paroxetine con TEC. **Precauciones especiales:** Como ocurre con la mayoría de los antidepressivos, no se debe utilizar paroxetine en combinación con los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), ni antes de transcurridas dos semanas tras suspender el tratamiento con un MAO. Por lo tanto, el tratamiento con paroxetine deberá iniciarse con precaución; y la dosificación se aumentará gradualmente hasta alcanzar la respuesta óptima. A su vez, no deben administrarse inhibidores de la monoaminoxidasa antes de que hayan transcurrido dos semanas, una vez suspendido el tratamiento con paroxetine. Al igual que todos los antidepressivos, paroxetine se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía. Los datos preliminares sugieren que puede producirse una interacción farmacodinámica entre paroxetine y warfarina que puede aumentar el riesgo de hemorragia sin que se reflejen cambios en el tiempo de protrombina. Por este motivo, paroxetine 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 paroxetine y triptófano. **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN.** La absorción y la farmacocinética de paroxetine no se modifican con alimentos ni antiácidos. Como con otros antidepressivos, incluyendo ISRS, paroxetine inhibe el isoenzima del citocromo hepático específico P450 responsable del metabolismo de debrisoquina y esparteína. 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), neurolépticos fenotiazínicos (ej: perfenazina y tioridazina) y los antiarrítmicos Tipo 1c (ej: propafenona y flecaína). Paroxetine 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 paroxetine. Por ejemplo, cimetidina, inhibidor de los sistemas enzimáticos, puede aumentar la biodisponibilidad de paroxetine. Fenitoina, inductor de los sistemas enzimáticos, puede disminuirla. Cuando se administra concomitantemente paroxetine con un inhibidor de las enzimas hepáticas, es conveniente reducir la dosis de paroxetine al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). En principio, no es necesario ajustar la dosis de paroxetine cuando se administra concomitantemente con un inductor enzimático. Cualquier ajuste de la dosis debe basarse en la respuesta clínica (tolerancia y eficacia). Un estudio de la interacción entre paroxetine y diazepam no mostró alteración en la farmacocinética de paroxetine 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 paroxetine con antidepressivos tricíclicos y neurolépticos, el uso concomitante de paroxetine 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 producirse una interacción entre paroxetine 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 paroxetine y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). (Ver "Precauciones Especiales"). Aunque paroxetine no aumenta el deterioro que provoca el alcohol sobre las funciones mental y motora, no se recomienda administrar simultáneamente paroxetine y alcohol. La experiencia en un grupo de individuos sanos demuestra que paroxetine no aumenta el efecto sedante ni la confusión asociada al haloperidol, amilobarbital y oxazepam, cuando se administra junto con estos fármacos. La experiencia clínica de administración concomitante de paroxetine y litio es limitada, por lo que debe realizarse con precaución. La administración conjunta de paroxetine y fenitoina se asocia a una disminución de los niveles plasmáticos de paroxetine y un aumento de los efectos secundarios. No son necesarios ajustes de la dosis inicial de paroxetine cuando se administran conjuntamente dichos principios activos; cualquier ajuste posterior debe guiarse por el efecto clínico. La administración concomitante de paroxetine y otros antiepilépticos también puede estar asociada a un mayor número de efectos secundarios. La administración diaria de paroxetine incrementa significativamente los niveles plasmáticos de procliclidina. Si se observaran efectos anticolinérgicos, se debería reducir la dosis de procliclidina. **EMBARAZO Y LACTANCIA.** Aunque los estudios en animales no muestran ningún efecto teratogénico o embriotóxico selectivo, no se ha establecido la seguridad de paroxetine 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 VEHÍCULOS Y UTILIZAR MÁQUINAS.** La experiencia clínica demuestra que el tratamiento con paroxetine 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. **EFFECTOS INDESEABLES.** Los efectos indeseables de la paroxetine 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 paroxetine, que no se observaron con la misma incidencia en pacientes tratados con placebo, fueron: náuseas, somnolencia, sudoración, temblor, astenia, 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 paroxetine 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 revierte al interrumpir el tratamiento. En raras ocasiones se han comunicado elevaciones transitorias de las enzimas hepáticas. Ha habido casos aislados de alteraciones graves en la función hepática en pacientes tratados con paroxetine. Se debe interrumpir el tratamiento con paroxetine si durante éste se desarrollan alteraciones de la función hepática. Se han comunicado trastornos extrapiramidales ocasionales, incluyendo distonia orofacial, en pacientes que a veces padecían de trastornos oculares del movimiento o en aquellos tratados con neurolépticos. De forma excepcional, se han comunicado los siguientes efectos indeseables: equimosis, rash, glaucoma agudo, retención urinaria, edema periférico y facial, síndrome neuroléptico maligno y síntomas de hiperprolactinemia/galactorrea. **SOBREDOSIFICACIÓN.** Los síntomas de sobredosificación con paroxetine incluyen: náuseas, vómitos, temblor, midriasis, sequedad de boca e irritabilidad. No se ha descrito ningún caso de anomalías del ECG, como o convulsiones tras la sobredosis con paroxetine. Se desconoce antídoto específico. Se han comunicado casos de sobredosis con paroxetine sola (hasta 2000 mg), y en combinación con otros agentes. Cuando se utilizó paroxetine 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 procederá al 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. **PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No requiere condiciones especiales. **PRESENTACIONES.** Seroxat 14 y 28 comprimidos. **PRECIO.** PVP y PVP IVA-4: Seroxat 14 comprimidos: PVP. 2.993 ptas. y PVP IVA-4 3.050 ptas. Seroxat 28 comprimidos: PVP. 5.546 ptas. y PVP IVA-4 5.768 ptas. **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA S.S.** Con receta médica. Ambas presentaciones poseen cícero con lo que la aportación por el asegurado es de: Seroxat 14 comprimidos: 305 ptas. Seroxat 28 comprimidos: 439 ptas. **INSTRUCCIONES PARA SU USO/MANIPULACIÓN.** No hay instrucciones especiales. **NOMBRE Y DOMICILIO SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** SmithKline Beecham, S.A. C/ Valle de la Fuenfría nº3. 28034-Madrid. **PARA MÁS INFORMACIÓN CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO.**

potente



y selectivo

paroxetina
Seroxat

eficacia antidepresiva y buena tolerancia...

...como debe **Ser**



SmithKline Beecham

J. L. de Dios de Vega¹
M^a J. Mardomingo Sanz²
L. Sordo Sordo³
F. J. San Sebastián Cabasés⁴
P. Rodríguez Ramos¹

Paroxetina en el tratamiento del Trastorno Depresivo en adolescentes

- 1 Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Madrid
2 Servicio de Psiquiatría Infantil Hospital Gregorio Marañón de Madrid
3 Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha
4 Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Correspondencia:

J. L. de Dios de Vega
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Universitario San Carlos. Consultorios Ala Norte
Dr. Martín Lagos, s/n
28040 Madrid

Paroxetine in adolescent depressive disorder's treatment

RESUMEN

Un análisis comparativo de diversos estudios sobre el tratamiento farmacológico de la depresión en la adolescencia apoya la idea de que los IMAOs y aquellos fármacos que actúan sobre el sistema serotoninérgico, muestran una mayor actividad sobre la depresión del adolescente que los que actúan sobre el sistema noradrenérgico. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) han demostrado su utilidad en el tratamiento de la depresión en la población adulta y han demostrado también un mejor perfil de tolerabilidad comparados con los antidepresivos tricíclicos.

En este artículo se muestran los resultados de un estudio abierto con un ISRS, la *paroxetina*, en el tratamiento de la depresión en el adolescente. Se ha estudiado su eficacia en un grupo de 48 adolescentes (36 mujeres, 12 varones, con una edad media de 16,2 años) que reunieron los criterios de diagnóstico del manual CIE-10 para el Trastorno Depresivo. En 23 de ellos se encontraron antecedentes

familiares de trastornos depresivos y 20 pacientes habían recibido tratamientos previos con antidepresivos. La dosis de paroxetina fue de 20 mg/día en todos los casos salvo en 7 que recibieron 40 mg/día. Diecisiete recibieron un tratamiento asociado con benzodiazepinas (15 casos) o antipsicóticos (2 casos).

A las 8 semanas de tratamiento, mostraron una respuesta satisfactoria el 81,2%, no encontrándose mejoría alguna en el 18,7%. No se apreciaron efectos secundarios en 29 de los adolescentes (60,4%), y fueron leves en 14 casos (29,1%). De los 5 restantes, 3 experimentaron efectos secundarios moderados (inquietud, mareos), uno tuvo un efecto secundario severo (hipotensión ortostática) y uno manifestó una hipomanía en la segunda semana de tratamiento. Los efectos secundarios más frecuentes, tales como astenia y náuseas, aparecieron en la primeras dos semanas de tratamiento.

En conclusión, en este trabajo abierto con adolescentes, la paroxetina ha sido bien tolerada y ha demostrado una eficacia antidepresiva en la mayoría de los pacientes.

