

Año 1997
Nº 1

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rubifen®

METILFENIDATO



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

PROPIEDADES: El RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina cefalotrópica estimulante de predominio cortical. En el hombre, el RUBIFEN produce una acción estimulante, sobre las funciones psíquicas, con aumento del rendimiento del trabajo intelectual, de la atención y del interés hacia las tareas, estos efectos hacen útil a dicha droga en los pacientes aquejados de leves tipos de depresión mental. **INDICACIONES:** Tratamiento de los niños hiperkinéticos (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, fenibutazona, drogas presoras, antidepresivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagonista la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El RUBIFEN es generalmente bien tolerado. En casos especiales puede causar sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo y palpitaciones, reacciones cutáneas, alteraciones en la presión arterial. **ADVERTENCIAS:** Esta especialidad no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad ni tampoco en los estados depresivos graves. Durante el embarazo, sobre todo en los tres primeros meses de gestación, el RUBIFEN se administrará tan sólo en casos de imperiosa necesidad. Se administrará con gran precaución en pacientes con hipertensión arterial, epilepsia o con antecedentes de abuso de psicoestimulantes o alcoholismo. El uso continuado puede conducir a tolerancia o dependencia de tipo anfetamínico. **FORMULA por comprimido:** Clorhidrato de metilfenidato

SINDROME
HIPERCINETICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

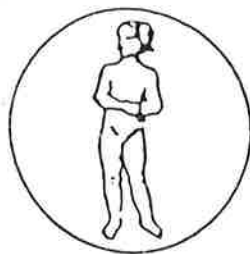
ALTERACIONES DEL
COMPORTAMIENTO

(D.C.I.) 0.010 g, excipiente, c.s. **POSOLÓGIA:** 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 RUBÍO, S.A.

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



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

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

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



SIGLO
editorial

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**

_____ de _____ de 199

Boletín de suscripción

Dirección de envío

Nombre y apellidos

Dirección

Telf. Población

D.P. Provincia.....

Suscríbame a:

□ Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

(4 números al año)

España:	6.300 Ptas.	Precios de
Internacional:	70 \$	suscripción válidos
Ejemplar suelto:	1.800 Ptas.	hasta el 31 de
Impuestos y gastos de envío incluidos		diciembre de 1997

☐ Mediante talón nº que adjunto

☐ A través de mi cuenta bancaria (cumplimento autorización adjunta)

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	N° 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 que anualmente y a mi nombre les sea presentado para su cobro por Editorial Siglo, S. L.

Les saluda atentamente
(firma)

Editorial SIGLO

Comunidad de Murcia, 3
28230 Las Rozas (Madrid)

Telfs.: (91) 634 37 28 - 634 63 37 Fax: (91) 634 53 44

E-mail: siglo@pulso.com

..... de de 199 ..

Fluvoxamina

DUMIROX[®]



DUMIROX 50mg - DUMIROX 100mg .COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Principio activo: Fluvoxamina (DCI) maleato. Cada comprimido entérico contiene 50 o 100 mg de maleato de fluvoxamina. Excipientes: manitol, almidón de maíz, almidón pregelatinizado, ácido fumarico sódico, dióxido de silicio coloidal. Recubrimiento: copolímero de estir metacrílico y ester de ácido acrílico, talco, triacetato de glicerilo, povidona, dióxido de titanio, colorante amarillo de óxido de hierro. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la enfermedad depresiva y de los síntomas de los trastornos depresivos. Tratamiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. **Posología y forma de administración.** *Depresión:* La dosis inicial recomendada es de 50 a 150 mg, administrada como dosis única, preferentemente por la noche. Se recomienda incrementar la dosis de un modo gradual hasta alcanzar la dosis considerada como eficaz. La dosis media eficaz es de 100 mg y debe ajustarse según la respuesta individual de cada paciente. Se han administrado dosis de hasta 300 mg por día. Si la dosis total diaria supera los 150 mg, es aconsejable que ésta sea dividida en varias tomas. De acuerdo con las normas establecidas por la OMS, debe continuarse la medicación antidepressiva como mínimo durante 6 meses después de superar el episodio depresivo. *Trastorno obsesivo compulsivo:* La dosis eficaz habitual es entre 100 mg y 200 mg aunque algunos pacientes pueden necesitar hasta 300 mg diarios. Se recomienda una dosis inicial de 50 mg por día durante 3 o 4 días. La dosis deberá incrementarse progresivamente hasta alcanzar la dosis eficaz, con un máximo de 300 mg diarios. Las dosis de hasta 150 mg pueden administrarse como una dosis única, preferentemente por la noche. Si la dosis total diaria supera los 150 mg, es aconsejable que ésta sea dividida en 2 o 3 tomas separadas. Si al cabo de 10 semanas no se observa mejoría, debe reconsiderarse el tratamiento con fluvoxamina. Aunque hasta la fecha no existen estudios sistemáticos que respondan a la pregunta de la duración que debe tener el tratamiento con fluvoxamina, el trastorno obsesivo compulsivo es una condición crónica, y parece razonable considerar la continuación del tratamiento más allá de las 10 semanas en los pacientes que respondan positivamente al mismo. Deben realizarse ajustes cuidadosos de la dosis en base al paciente, manteniéndolo con la dosis mínima eficaz. La necesidad de tratamiento farmacológico deberá reevaluarse periódicamente. Algunos psiquiatras defienden la asociación con terapia conductual en aquellos pacientes que han respondido al tratamiento farmacológico. Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja y serán cuidadosamente monitorizados por su médico. Los comprimidos deben tragarse con ayuda de un poco de agua, sin masticar. **Contraindicaciones:** No puede administrarse conjuntamente con inhibidores de la M.A.O. Puede iniciarse tratamiento con fluvoxamina dos semanas después de finalizar un tratamiento con un inhibidor irreversible de la M.A.O. o el día siguiente de finalizar un tratamiento con un inhibidor reversible de la M.A.O. Debe esperarse al menos una semana antes de la interrupción de la medicación con **Dumirox®** y la administración de cualquier inhibidor de la M.A.O. Contraindicado en caso de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** La posibilidad de tentativas de suicidio inherente a los enfermos depresivos puede persistir hasta que no se produzca una mejoría significativa. Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja y serán cuidadosamente monitorizados por su médico. Ocasionalmente, el tratamiento se ha visto asociado a una elevación de los enzimas hepáticos, a veces acompañándose de síntomas. En estos casos, se recomienda interrumpir la medicación. Aunque en los estudios en animales fluvoxamina no ha evidenciado poseer actividad pro-convulsiva, es aconsejable tener precaución al administrar el fármaco a pacientes con antecedentes de episodios convulsivos. Si aparecen convulsiones, el tratamiento debe interrumpirse. Los datos de que se dispone no parecen mostrar diferencias farmacocinéticas significativas entre los individuos jóvenes y ancianos. Sin embargo, y de acuerdo a estos estudios, los incrementos de dosis deberán realizarse con precaución y de forma más lenta en los pacientes ancianos. **Dumirox®** puede producir una ligera disminución de la frecuencia cardíaca (2-6 latidos por minuto). Debido a la falta de experiencia se desaconseja su empleo en niños. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No administrar con inhibidores de la M.A.O. (ver contraindicaciones). Fluvoxamina puede prolongar la eliminación de fármacos que se metabolizan por oxidación en el hígado. Es conveniente tener en cuenta la posibilidad de interacción con fármacos de margen terapéutico estrecho (por ejemplo, warfarina, fenitoina, teofilina y carbamazepina). Es probable que puedan incrementarse los niveles plasmáticos de benzodiazepinas con metabolismo oxidativo durante el tratamiento concomitante con fluvoxamina. Se ha descrito una elevación de los niveles plasmáticos de antidepressivos tricíclicos al ser administrados junto con fluvoxamina. No es por tanto aconsejable la combinación de estos fármacos. En diversos estudios de interacción se han observado elevaciones de los niveles plasmáticos de propranolol durante la administración concomitante con fluvoxamina. Por esta razón, se deberá disminuir la dosis de este fármaco cuando se administre junto con **Dumirox®**. Al administrar fluvoxamina y warfarina simultáneamente durante dos semanas, se observó que los niveles plasmáticos de warfarina aumentaban significativamente prolongándose también el tiempo de protrombina. Por este motivo, se recomienda monitorizar a los pacientes que tomen fluvoxamina y anticoagulantes orales por lo que respecta al tiempo de protrombina y ajustar debidamente las dosis. No se ha observado interacción con atenolol o digoxina. Fluvoxamina ha sido utilizada en combinación con litio para el tratamiento de pacientes con depresión grave que han mostrado ser resistentes a medicación. Sin embargo, el litio (y posiblemente el triptófano) incrementan los efectos serotoninérgicos de fluvoxamina, por lo cual su utilización conjunta deberá hacerse con precaución. Se recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento. **Embarazo y lactancia:** *Categoría B1:* En los estudios de reproducción en animales, no se ha observado evidencia de alteraciones de la fertilidad, reproducción o efectos teratogénicos en la descendencia. No obstante, este medicamento deberá ser utilizado en mujeres embarazadas, sólo si se considera estrictamente necesario. Fluvoxamina se excreta por la leche materna en pequeñas cantidades por lo cual no debe ser administrado durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad de conducir y manejar maquinaria:** En dosis de hasta 150 mg, fluvoxamina no parece afectar la capacidad psicomotriz asociada a la habilidad de conducción o manejo de maquinaria complicada en voluntarios sanos. No obstante, se tendrá precaución hasta que la respuesta a la medicación haya sido establecida. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas más comunes asociadas al tratamiento con fluvoxamina son las náuseas acompañadas ocasionalmente de vómitos. Este efecto suele desaparecer durante las dos primeras semanas de tratamiento. Otras reacciones descritas en los estudios controlados y con una frecuencia superior al 1% son: Sistema nervioso central: somnolencia, mareos, cefalea, insomnio, nerviosismo, agitación, ansiedad, temblor. Aparato digestivo: constipación, anorexia, dispepsia, diarrea, malestar abdominal, boca seca. Aparato urogenital: alteraciones de la eyaculación (eyaculación retardada). Piel: sudoración. Otros: astenia. Algunas de las reacciones reportadas pueden ser síntomas de la enfermedad depresiva y no ser, por consiguiente, inducidas por la medicación. **Sobredosificación:** *Síntomas:* Los síntomas más comunes incluyen trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea), somnolencia y mareos. En algunos casos, se han comunicado también efectos cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, hipotensión), trastornos de la función hepática, convulsiones y coma. Hasta la fecha, han sido comunicados más de 300 casos de sobredosificación deliberada con fluvoxamina. La dosis máxima que se conoce ingerida por un paciente son 10.000 mg. Dicho paciente se recuperó totalmente instaurando solo un tratamiento sintomático. Ocasionalmente, se han registrado casos de sobredosificación más graves con fluvoxamina en combinación con otros fármacos. Sólo en dos casos se han producido muertes por sobredosis con fluvoxamina exclusivamente. **Tratamiento:** No se dispone de antídoto específico. En caso de ingesta masiva accidental se procederá al lavado de estómago y se instaurará un tratamiento sintomático. Se recomienda el tratamiento con carbón activo. Es poco probable que la diuresis forzada o diálisis puedan resultar beneficiosas. **DATOS FARMACEUTICOS: Naturaleza y contenido del recipiente:** Cada estuche contiene: **Dumirox® 50:** 30 comprimidos. **Dumirox® 100:** 20 comprimidos. **Nombre o razón social y domicilio permanente del titular de la autorización:** Duphar, S.A. Avda. Diagonal, 507. 08029 Barcelona. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN:** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **Dumirox® 50:** P.V.P. IVA-4: 1.637 Ptas. **Dumirox® 100:** P.V.P. IVA-4: 2.015 Ptas.