114 **PALABRAS CLAVE**

Adolescente; Depresión; Paroxetina.

ABSTRACT

Comparative analysis of several open studies about pharmacologic treatment of depression in adolescents support the view that IMAOs and agents which interact with the serotonergic system rather than the noradrenergic system may prove more effective in the treatment of depression in the adult population and have an improved tolerability profile compared with the tricyclic antidepressants. We now report the results of an open study with an SSRI, paroxetine, in the treatment of adolescent depression. The efficacy of paroxetine was studied in a sample of 48 adolescents (36 female, 12 male; mean age 16.2 years) with an ICD-10 first or second diagnose of depressive disorder. In 23 of the adolescents there was a family history of depressive disorders and 20 of these patients had previously been treated with antidepressants. The dose of paroxetine was 20 mg/day in all cases but seven of the patients who received 40 mg/day. Seventeen patients received concomitant therapy with benzodiazepines (15 cases) or antipsychotics (2 cases). At the week 8 assessment, 32 patients (18.2%) showed a satisfactory response to treatment and 9 patients (18.9%) showed no response. No side effects were reported in 29 of the adolescents (60.4%), and mild side effects in 14 cases (29.1%). Of the remaining five patients three experienced moderate effects (restlessness, drowsiness), one a severe effect (orthostatic hypotension) and one hypomania during the second week of treatment. The most frequently reported side effects such as asthenia and nausea occurred during the first two weeks of treatment. In conclusion, in this open study in adolescents, paroxetine was well tolerated and demonstrated antidepressant efficacy in the majority of patients.

KEY WORDS

Adolescent; Depression; Paroxetine.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la depresión en la adolescencia es todavía objeto de muchas discusiones, en primer lugar por las diferentes concepciones entre los diversos autores, que la pueden considerar ya como algo "normal" en la etapa adolescente, ya como alteraciones afectivas "reactivas" a situaciones estresantes propias de la adolescencia, ya como una entidad nosológica con las mismas características que en el adulto pero con ciertas variaciones sintomatológicas y evolutivas debidas al proceso madurativo típico de la etapa de desarrollo a la que nos referimos. En segundo lugar, sigue planteándose qué tipo de tratamiento puede ser más eficaz, si la psicoterapia en sus distintas modalidades o la farmacoterapia y, dentro de ésta, qué fármacos pueden ser los más eficaces.

No obstante, hay que tener en cuenta que aquel tratamiento que sea realmente efectivo en la depresión del adolescente sirve no sólo para corregir el episodio depresivo y por lo tanto modificar su curso y evolución, sino también para prevenir episodios depresivos posteriores y sus graves consecuencias, ya que está demostrado que una amplia proporción de depresiones del adulto empiezan en la adolescencia e incluso en la infancia^(1, 2). A estas consideraciones hay que añadir la convicción de que la depresión en la infancia y la adolescencia se está incrementando en los últimos tiempos, lo cual representa otro desafío importante, tanto desde el punto de vista psiquiátrico como psicoterapéutico^(3, 4).

A pesar de estos poderosos argumentos, hay muy pocos ensayos clínicos controlados de la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos en la depresión en el adolescente. Claro que hay que tener en cuenta que estos estudios presentan serias dificultades metodológicas e incluso éticas.

Si se hace un análisis comparativo de diversos estudios abiertos sobre la eficacia de los antidepressivos en la adolescencia se observa que hay grandes variaciones en los resultados, encontrándose que aquellos fármacos en los que la acción serotoninérgica sea la principal han dado porcentajes de eficacia mayores que aquellos cuya acción

principal es sobre la noradrenalina; así se ha observado que los IMAOs, los antidepresivos tricíclicos tipo clomipramina y los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) han mostrado mejorías significativas sobre la depresión del adolescente^(6, 7).

La *Paroxetina* es un ISRS de los más potentes y selectivos sobre la recaptación de serotonina, que ha demostrado su eficacia en la depresión de los adultos, según diversos estudios controlados. Su eficacia antidepresiva en la adolescencia solamente ha sido estudiada en un estudio abierto con 25 pacientes por debajo de los 18 años⁽⁶⁾.

Objetivo

El principal de este estudio es continuar un trabajo preliminar realizado en adolescentes, con un mayor número de pacientes, que hayan sido tratados con paroxetina.

Se trata de una revisión retrospectiva de adolescentes que hayan sido tratados con paroxetina por padecer un trastorno depresivo (diagnóstico principal o secundario) a lo largo de 8 semanas y compararlos con estudios similares realizados con otros antidepresivos.

Se revisa la eficacia y los efectos secundarios de la paroxetina a lo largo del tiempo de duración del estudio, valorando su frecuencia, gravedad y tipo de efecto.

MÉTODOS

Procedimiento

Los autores han revisado las historias clínicas y los tratamientos llevados a cabo en todos aquellos pacientes que reunían los criterios CIE-10 para el trastorno depresivo y que hayan sido tratados con paroxetina. Tras la recogida de datos, éstos se han estructurado como sigue:

- Datos biográficos, antecedentes personales y familiares, medicación previa y exámenes complementarios.
- Perfil Clínico de Evaluación de la Sintomatología Depresiva durante las primeras 8 semanas de tratamiento con paroxetina (PCSD)⁽⁶⁾.

- Dosificación de la paroxetina, con sus variaciones, duración, y fármacos asociados.
- Valoración de los efectos secundarios a través de la escala UKU de efectos colaterales.

Para la valoración de la eficacia del tratamiento se consideró:

- *Remisión total*: cuando al término del estudio (8 semanas), no aparecía ningún síntoma en el PCSD, o bien estaba presente, con carácter de leve-moderado uno de los siguientes: Autoconcepto pobre, Sentimientos de soledad, Irritabilidad, Preocupaciones hipochondriacas, Parasomnias o Alteraciones del apetito.
- *Mejoría con síntomas residuales*: son aquellos casos que a la octava semana de tratamiento mostraban síntomas leve-moderados en 2-4 de los síntomas citados en el apartado anterior.
- *Sin cambios*: persistencia de sintomatología moderada en al menos uno de los síntomas principales (tristeza, culpa, anhedonia, ideas de muerte, inhibición psíquica o motora) o severa en alguno de los síntomas secundarios antes citados.
- *Empeoramiento*: incremento de la sintomatología en uno o más de los síntomas principales, sin disminución de los otros.

115

Descripción de los pacientes

Se han estudiado un número total de 48 pacientes, adolescentes de edades comprendidas entre 12 años 0 meses y 17 años 11 meses, con una edad media de 16,2 años. La distribución por edades y sexo queda reflejada en la tabla 1. Hay un predom-

Tabla 1 Distribución por edad y sexo

Edades	Mujeres	Varones	Totales
12	1	0	1
13	1	1	2
14	7	1	8
15	11	4	15
16	10	4	14
17	6	2	8
Global	36	12	48

Tabla 2 Diagnóstico principal según CIE-10

<i>Diagnóstico principal</i>		Casos	Porcentaje
Episodio depresivo	F32	24	50
Leve	F32.0	2	4,16
Moderado	F32.1	15	31,25
Severo	F32.2	6	12,5
Severo con síntomas psicóticos	F32.3	1	2,8
Trastorno depresivo recurrente	F33		
Episodio actual moderado		4	8,33
Distimia	F34.1	11	22,91
Trastornos adaptativos			
Reacción depresiva	F43.2	2	4,16
Trastorno de pánico	F41.0	1	2,08
Trastornos de la conducta alimentaria			
Anorexia nerviosa	F50.0	4	8,33
Trastorno disocial depresivo	F92.1	2	4,16
Total		48	100%

minio claro en el sexo femenino, con una ratio varón/mujer de 1/3.

Todos los pacientes fueron evaluados y tratados en cinco consultas ambulatorias de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Todos los casos presentaban un Trastorno Depresivo con una duración mínima de 6 semanas. Asimismo, 19 casos (39,58%) habían sido tratados previamente con antidepresivos, y 22 casos (47,9%) manifestaron tener antecedentes familiares de trastornos afectivos. Todos fueron evaluados según los criterios de la CIE-10. En la tabla 2 se indican los diagnósticos especificados.

RESULTADOS

Las dosis de paroxetina utilizadas fueron las siguientes:

- A. Al inicio:
 1. 10 mg/día en 23 casos (durante 4 a 6 días)
 2. 20 mg/día en 25 casos
- B. De mantenimiento:
 1. 10 mg/día en 1 caso
 2. 20 mg/día en 42 casos
 3. 40 mg/día en 5 casos

De todos estos pacientes, 31 (64,58%) recibieron exclusivamente paroxetina para el tratamien-

Tabla 3 Resultados

Remisión total	23	47,91%
Mejoría clara con síntomas residuales (Remisión y mejoría)	13	27,08%
Sin cambios	36	75,0%
Empeoramiento	8	16,66%
Abandono	0	0,0%
Retirada del tratamiento	1	2,08%
(No cambios, abandono y retirada)	3	6,25%
	12	25,0%

to de su trastorno depresivo, y el resto, 17 casos (35,42%) en su tratamiento se asoció benzodiazepinas (15 casos) o neurolepticos (2 casos).

Los *resultados* obtenidos al cabo de las 8 semanas de tratamiento son los siguientes, de acuerdo con los criterios que se establecieron para apreciar los cambios en la sintomatología: en el 75% (36 pacientes), hubo una remisión total o franca mejoría y, en el 25% (12 casos), existió bien abandono, no cambio en los síntomas o retirada del tratamiento por los efectos secundarios; no hubo cambio en el 16,66%, abandonó el tratamiento el 2,08% y hubo que retirar el tratamiento al 6,25% por los efectos secundarios (tabla 3).

Dentro de cada grupo diagnóstico, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Episodio depresivo (F32): el 70% tuvo una remisión de la sintomatología o mejoría clara, según el PCSD.
- Trastorno depresivo recurrente (F33): los 4 casos mostraron remisión o mejoría clara.
- Distimia (F34.1): la mayoría de ellos (72%) mostraron también remisión o mejoría clara.
- Trastorno adaptativo (F43.2): uno mejoró y el otro no respondió al tratamiento.
- Trastorno de pánico y depresión (F41.0): el único caso que había remitido completamente la sintomatología.
- Anorexia nerviosa y depresión (F50.0): de 4 casos existentes en el estudio, en 3 se encontró remisión o mejoría clara del cuadro depresivo.
- Trastorno disocial depresivo (F92.0): los 2 casos respondieron a la medicación con efectividad; en 1, remitieron los síntomas y, en el otro, se apreció una mejoría franca (Tabla 4).

Tabla 4 Respuesta terapéutica

Trastorno	Nº	Rem.	Mej.	No resp.	Aband.	Ret.
Episodio depresivo	24 (100%)	11 (45%)	6 (25%)	6 (25%)	1 (4,1%)	
Trast. Depresivo recurrente	4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)			
Distimia	11 (100%)	5 (45%)	3 (27%)	1 (9%)		2 (18%)
Trast. Adapt. y depresión	2 (100%)		1 (50%)	1 (50%)		
Trast. Pánico y depresión	1 (100%)	1 (100%)				
Anorexia nerviosa y depresión	4 (100%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)		
Trast. disocial depresivo	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)			

Los efectos secundarios se valoraron con la Escala de Efectos Secundarios UKU en tres aspectos complementarios: porcentaje de pacientes con efectos secundarios, grado de severidad de dichos efectos secundarios, y tipos de efectos secundarios más frecuentemente encontrados. Así, respecto al porcentaje de adolescentes con estos efectos se observó que en el 60,41% (29 casos) no se encontraron efectos secundarios; por lo que se refiere al grado de severidad, los efectos secundarios fueron leves en el 27,08% (13 casos), que desaparecieron en el transcurso de las dos primeras semanas de tratamiento, y moderados y severos se encontraron en 6 casos, siendo necesaria la retirada de la medicación en 3 casos (tabla 5).

El tercer aspecto estudiado, *tipo de efectos secundarios*, se apreció que los más frecuentes fueron sedación en el 20,83%, astenia en el 12,50%, y cefaleas en el 10,41%; tanto la sedación como la astenia disminuyeron en las 2 primeras semanas; el resto de efectos secundarios se recoge en la tabla 6.

DISCUSIÓN

Hasta ahora, se han realizado diversos estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en la depresión del adolescente, apreciándose que aquéllos que

actúan principalmente sobre la neurotransmisión de la serotonina son más eficaces que aquellos cuyo principal efecto se realiza sobre la neurotransmisión de otros neurotransmisores (tabla 7).

La utilización de los antidepresivos en general produce unas mejorías bastante aceptables; podría alegarse que el número de pacientes incluidos en los diferentes estudios es reducido, pero hay que tener en cuenta que se está hablando de adolescentes, por debajo de 18 años, lo que significa que es bastante difícil conseguir una muestra amplia. En el presente estudio, la muestra recogida es la más amplia de los trabajos realizados con ISRS, lo cual la hace aún más significativa.

Los adolescentes que participan en este estudio no fueron escogidos por su mayor o menor gravedad de la depresión, pero sí hay que tener en

Tabla 6 Tipo y porcentaje de efectos secundarios

Tipo	Porcentaje	
Presentes en más del 10%		
• Sedación	10 casos	20,83%
• Astenia	6 casos	12,50%
• Cefaleas	5 casos	10,41%
Presentes en menos del 10%		
• Náuseas	4 casos	8,33%
• Diarrea	4 casos	8,33%
• Aumento en la duración del sueño	3 casos	6,25%
• Tensión/inquietud	3 casos	6,25%
• Disminución duración del sueño	3 casos	6,25%
• Taquicardia	2 casos	4,16%
• Hipotensión ortostática	2 casos	4,16%
• Hipomanía	2 casos	4,16%
• Aumento de la actividad onírica	1 caso	2,08%
• Anorexia	1 caso	2,08%

Tabla 5 Efectos secundarios

No efectos secundarios	29 casos	60,41%
Efectos secundarios leves	13 casos	27,08%
Efectos secundarios moderados	5 casos	10,41%
Efectos secundarios severos	1 caso	2,08%

Tabla 7 (modificada de 6) Estudios abiertos de eficacia antidepressiva en la adolescencia

<i>Autores y año</i>	<i>Fármaco</i>	<i>edad</i>	<i>Nº</i>	<i>Remisión + mejoría</i>
Lucas et al, 1965	Amitriptilina	10-17	10	60%
Dugas et al, 1980	Clomipramina	13-18	25	46% (88%) (a)
Minuti y Gallo 1982	Maprotilina	4-15	20	60%
Dugas et al, 1985	Mianserina	8-18	80	64%
Ryan et al, 1986	Imipramina	12-17	34	44%
Strober et al, 1990	Imipramina	13-18	35	29,4% (b)
Ryan et al, 1988	Tranilcipromina o fenelzina (c)	13-18	23	74% (d)
Joshi et al, 1989	Fluoxetina	9-15	14	71,4% (a)
Loño et al, 1991	Fluoxetina	10-17	30	70% (a)
R. Ramos y Fdez 1992	Fluoxetina	15-18	8	50% (75%) (a)
Jain et al, 1992	Fluoxetina	9-18	15	74% (a)
Boulos et al, 1992	Fluoxetina	16-24	31	64% (73%) (a)
Apter et al, 1994	Fluvoxamina	13-18	6	66% (a)
R. Ramos et al, 1995	Paroxetina	13-18	25	76% (a)

(a) remisión + mejoría; (b) muy mejorados + bastante mejorados; (c) solos o en combinación con tricíclicos; (d) aceptable o buena respuesta.

cuenta que más de la tercera parte habían sido tratados previamente con antidepressivos, posiblemente por tener un trastorno depresivo, y casi la mitad tenían antecedentes familiares de trastornos afectivos, con la consiguiente carga genética.

Hasta este momento, a juicio de los autores, este estudio representa el más amplio realizado con ISRS en adolescentes por debajo de los 18 años.

Antes de entrar a valorar los factores a estudiar, se observa que la ratio varón/mujer encontrada en la muestra es de 1/3, es decir, 3 mujeres por cada varón, ratio similar a la que se encuentra en la depresión del adulto y que puede significar que, a medida que el niño va desarrollándose, la razón de sexo va siendo cada vez más similar a la del adulto.

Comparación de eficacia

Los resultados de este estudio (remisión total 47,71%; mejoría clara con síntomas residuales 27,08%; remisión + mejoría 75%), comparados con los de otros estudios con ISRS son similares, y claramente mejores que los realizados con otros antidepressivos, a excepción del trabajo de Ryan et al (1988) con IMAOs⁽⁸⁾, y del de Dugas et al (1980) con clomipramina⁽⁹⁾, que son superiores (tabla 7);

los resultados obtenidos por Minuti y Gallo (1982) con maprotilina y por Joshi et al (1989) con fluoxetina, fueron realizados con niños y no pueden ser fuente de comparación con los estudios sobre adolescentes, ya que los peores resultados se encuentran en adolescentes. Estos estudios se han incluido en la tabla por ser los únicos encontrados con estos fármacos.

De los trabajos realizados con ISRS, todos son con fluoxetina, salvo uno con fluvoxamina (Apter et al, 1994) y otro con paroxetina (Rodríguez Ramos et al, 1995), apreciándose que los resultados en cuanto eficacia se refiere, son similares, no encontrándose grandes variaciones, por lo que podría concluirse que la eficacia de los ISRS en la depresión del adolescente es similar, independientemente del fármaco de esta clase que se utilice; claro está que, salvo el estudio de Loño et al (1991), con 30 pacientes, y de Boulos et al (1992) con 31 pacientes, el resto suma un número excesivamente pequeño para poder extraer conclusiones válidas.