Depresión

**Trastorno
obsesivo
compulsivo**



Fluvoxamina

DUMIROX[®]



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



D. D. D. (OMS)= 100 mg/día



**Pharmacia
&Upjohn**



DUPHAR, S.A.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	La histeria infanto-juvenil: "In memoriam" <i>F. J. Mendiguchia Quijada</i>	1
Artículos originales	Consumo de drogas ilegales y variables sociodemográficas en la adolescencia. Estudio epidemiológico comunitario en Galicia <i>A. J. Torres Iglesias, M. D. Domínguez Santos</i>	4
	Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (I) Aspectos clínicos y terapéuticos <i>A. Agüero, A. Giménez, J. J. Plumed, I. I. Conesa, P. Llorens</i>	10
	Patología psiquiátrica asociada en los intentos de suicidio <i>M. L. Catalina Zamora, M. J. Mardomingo Sanz</i>	17
	Cuestionario de personalidad de Eysenck en la evaluación y diagnóstico de niños y adolescentes <i>P. M. Ruiz Lázaro, A. Pi Bonals, J. M. Velilla Picazo</i>	21
	Depresión y anorexia nerviosa: tratamiento con I.S.R.S. <i>F. Rey Sánchez, J. M. Sánchez García, J. R. Gutiérrez Casares</i>	24
Artículos de revisión	La circulación de la demanda en paidopsiquiatría de enlace <i>J. A. Serrano</i>	32
	Principios introductorios a la metodología de investigación en psiquiatría de la infancia y la adolescencia <i>J. L. Pedreira Massa</i>	42
Caso clínico		54
Reseñas terapéuticas		58
Comentario de publicaciones		61
Agenda		64

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

S U M M A R Y

Short commentary	Hysteria in childhood and youth: in memoriam <i>F. J. Mendiguchia Quijada</i>	1
Original articles	Illegal drug use and demographic variables in the adolescence. A community survey in Galicia <i>A. J. Torres Iglesias, M. D. Domínguez Santos</i>	4
	Comparative clinical study between behavioral and affective-anxious disorders in adolescence: (I) clinical and therapeutical aspects <i>A. Agüero, A. Giménez, J. J. Plumed, I. I. Conesa, P. Llorens</i>	10
	Psychiatric pathology associated to suicidal attempts <i>M. L. Catalina Zamora, M. J. Mardomingo Sanz</i>	17
	Eysenck's personality questionnaires (EPQ-J) in the evaluation diagnostic of children and adolescents <i>P. M. Ruiz Lázaro, A. Pi Bonals, J. M. Velilla Picazo</i>	21
	Depression and anorexia nervosa: treatment with I.S.R.S. <i>F. Rey Sánchez, J. M. Sánchez García, J. R. Gutiérrez Casares</i>	24
Review articles	The pathways of request consultation in liaison child psychiatry <i>J. A. Serrano</i>	32
	Research and methodological aspects in child and adolescence psychiatry and mental health <i>J. L. Pedreira Massa</i>	42
Clinical case		54
Therapeutical summary		58
Publications commentary		61
Calender		64

potente



y selectivo

Seroxat^{paroxetina}

eficacia antidepresiva y buena tolerancia...