Comparación de efectos secundarios

Los efectos secundarios encontrados en este estudio fueron los esperados con la utilización de paroxetina y, en general, de ISRS. Hay que resal-

tar que en el 60,41% de los casos no aparecieron efectos secundarios y, en los que aparecieron, la mayoría fueron bastante leves, con sólo un 12,49% de pacientes con efectos moderados y severos, lo que indica un buen perfil de seguridad de la paroxetina cuando se utiliza en el adolescente. La mayoría apareció dentro de las dos primeras semanas de tratamiento, desapareciendo con rapidez en la tercera semana; además, ni la intensidad de ellos ni su duración impidieron la realización de una vida normal, excepto en los tres casos de retirada de medicación.

La frecuencia de efectos secundarios en niños y adolescentes encontrada con los ISRS varía ampliamente, y no existen estudios precisos. En este trabajo se encuentran algunas diferencias con los efectos secundarios encontrados con la fluoxetina; Jain et al (1992)⁽¹⁰⁾ observaron que el efecto secundario más común encontrado en niños y adolescentes a los que habían tratado con fluoxetina eran síntomas de carácter hipomaniaco (23%), irritabilidad (19%), indisposición gastrointestinal (13%) e insomnio (13%), efectos mucho más frecuentes que los encontrados por los autores.

En este estudio, el efecto secundario más frecuente fue la sedación, que apareció en un 20,83% de los casos, astenia en un 12,50% y cefaleas en un 10,41%; la frecuencia de hipomanía (4,16%),

tensión/inquietud (6,25%) e insomnio (6,25%) fue bastante menor que la encontrada en el trabajo de Jain et al, en cambio, los síntomas gastrointestinales (náuseas + diarrea), que apareció en el 16,66%, era más alta que en el estudio de Jain con fluoxetina.

En los dos casos en los que aparecieron síntomas de hipomanía, éstos desaparecieron cuando la dosis de paroxetina se redujo a 10 y 20 mg/día, respectivamente.

CONCLUSIONES

El tratamiento con paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos proporciona buenos resultados, similares a los encontrados con fluoxetina y fluvoxamina en estudios abiertos, siendo todos ellos superiores a los antidepresivos tricíclicos.

La paroxetina ha sido bien tolerada en la adolescencia, con una buena respuesta y en breve espacio de tiempo.

La frecuencia de efectos secundarios es baja, menor que con otros ISRS y de intensidad leve, aunque, dado el escaso número de pacientes tratados, se hace necesaria la realización de estudios más amplios con otros ISRS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrington R, Fudge H, Rutter M, et al. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:465-73.
2. Warner V, Weissman MM, Fendrich M, et al. The course of major depression in the offspring of depressed patients: incidence, recurrence, recovery. *Arch. Gen Psychiatry* 1992; 49:795-801.
3. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *J Am Med Assoc* 1989;261:2229-35.
4. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, et al. A secular increase in child and adolescent onset of affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:600-5.
5. Keller MB, Lavori PW, Beardslee WR, et al. Depression in children and adolescents: new data on "undertreatment" and literature review on the efficacy of available treatments. *J Affective Disorders* 1991;21:163-71.
6. Rodríguez-Ramos P, de Dios JL, San Sebastián J, Sordo L, Mardomingo MJ. Estudio preliminar de la Paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos. *Psiquis* 1995;16(1):1-10.
7. Ryan ND. Pharmacotherapy of adolescent major depression beyond TCAs. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:75-9.
8. Ryan ND, Puig-Antich J, Rabinovich H, et al. MAOs in adolescent major depression unresponsive to tricyclic antidepressants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:755-8.
9. Dugas M, Zafirian E, LeHeuzey MF, et al. Preliminary observations of the significance of monitoring tricyclic antidepressant plasma level in pediatric patients. *Drug Monit* 1980;2:307-14.
10. Jain U, Birmaher B, García M, et al. Fluoxetine in children and adolescents with mood disorders: a chartreview of efficacy and adverse effects. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 1992; 2:259-65.

Síntomas vegetativos

	<i>Inicial</i>			<i>1ª visita</i>			<i>2ª visita</i>			<i>3ª visita</i>			<i>Final</i>		
Trastornos del sueño	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Insomnio precoz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Despertar intermitente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Insomnio tardío	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Parasomnias	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trastornos del apetito	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
• Anorexia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Pérdida de peso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Hiperfagia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
• Aumento de peso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oscilaciones diurnas	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4

Otros síntomas

	<i>Inicial</i>			<i>1ª visita</i>			<i>2ª visita</i>			<i>3ª visita</i>			<i>Final</i>		
Cefaleas	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Dolores abdominales	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Otras algias	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4
Otros síntomas (especificar)	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4	0	2	4

J. L. Pedreira Massa

Profesor Asociado Área Psiquiatría. Departamento de
Medicina
Universidad de Oviedo
Servicios de Salud del Principado de Asturias

Correspondencia:

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

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

*Research and methodological
aspects in child and adolescent
psychiatry and mental health*

**VI. NORMAS GENERALES PARA LA
PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS DE
INVESTIGACIÓN**

INTRODUCCIÓN

En casi todos los trabajos sobre metodología se suelen omitir algunas referencias prácticas acerca de orientaciones para la presentación de los trabajos de investigación. Ciertamente que cada publicación tiene sus normas para la aceptación de originales y que cada acontecimiento científico o cada participación o colaboración técnica posee sus propias reglas, que deben ser conocidas.

Nota de la Redacción:

El presente artículo de Revisión fue remitido al Consejo de Redacción en 1996.

De acuerdo con el autor, se aconseja la lectura de:

Requisitos uniformes para los manuscritos presentados a revistas biomédicas.

Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
Normas de Vancouver, 1997.

Pero no es menos cierto que se pueden aportar algunos "trucos" prácticos para orientar la presentación de los trabajos de investigación y que, por muy modesto que éste aparente sea, debe quedar adecuadamente resaltado, aunque sólo sea por el interés demostrado por los autores y el respeto que merecen los profesionales que lo reciben.

**ORIENTACIONES GENERALES PARA LA
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS**

Algunas normas generales pueden ser aportadas, no son para seguir las al pie de la letra, pero quizás aporten algunos elementos dignos de ser tenidos en cuenta:

- Lo primero, para una correcta presentación de un trabajo, consiste en *saber lo que se quiere decir*. Para ello se recomienda hacer *un esquema* previo sobre los posibles contenidos del trabajo y sobre ese esquema ir completándolo con apartados y orientaciones para su desarrollo posterior.
- Pensar la publicación o el acontecimiento científico al que se pretende dirigir, así como el

- tipo de participación (revisión, original, carta al editor, ponencia, comunicación, conferencia, etc), para lo que se debe tener en cuenta:
- La línea editorial de la publicación o el tipo de acontecimiento (Congreso de una Asociación científica o de otro tipo).
 - Conocer la distribución y difusión de la publicación o la asistencia a la Reunión científica.
- Saber las normas generales de publicación y redactar el trabajo de acuerdo a ellas.
- Hacer una presentación curiosa:
- A máquina, hoy en día casi siempre se realizan las presentaciones en ordenador, a doble espacio, en papel tamaño DIN-A-4 y con los márgenes laterales suficientes (sobre el margen izquierdo no inferior a los 3 cm ni superior a los 5 cm).
 - Folio portada: Contiene el título del trabajo, apellido e iniciales del nombre del autor o autores por orden de importancia en la realización del trabajo (tras ellos suele situarse un asterisco que remite a pie de página su titulación, grado académico y puesto que desempeñan), institución en la que se ha realizado el trabajo. Cuando se sitúa un asterisco tras el título del trabajo remite al tipo de ayudas concedidas, total o parcialmente (becas, subvenciones, etc).
 - Resumen con palabras clave (incluye el summary y key words): Se recomienda concisión y precisión (entre 150-200 palabras), pero, sobre todo, que sea un resumen estructurado (es decir: que respeta los apartados clásicos de un trabajo de investigación). Hay que tener en cuenta que es lo que aparece en las búsquedas bibliográficas, por lo tanto las palabras clave deben ser seleccionadas cuidadosamente para que cuando otro grupo de investigación se interese, pueda aparecer nuestro trabajo en el lugar que nosotros queremos.
 - Las citas bibliográficas deben ser correctas, claras y precisas. Son también una orientación para los lectores y deben poder localizarse con cierta facilidad.

- Las tablas y figuras deben estar bien situadas y señaladas en el texto y deben completar la información del texto o servir como resumen destacado.
- Respetar los apartados clásicos, siempre que podamos: introducción, material y métodos, resultados, discusión y comentarios y conclusiones (este apartado no es tan requerido en la actualidad).
- Agradecimientos: deben ser claros y especificar a quién y por qué se le agradece.

LA RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

Ha existido una gran confusión y se han realizado múltiples cambios según los acuerdos de cada publicación o la pertenencia a uno u otro grupo de normativa. Las normas Vancouver para publicaciones bio-médicas han contribuido en gran medida para establecer un criterio único. No obstante, la comisión internacional de publicaciones psicológicas tiene otra normativa que difiere, en gran medida, de las normas Vancouver.

No obstante, lo importante consiste en *reseñar el origen de la idea que se aplica, simplemente por reconocimiento hacia el autor y por ética de investigador*. Pero también conviene señalar que la mayoría de los grupos de investigación sólo reseñan las fuentes que son contrastables y pueden ser localizadas por fuentes de búsqueda bibliográfica. Las comunicaciones personales han perdido vigencia, sólo son un reconocimiento personal, de gran relevancia, pero de difícil contestación en la práctica.

La cita textual de un autor debe ser entrecuadrada desde el inicio a su finalización.

La cita general o idea hace referencia a una interpretación que hacemos de lo que ha escrito un autor.

Citaciones bibliográficas. Se realizan en el texto de la siguiente forma:

- Cita textual: se puede hacer antecediendo a la cita el nombre del autor y entre paréntesis el año de aparición y no el de la publicación que manejamos [p. e. los objetos transicionales de Winnicott datan de una publicación realizada en 1953, en *International Journal of*

Psychoanalysis vol. 34, 2ª parte, aunque la hayamos recogido de una publicación en inglés: Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis de 1958 o en cualquiera de las publicaciones en castellano: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis (1980) o Realidad y Juego (1979)].

- Cita general: se pone el nombre del autor(es) con similares características a lo referido con anterioridad.
- Citación bibliográfica: otra forma consiste en situar tras el nombre del autor o tras la referencia (general o textual) un número volado correlativo a su aparición en el texto.
- Notas a pie de página: ya no se deben utilizar para la referenciación bibliográfica o de autores, existiendo pocas publicaciones que las admitan. Solamente han quedado reducidas para realizar algunas aclaraciones conceptuales y siempre de una forma muy lacónica.

Aspectos formales en el apartado de las referencias bibliográficas: aunque clásicamente se han venido observando diferencias entre las presentaciones académicas (p. e. tesis doctorales, tesinas, etc) y las normas internacionales para publicaciones, en la actualidad ambas formas se han acercado bastante y, por esta razón, vamos a basarnos en las normas Vancouver, por ser las de mayor difusión en el momento actual:

- Orden: el de aparición en el texto por primera vez y respetando el número volado que aparece en él. A la referenciación, por lo tanto, le precede dicho número, cada vez que sea citado en el texto hará referencia a dicho número. Como excepción cabe señalar que en libros o en tesis se suele poner la bibliografía por orden alfabético de autores, sin numerar.
- Un libro: la secuencia es: *apellidos* del autor o autores, *iniciales* del nombre; entre paréntesis puede ponerse si es Edt. (sentido sajón) o Dir. (sentido latino) según la terminología utilizada, si no consta se sobreentiende que es el autor de todo el libro. Después se coloca el *título* del libro de forma textual y subrayado. Le seguirá *Ciudad* en que fue editado: *Editorial* que lo ha publicado, *año de publicación* y número de la edición y/o

tomo si son varios tomos, y luego *páginas* primera y última sobre la referencia del texto (si es preciso).

Ejemplo: Manzano J, Palacio-Espasa F. Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía. Barcelona: Buenos Aires/México: Paidós; 1993.

- Capítulo de un libro: la secuencia es parecida, pero con particularidades: *apellido* del autor(es), *iniciales* del nombre: Posteriormente el *título* del capítulo. Se pone En: inicial del nombre, apellido del Edt. o Dir de la obra: *título del libro* (subrayado). Luego se cita similar al punto anterior, pero especificando *la primera y última página del capítulo*. Ejemplo: Rodríguez Sacristán J. The concept of Child Psychiatry. En: A. Seva, dir. The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona: Anturopos-Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991, tomo II, págs. 1468-73.
- Artículo de una publicación periódica: la secuencia vuelve a tener su importancia: apellido del autor(es), *iniciales del nombre*. Si son más de cinco los autores se autoriza a poner el nombre del primer firmante seguido de «y cols.» o bien «et al». *Título completo del artículo* siempre en el idioma en que se haya publicado. *Revista en que se publicó* (subrayado), se pondrá el nombre entero si no tiene siglas o resumen del nombre reconocido; habitualmente existe un nombre abreviado o siglas que suelen venir referenciadas a pie de página o en la parte superior de la primera página de cada artículo. *Año en que apareció, volumen* (en ocasiones aparece en números romanos, en otras coincide con el año de publicación y en otras directamente aparece como vol.), *número de la revista (mes o periodo temporal de aparición): primera y última página del artículo*. Existen múltiples formas de las publicaciones: suplemento de una revista, editoriales, cartas al director, comentarios, etc, cada una de ellas tiene su referencia específica pautada, para lo que referimos a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas,

Editor del New England Journal of Medicine o el Editor del British Medical Journal como portavoces del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; dicho protocolo se conoce como "estilo Vancouver". Las Revistas que lo adoptan deben remitir su adhesión a los citados editores o a sus representantes en España.

Ejemplo: Pedreira JL. La epidemiología en Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en la actualidad: límites y perspectivas. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 1995;2/95 (abril/junio):119-26.

- Para reseñar otro tipo de citas bibliográficas, p. e. monografías, conferencias; ponencias, artículos de periódicos, citas de textos clásicos, programas de ordenador, etc, se recomienda una atenta lectura del Anexo II.

LOS MÉTODOS ESCRITOS AUXILIARES

Las figuras y gráficos

En la mayoría de las publicaciones, prefieren fotografías en blanco-negro (salvo autorización de la publicación a aceptar en color) con unas dimensiones de 127 × 173 mm o, en todo caso, menor de 203 × 254 mm. Si son de personas debe de impedirse la identificación de ellas.

Las numeraciones correlativas a la aparición en el texto escrito se realiza en número arábigos y se transcribe como Fig. 1,...2...3, etc.

El texto se aporta en hoja aparte o una etiqueta pegada al dorso. En las Tesis Doctorales el texto figura a pie de la figura.

Partes fundamentales: hay que considerar que, hoy día, los programas informáticos de gráficos aportan de forma mecánica estas características, facilitando, en gran medida, la homogeneidad requerida por la mayoría de las publicaciones científicas y técnicas.

1. Título claro y que aporte la información suficiente.
2. Fácil lectura e interpretación.
3. Cambio de caracteres de escritura entre el título y el texto.

4. Buena ordenación espacial.
5. Si existen iniciales o signos de identificación, poner a pie de figura sus equivalencias.

Las tablas

Se mecanografía cada tabla de forma clara y concisa.

Las numeraciones correlativas aparecerán también en el texto y se realizan en numeración romana. Se transcribe como: Tabla I,...II,...III,...etc.

Se incluyen esquemas y bases tabuladas que no sean gráficos.

Partes fundamentales:

1. Título claro y que aporte la información suficiente.
2. Fácil lectura e interpretación.
3. Cambio de caracteres de escritura entre el título y el texto.
4. Buena ordenación espacial: entre seis y diez líneas son las más claras, salvo que su intención sea aportar una secuencia clasificatoria o similar.
5. Si existen iniciales o signos de identificación, poner a pie de figura sus equivalencias.

LOS MÉTODOS VISUALES AUXILIARES

Existen métodos como el proyector de opacos, la propia pizarra, etc, que se están quedando obsoletos. No obstante, la pizarra o su equivalente (p. e. hojas recargables, pizarras autoborrables, etc) siempre tendrá un lugar preferente para las exposiciones verbales por sus grandes posibilidades de utilización. Aquí vamos a desarrollar aquellos métodos que hoy en día se utilizan con mayor profusión. Una norma básica es la necesidad de poseer pantalla de proyección, proyector de diapositivas y de transparencia, montaje de video, etc, para cualquier centro docente o acontecimiento científico que se precie.

Las transparencias

Hoy se imponen cada vez más por su gran versatilidad y sus muchas posibilidades: sencillas de

126 hacer, baratas, economía de tiempo, etc. Incluso en la actualidad con impresoras láser es posible obtener transparencias de gran calidad de presentación y los modernos retroproyectores pueden hacer proyecciones panorámicas de gran precisión. Algunas normas generales:

- Que sea un método fácil de hacer no implica que no tenga unas reglas mínimas, que se deben cumplir en aras de una mejor comprensión.
- Hay que avisar que se va a utilizar retroproyector.
- Puede existir la posibilidad para el conferenciante de realizar una transparencia sobre la marcha.
- Facilita la superposición de varias para completar la información (como una especie de capas de cebolla, pero deben estar construida de forma complementaria).
- Centrar en la transparencia el contenido para una mejor visión.
- Para situarlas lo mejor: *el conferenciante debe poder leer su contenido sobre la plataforma del retroproyector*, lo que facilita la señalización de lo que interese (p. e. situando la punta del bolígrafo por ser opaco señala donde se le sitúa o bien sobre la pantalla con un puntero convencional o señalizador láser).
- La proyección con un programa de ordenador está ya al alcance de muchos equipos de profesionales. Basta con un ordenador portátil desde el que realizar la proyección, cuando se posee el material y los conectores adecuados.

Las diapositivas

- Algunos "trucos" básicos pueden ser expuestos:
- Se recomienda llevar las diapositivas ordenadas y con un ordenamiento numeral que debe ser fácilmente identificado por el personal auxiliar. En los acontecimientos científicos de cierta relevancia se hace un pase previo y se ordenan en los carros poniendo el nombre del autor. Es de importancia la situación del texto adecuado, para evitar malposiciones o inversiones del texto, la regla recomendada se expresa en la Fig. 12.

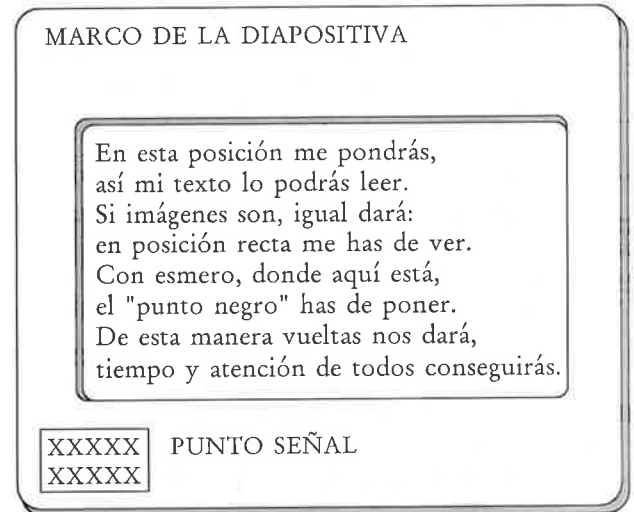


Figura 12. Señalar la posición de una diapositiva.

- Se recomienda que la rotulación sea con tinta china o máquina eléctrica para que el contraste sea suficiente y dejar espacios y márgenes para que no existan contrastes falsos. Hoy con las impresoras actuales y los programas de gráficos se pueden realizar directamente del ordenador.
- Color:
 - Fondo blanco: resulta monótono y resalta poco el contenido.
 - Fondo negro y texto en blanco: tiene cierta dificultad y obliga a estar muy atento.
 - Fondos amarillos o rojizos: cansan a la vista del observador.
 - Fondo azul: resalta mejor y el contraste es mayor, favorece un cierto descanso de la vista del observador.
- La técnica: aunque no es preciso realizar una obra de arte, sí que se necesitan algunas bases:
 - No hacer diapositivas con un número superior a ocho líneas.
 - Esquemas fáciles y comprensibles.
 - Se recomienda llevar en una ficha aparte el orden de las diapositivas y transparencias y el lugar en los que se intercalan durante la exposición.

- Solicitar la proyección con cortesía o con gestos previamente pactados con el personal auxiliar.

El vídeo

Puede ser un gran instrumento docente y de investigación. Hoy día es difícil realizar algunas investigaciones sin este instrumento, p. e. observación de bebés, entrenamiento de profesionales para entrevistas, supervisiones, etc.

Hay que solicitar permiso y apereibir a los pacientes que se les está rodando y si tienen algún reparo para su posterior visualización por profesionales. A todos nos atañe la confidencialidad, el

secreto y respeto que merecen los pacientes y sus familias. 127

Hay que vigilar la duración del contenido que se pretende proyectar, salvo que se pueda poner íntegro.

Si es de un tema concreto, se recomienda hacer un montaje con varias secuencias que resalten el contenido que se pretende mostrar. Los pasos hacia adelante o hacia atrás buscando lo que se pretende suelen ser aburridos, dispersan la atención de los asistentes y, no es extraño, que finalmente no se localice lo que buscamos y tengamos que improvisar sobre la marcha una salida más o menos airosa de la situación.

Interrumpir para aclarar el contenido desde la perspectiva teórica y/o práctica.

CASO CLÍNICO

Acuden a nuestro Centro los padres de un niño varón de 7 años 4 meses de edad, para realizar una consulta. Traen un informe firmado por un profesional que trabaja en una fundación privada muy conocida de tipo médico-psicológica, en el que prácticamente no aparece información relevante, a excepción de que el niño es "inquieto, nervioso y con dificultades de relación y de aprendizaje" (y cito textualmente).

La madre, bióloga de profesión, está especialmente preocupada por los *problemas de comportamiento de su hijo y por su bajo rendimiento escolar desde hace más de año y medio*. Comenta que desde siempre es un niño muy nervioso, y que en la escuela no avanza. Los profesores dicen que no tiene el nivel de los demás alumnos de 2º de EGB. Es brusco, teatral, impulsivo y excesivamente fantasioso. Le cuesta mucho organizar sus cosas y siempre hay que estar detrás de él. Fácilmente se fatiga o cansa de hacer la misma actividad, hecho que les hace pensar que el niño es vago.

Los padres están separados desde hace tres años, y desde entonces, el niño vive con los abuelos maternos durante toda la semana, puesto que la madre trabaja todo el día y sólo puede estar con él por la noche (ella también vive con ellos y el fin de semana se va con su hijo a su domicilio, los dos solos). El padre, italiano afincado en Barcelona, lo ve los fines de semana que desea, puesto que la separación fue amistosa y existe un acuerdo verbal entre ellos sin que haya intervenido una decisión judicial.

Como *Antecedentes* importantes es conveniente comentar que durante el primer año y medio de vida del niño, el matrimonio estuvo viviendo en Italia (en casa de los abuelos paternos), y la madre pudo dedicar todo su tiempo al niño ya que no trabajaba. Regresan posteriormente a Barcelona y acaban separándose cuando el niño tiene 4 años.

En el *Estudio psicológico, aptitudinal y de personalidad*, destacan: Wisc (CIv = 102, CI_m = 103, CI_t = 104 Medio); Raven centil 80; F. C. de Rey centil 10 en copia y 40 en memoria (riqueza); Bender centil 60; Bohem adecuado a la edad; Cole adecuado a la edad, Lecto-escritura por debajo de la media esperada; Psicomotricidad

por debajo de la media esperada; gran necesidad afectiva, impulsividad e inestabilidad global, distraibilidad, dificultades de organización, evitación de esfuerzos, fatigabilidad e inconstancia, autoimagen insuficiente, falta de autoconfianza, conductas regresivas y dependientes, fuerte agresividad reprimida y dificultades de contacto interpersonal.

En base a los resultados obtenidos y a los Criterios Diagnósticos, se emitió el *diagnóstico*:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00) DSM-IV
- Trastorno hiperactivo (F90.0) CIE-10

Se aconsejó iniciar Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (reeducativo y emocional), para conseguir una evolución favorable de la sintomatología presentada.

Los padres desearon la posibilidad de utilizar fármacos pero aceptaron el proceso de psicoterapia.

Nos pusimos en contacto con el centro escolar del niño advirtiendo la necesidad del doble tratamiento, aunque los profesores y pedagogos desaconsejaron la pauta farmacológica y así lo comunicaron a los padres.

Evolución: a los tres meses de iniciar la psicoterapia, el niño había mejorado significativamente, especialmente en lo referente al comportamiento socio-familiar, pero persistían los problemas de aprendizaje.

Nuevamente se insistió en la necesidad de que se realizara el tratamiento farmacológico, y esta vez, los padres parecían más decididos. A los pocos días, la madre, después de hablar con la profesora, negó nuevamente la posibilidad de intervenir farmacológicamente.

En el siguiente control (a los 6 meses), persistían las mejorías de relación y comportamiento pero continuaban las dificultades de rendimiento escolar (atención, concentración, fatigabilidad, hiperactividad).

Decidimos nuevamente hablar con el colegio del niño, sin obtener apoyo de ningún tipo.

Después del periodo estival, la madre nos comentó que el colegio podía encargarse de una reeducación de lecto-escritura más específica, puesto que le habían asegurado que de este modo y sin medicación alguna, el niño mejoraría.

Ante esta nueva dificultad añadida, incrementada por el recordatorio que hicimos nuevamente a los padres

referente al tratamiento farmacológico, decidieron abandonar el proceso de psicoterapia por considerar que el colegio tenía una opinión más adecuada sobre el estado y evolución de su hijo.

A raíz de un encuentro fortuito con la abuela materna, sabemos que la evolución del niño en cuestión ha empeorado, tanto a nivel escolar como a nivel socio-afectivo, pero los padres siguen sin querer reconocer la necesidad de que su hijo reciba tratamiento farmacológico.

Con este caso clínico que he expuesto, pretendo plantear los graves efectos que pueden tener las opiniones

de profesionales no adecuados sobre la evolución clínica favorable del mismo y la estrategia terapéutica.

Nos resulta difícil de creer que actualmente puedan generarse este tipo de situaciones, y por qué no decirlo, de intromisiones totalmente desacertadas, que desgraciadamente al único que en verdad perjudican es al niño.

129

S. Arxé Closa
Centre Psicologic Gaudí
Barcelona

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILLIAMS CON METILFENIDATO

El Síndrome de Williams es una enfermedad genética caracterizada por unos rasgos faciales y hábito corporal diferenciales, anormalidades dentales, retraso del crecimiento, retraso mental, estenosis vascular (como estenosis aórtica supraaórtica), anormalidades renales, así como hipercalcemia infantil.

Se estima la incidencia del S. de Williams en 1 de cada 25.000 nacimientos. En el 93% de los casos examinados presentan una delección del brazo largo del cromosoma 7 (7q11.23). Los niños con el S. de Williams presentan un perfil neuropsicológico único: la mayoría presenta un retraso mental leve o moderado y la función verbal suele ser superior a la función perceptivo visual.

Los niños con S. de Williams tienen una variedad de dificultades de conducta. En general, tienen problemas de concentración, mantenimiento de atención y control conductual. Finegan et al, 1994, (1) han señalado que los niños con S. de Williams tienen cuatro veces más probabilidad de tener un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que los niños de la población general. Niños que también presentan ansiedad excesiva y patrones de conducta estereotipada. Esta frecuente asociación del S. de Williams y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sugirió a Power et al la posible utilidad terapéutica del metilfenidato en estos niños, publicando el primer trabajo de su utilización en niños con S. de Williams y (TDAH) con la presentación de 2 casos (2).

Se trata de un estudio piloto, utilizando la metodología del caso único, con dos niños varones de 7 y 8 años afectados de S. de Williams y TDAH (cumpliendo criterios DSM IV).

Resultados: en estos casos únicos, el metilfenidato a dosis de 10 mg (0,5 mg/kg) dos veces al día resulta útil para tratar sus problemas de conducta. Ahora bien señalan que, como en la población general con TDAH, la respuesta al metilfenidato sea altamente idiosincrásica y, por ello, la dosificación adecuada deba ser individualizada y probablemente relativamente pobre en el subgrupo de niños con S. de Williams que presenten ansiedad excesiva y conducta estereotipada.

En uno de los casos, en el medio familiar, mostró un incremento de su pasividad. La pasividad y el retraimiento

social son efectos conocidos de la medicación estimulante en niños con TDAH (Barkley et al, 1990: 3). Este efecto secundario es más común en niños con TDAH y retraso mental frente a niños con solo TDAH (4).

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL CON CLOZAPINA

La esquizofrenia de inicio en la infancia es una forma poco frecuente del trastorno que a menudo es refractaria al tratamiento.

La investigación en este campo ha sido limitada. Algunos trabajos evidencian que los neurolepticos típicos, de superior respuesta frente al placebo, presentan una limitada efectividad terapéutica, siendo los niños más sensibles a los efectos adversos extrapiramidales (5, 6). En el caso de los antipsicóticos atípicos, y en concreto la clozapina, los estudios realizados muestran una mejoría en alrededor del 75% de los adolescentes tratados, con una remisión total del 11% durante el tratamiento con clozapina, y suspensión del tratamiento en un 25% de los casos (por insuficiente respuesta terapéutica, deterioro de la clínica o severos efectos secundarios). La clozapina parece ser útil tanto para los síntomas positivos como para los negativos, si bien, ciertos síntomas negativos como la anergia, el mutismo y el bloqueo de pensamiento responden menos (como ocurre también con los adultos). Los efectos secundarios molestos fueron sedación, hipersalivación y aumento de peso.

En este trabajo reseñado: Kumra et al (7) presentan el primer estudio doble ciego de la clozapina en niños y adolescentes con esquizofrenia de inicio precoz refractaria al tratamiento.

Muestra: veintiún niños y adolescentes (11 chicos y 10 chicas) de edad media de 14 años ($\pm 2,3$ años), cumpliendo criterios diagnósticos de esquizofrenia DSM III-R, refractaria por lo menos a 2 diferentes neurolepticos.

Los pacientes fueron distribuidos al azar en un estudio doble ciego de 6 semanas de comparación paralela de clozapina [dosificación media de la última semana fue de: 176 ± 149 mg/d (rango: 25-525 mg/d) o $3,07 \pm 2,59$ mg/kg/d (rango: 0,34-7,53 mg/kg/d)], y de haloperidol [dosis media de la última semana fue de: 16 ± 8 mg/d (rango: 7-27 mg/d) o $0,29 \pm 0,19$ mg/kg/d].

Resultados: la clozapina fue superior al haloperidol en todas las medidas de psicosis. Mejorando los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Sin embargo, la neutropenia y las crisis convulsivas fueron los mayores problemas con la clozapina que también presentó mayor somnolencia y salivación mientras que el haloperidol produjo más insomnio. Un tercio de los pacientes con clozapina dejaron el tratamiento.

Concluyendo que la clozapina tiene una notoria superioridad en el tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia de inicio precoz refractaria al tratamiento. Sin embargo, a causa del posible incremento de efectos tóxico en la población pediátrica es esencial el detallado control de los efectos secundarios.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL CON RISPERIDONA

Si bien, como ya habíamos visto en la reseña anterior, la esquizofrenia infantil es rara, en cambio es frecuente su presentación durante la adolescencia: hasta 1 de cada 3 pacientes que desarrollan una esquizofrenia presentan sus síntomas psicóticos antes de los 18 años (8).

La esquizofrenia de inicio precoz generalmente se asocia con un desenlace pobre durante la adolescencia y la adultez lo que se complica por la mayor sensibilidad frente a los efectos secundarios de tipo extrapiramidal de los niños y adolescentes.

Por todo ello, crece el interés en los llamados antipsicóticos atípicos: antipsicóticos eficaces (frente a la sintomatología psicótica positiva, la negativa, y los pacientes resistentes) menor incidencia de efectos extrapiramidales y ausencia o menor inducción de hiperprolactinemia.

La risperidona es uno de estos antipsicóticos atípicos: posee actividad antagonista sobre los receptores de la 5HT, noradrenalina (alfa 1 y 2), histamina y dopamina (D₂). La risperidona tiene una eficacia demostrada frente a la sintomatología positiva y negativa respecto a placebo y los neurolépticos clásicos como el haloperidol, y otros atípicos como la clozapina, demostrando una eficacia similar con menos efectos adversos. En España, se comercializó en 1994 (Risperdal -R-), habiéndose señalado la dosis óptima entre 4 y 8 mg/d (9).

De aquí el interés del estudio retrospectivo tipo diseño abierto de Grevich et al (10) valorando la seguridad y la eficacia de la risperidona en niños y adolescentes.

Muestra: dieciséis niños y adolescentes (13 chicos y 3 chicas), entre 9 y 20 años de edad (edad media de 14,9 años \pm 2,72 a). Atendidos 12 en Centro de tratamiento residencial y 4 en régimen ambulatorio. Todos ellos afectos de trastornos psicóticos cumpliendo criterios DSM III-R: trece con esquizofrenia, 1 con trastorno esquizofreniforme y 2 afectos de trastorno esquizoafectivo. Once de los 16 pacientes habían recibido tratamiento previo con neuroléptico sin resultado.

Dosificación: la dosis óptima de risperidona fue de 5,93 \pm 2,79 mg/d (rango 2,0-10,0). La administración de la risperidona generalmente se inició con una dosis de 1 mg/d 2 veces al día e incrementada cada 3 ó 4 días tanto como fuera necesario hasta la máxima eficacia clínica.

Resultados: quince pacientes, todos menos uno, presentaron una adecuada respuesta clínica a la risperidona, mostrando una significativa reducción, clínica y estadística, de los síntomas psicóticos, tanto positivos como negativos. Permitiendo la retirada de la mayoría de otros fármacos psicótropos administrados (5 pacientes con neurolépticos, 5 pacientes con medicación antiparkinsoniana, 2 con carbonato de litio, uno con fenobarbital, otro con carbamacepina y uno con clonazepan).

Tolerancia y seguridad: La risperidona fue en general bien tolerada: en 8 no hubo efectos secundarios y 7 los tuvieron sin interferir en su funcionamiento. Un paciente tuvo síntomas extrapiramidales y sedación que interfiriendo en su funcionamiento requirieron la suspensión de la risperidona.

El efecto secundario más común fue la sedación (en 5 de los 16). La sedación fue transitoria y de grado insuficiente para requerir la reducción de dosis u otras medidas.

Otros efectos secundarios fueron: tres pacientes presentaron síntomas extrapiramidales durante el tratamiento con risperidona, dos requirieron el tratamiento con benzotropina 0,5-1,0 mg/d y la reducción de dosis de risperidona fue suficiente en el tercero. Dos pacientes presentaron enuresis abordada con tratamiento conductual. Uno presentó lenguaje titubeante resuelto con la reducción de dosis de risperidona. Un paciente presentó sialorrea que no requirió tratamiento.

En 5 pacientes en tratamiento con risperidona, se administró concomitantemente: clonidina, carbonato de litio, carbamacepina, propanolol, ácido valproico o clonazepan sin aparentes efectos adversos.

En resumen: la risperidona resulta segura y eficaz en la reducción de la sintomatología esquizofrénica en esta edad.

132 Considerando que la estrategia de dosificación gradual puede minimizar el riesgo de sintomatología extrapiramidal y maximizar los efectos terapéuticos de la risperidona en los

pacientes psiquiátricos (preadultos) con enfermedad esquizofrénica.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

1. Finegan J, Sitarenios G, Smith M, Meschino W. Attention deficit hyperactivity disorder in children with Williams Syndrome: Preliminary findings. Paper presented at Williams Syndrome Association Annual Professional Conference. San Diego; 1994.
2. Power TJ, Blum NJ, Jones SM, Kaplan PE. Brief Report: Response to Methylphenidate in two children with Williams Syndrome. *J Autism Dev Dis* 1997;27(1):79-87.
3. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K. Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics* 1990;88:184-92.
4. Handen BL. Pharmacotherapy in mental retardation and autism. *School Psychol Rev* 1993;22:162-83.
5. Pool D, Bloom W, Mielke Dh, Roniger JJ, Gallant DM. A controlled evaluation of loxitan in 75 schizophrenic patients. *Curr Ther Res* 1976;19:99-104.
6. Spencer EK, Campbell M. Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophr Bull* 1994;20:713-25.
7. Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK, McKenna K, Gordon CT, Lenane MG, et al. Childhood-Onset Schizophrenia. A double-blind Clozapine-Haloperidol Comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1090-7.
8. Beratis S, Gabriel J, Hoidas S. Age at onset in subtypes of schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1994;20:287-96.
9. Alvarez Martínez E. Experiencia en España con los antipsicóticos atípicos. En: García Ribera C, ed. *Nuevos antipsicóticos atípicos*. Barcelona: Masson; 1996. p. 83-101.
10. Grcevich SJ, Findling RL, Rowane WA, Friedman L, Schulz SC. Risperidone in the Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia: A Retrospective Study. *J Child Adolescent Psychopharmacol* 1996;6(4): 251-7.

**LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE EL
MALTRATO INFANTIL**

I. Gómez de Terreros
Granada, Ed. Comares, 1995.

El tema de los malos tratos a la infancia no es un tema nuevo, algunos autores son conocidos y reputados profesionales con conocimientos profundos sobre el particular. El Prof. Gómez de Terreros es uno de estos casos: alma y vida de ADIMA, Pediatra con una orientación hacia la Pediatría Social de larga trayectoria profesional y científica. Su trabajo en hospitalización pediátrica y en instituciones infantiles le han situado en una atalaya de singular relevancia.

En este libro, se plantean los malos tratos para el mundo sanitario, el sistema que primero lo puso de manifiesto y luego lo olvidó un tanto fatigado de no conseguir apenas nada. El planteamiento del libro se realiza desde una perspectiva multidisciplinar, con colaboraciones relevantes del campo de la psicología evolutiva, de la medicina y de la fiscalía. Todos y cada uno de los co-autores tienen experiencia en el tema de los malos tratos a la infancia y son miembros activos de diversas asociaciones de prevención de los malos tratos a la infancia.

El contenido del libro consiste en los apartados clásicos acerca del tema, pero con una orientación clínica y práctica. Incluso el abordaje jurídico es claro para los legos en la materia.

Sin duda representa una revisión del tema, quizá faltan algunas aportaciones de autores españoles aunque están casi todos. La orientación hacia la práctica le hace, en ocasiones, esquemático lo que repercute en un exceso de sobredimensionalización de lo físico y somático y cuando se aborda lo psicológico y emocional se hace desde una sola de las perspectivas teóricas.

No obstante, el lector podrá encontrar líneas abiertas para la reflexión y la actualización de los conocimientos. Es un libro básico para el inicio de la formación de profesionales en el tema, sobre todo por la claridad y la sencillez expositiva y los esquemas prácticos. Los servi-

cios de atención primaria y de urgencia podrán beneficiarse de este libro.

J. L. Pedreira Massa

**INVERSIÓN EN LA INFANCIA: EVIDENCIAS Y
ARGUMENTOS PARA POLÍTICAS EFECTIVAS**

G. Labarca (Edt.)
Naciones Unidas: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 1996.

Un gran documento es el que se presenta aquí. Es un documento sereno en el planteamiento, riguroso en el análisis, serio en la intencionalidad y, sobre todo, claro, muy claro. El editor hace un esfuerzo evidente para transmitir datos, algunos estremecedores, de forma fácil y sin dramatizarlos.

Es un libro para reflexionar desde la realidad en las áreas de la educación, estimulación, salud y nutrición. Los puntos fundamentales son: el incremento y la mejor distribución de las aportaciones estatales; movilización de recursos privados nuevos; incrementar la eficiencia de los actuales gastos y la coordinación de los recursos.

Son puntos claves y de gran actualidad, sobre todo en la situación del debate actual sobre los recursos, consecuencias y perspectivas de futuro de los logros del denominado estado del bienestar. Una lectura superficial nos podría hacer pensar que los puntos abordados tienen escasa aplicación, no obstante si realizamos un detenido análisis veremos que muchos de los planteamientos son para reflexionar: en unos casos por solidaridad (conocer aspectos de los países en vías de desarrollo y acerca de los denominados "niños del cuarto mundo") y en otros para una reflexión metodológica y de funcionamiento coordinado de los recursos existentes.

Baste la reflexión del editor en la presentación para iniciar este proceso: «Hay argumentos éticos, pragmáticos e históricos que hacen imperativo superar el déficit entre lo que se hace y lo que se debería hacer en este área». También en nuestro contexto se puede hacer extensiva esta reflexión.

J. L. Pedreira Massa

I^o CONGRESO DE AETCA JORNADAS SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Madrid, 10-12 de septiembre de 1997

Organiza: Asociación Española para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario.

Sede: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Pabellón Docente; c/Ibiza, 45; 28009 Madrid.

Secretaría Técnica: Tílesa O.P.C.; Tel.: (91) 361 26 00; Fax: (91) 355 92 08.

INTERNATIONAL MEETING ON INTERACTIVE MONOAMINERGIC BASIS OF BRAIN DISORDERS

Mojácar (Almería), 8-12 de octubre de 1997

Organiza: Bajo el patrocinio de FUNDACIÓN CEREBRO Y MENTE.

Secretaría: Fundación Cerebro y Mente. General Oraa, 47, 1^o D. Madrid. Tel. (91) 561 12 67. Fax. (91) 564 18 67. E-mail: cerment@med.servicom.es.

VI CONGRESO EUROPEO SOBRE MALTRATO Y ABANDONO INFANTIL

Barcelona, 19- 22 de octubre de 1997

Organiza: Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM), por encargo de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y la International Society for Prevention Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

Secretaría: BAC. Valencia, 359; 08009 Barcelona. Tel. (93) 457 45 55. Fax. (93) 457 45 79.

II JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Madrid, 24 y 25 de octubre de 1997

Organización: Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" y Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia.

Colaboración: Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Tema: Estados depresivos en la adolescencia: aportaciones para la práctica clínica. Mesas redondas:

- Clínica y diagnóstico de los estados depresivos.
- Mecanismos etiopatogénicos.
- Trastorno bipolar y distimia.
- Psicoterapias.
- Tratamiento psicofarmacológico.

Sede: Aula Magna, Pabellón Docente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón; c/Ibiza, 43; 28009 Madrid.

Secretaría: D. Enrique Lara, Sección de Psiquiatría Infantil, HGU "Gregorio Marañón", Doctor Esquerdo, 46; 28007 Madrid; Tel.: (91) 586 87 43; Fax: (91) 586 80 18.

Secretaría Técnica: Tílesa O.P.C.; Tel.: (91) 361 26 00; Fax: (91) 355 92 08. email: tilesa@wpa.es.

17th WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

Warsaw (Polonia), 23-28 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.



enuresis nocturna

un trastorno de gran prevalencia

el 50% de los enuréticos nocturnos permanecen ocultos

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

famix



Minurin[®] Desmopresina

Aerosol nasal 5 ml única respuesta actual y eficaz

al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

MINURIN Aerosol nasal. Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP), es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural, careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada. Composición Cuantitativa: Por 100 ml Desmopresina (D.C.I.) 10 mg Excipiente c.s.p 100 ml. Un ml de solución contiene 0,1 mg de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg de Desmopresina. Indicaciones: Enuresis nocturna. Diabetes insípida. Posología: Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones). Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la Desmopresina. Precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: No se han descrito. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente. Intoxicación y su tratamiento: No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida. Condiciones para su conservación y almacenamiento: Entre 2° y 8° C. Presentación: Un frasco-aerosol de 5 ml. P.V.P. (IVA): 5.215 Ptas.

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

ferring