...como debe **Ser**



SmithKline Beecham



NOMBRE DEL MEDICAMENTO. SEROXAT. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada comprimido de Seroxat contiene como principio activo: paroxetina (en forma de clorhidrato), 20 mg. **FORMA FARMACÉUTICA.** Seroxat se presenta en comprimidos recubiertos, ovalados, biconvexos, que contienen clorhidrato de paroxetina, equivalente a paroxetina como base libre: 20 mg (comprimidos blancos o ligeramente rosados). **DATOS CLÍNICOS. INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Tratamiento de la depresión. Tratamiento preventivo de las recaídas y recidivas de la depresión. El tratamiento prolongado con paroxetina mantiene su eficacia durante períodos de hasta 1 año. Tratamiento de los trastornos 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 68 pacientes tratados durante un año han sido comparados con placebo. En ellos la eficacia parece mantenerse. **POSLOGIA 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). 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 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 paroxetina 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 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 monoaminoxidasa (IMAO), ni antes de transcurridas dos semanas tras suspender el tratamiento con un IMAO. Por lo tanto, el tratamiento con paroxetina deberá iniciarse con precaución; y la dosificación se aumentará gradualmente hasta alcanzar la respuesta óptima. A su vez, no deben administrarse inhibidores de la monoaminoxidasa antes de que hayan transcurrido dos semanas, una vez suspendido el tratamiento con paroxetina. Al igual que todos los antidepressivos, paroxetina se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía. Los datos preliminares sugieren que puede producirse una interacción farmacodinámica entre paroxetina y warfarina que puede aumentar el riesgo de hemorragia sin que se reflejen cambios en el tiempo de protrombina. Por este motivo, paroxetina debe administrarse con precaución en los pacientes tratados con anticoagulantes orales. Al haberse reportado efectos adversos al administrar triptófano y otro inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT, no se debe administrar conjuntamente paroxetina y triptófano. **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 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), neurolepticos fenotiazínicos (ej: perfenazina y tioridazina) y los antiarrítmicos Tipo Ic (ej: propafenona y flecaínida). Paroxetina tiene poco o ningún efecto en la farmacocinética de un amplio rango de principios activos que incluyen: digoxina, propanolol y warfarina, si bien este último fármaco deberá administrarse bajo control médico por la posible interacción farmacodinámica. La inducción e inhibición de los sistemas enzimáticos hepáticos, pueden afectar el metabolismo y la farmacocinética de paroxetina. Por ejemplo, cimetidina, inhibidor de los sistemas enzimáticos, puede aumentar la biodisponibilidad de paroxetina. Fenitoina, inductor de los sistemas enzimáticos, puede disminuirla. Cuando se administra concomitantemente paroxetina con un inhibidor de las enzimas hepáticas, es conveniente reducir la dosis de paroxetina al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). En principio, no es necesario ajustar la dosis de paroxetina cuando se administra 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 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 triptófano dando como resultado el "Síndrome de serotonina" que se traduce en una combinación de agitación, insomnio y síntomas gastrointestinales que incluyen diarrea. Como sucede con otros inhibidores de la recaptación de 5-HT, los estudios en animales indican que puede haber una interacción entre paroxetina y los inhibidores de la monoaminoxidasa (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, amilobarbital 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 antiepilépticos también puede estar asociada a un mayor número de efectos secundarios. La administración diaria de paroxetina incrementa significativamente los niveles plasmáticos de prociclidina. Si se observaran efectos anticolinérgicos, se debería reducir la dosis de prociclidina. **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 la paroxetina son en general de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Estos efectos secundarios suelen disminuir en intensidad y frecuencia al continuar el tratamiento y en general no obligan a suspender la medicación. En ensayos clínicos, los efectos secundarios más comunes asociados con el uso de paroxetina, que no se observaron con la misma incidencia en pacientes tratados con placebo, fueron: náuseas, somnolencia, sudoración, temblor, 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 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 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 neuroleptico maligno y síntomas de hiperprolactinemia/galactorrea. **SOBREDOSIFICACIÓN.** Los síntomas de sobredosificación con paroxetina incluyen: náuseas, vómitos, temblor, midriasis, 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 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.** 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 cicero con lo que la aportación por el asegurado es de: Seroxat 14 comprimidos: 317 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 Fuente nº3. 28034-Madrid. **PARA MÁS INFORMACIÓN CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO.**

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Av./ Príncipe de Asturias, 63-65
08021 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
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

Es necesario enviar un diskette 3^{1/2} 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: se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.

5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos clínicos o Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de cinco folios.

6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta; estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.

7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números arábigos y contener el correspondiente título.

8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:

- a) Apellidos e inicial del nombre de los autores.
- b) Título del trabajo en la lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional.
- d) Número del volumen, página y año.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc., que se efectúen en las sesiones de 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 esta 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 societarios (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 de Uniformidad para Manuscritos publicados a Revistas Biomédicas (4ª edición). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Intoxicación por
DROGAS

DEPRESION



POSOLÓGIA:

1 Ó 2 AMPOLLAS DIARIAS

EN CICLOS MENSUALES

S.amet[®]

2000

S - Adenosil - L- Metionina (SAME)



EFICAZ APOORTE DE GLUTATION AL HÍGADO

Vendemiale 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 tríciclico 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. P.V.P 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

F. J. Mendiguchia Quijada

La histeria infanto-juvenil: "In memoriam"

Correspondencia:

F. J. Mendiguchia Quijada
Avda. Madrid, 34
28240 Hoyo de Manzanares (Madrid)

Hysteria in childhood and youth: in memoriam

Escribir un artículo necrológico produce siempre una cierta melancolía y éste es el caso del que ahora escribimos en memoria de la vieja histeria, la enfermedad (entonces era enfermedad, no trastorno) encuadrada en el ámbito de la neurosis, descrita ya por Hipócrates y Galeno, que hizo las delicias de Charcot y sobre la que, prácticamente, Freud fundó el psicoanálisis.

Todavía en la americana DSM-III-R se puede encontrar el término histeria, pero entre paréntesis y dividida en dos apartados diferentes, el de los *Trastornos somatoformes* en el que figura como «*Trastorno de conversión*» (o neurosis histérica, tipo conversión) y el de «*Trastornos disociativos*» (o neurosis histérica, tipo disociativo).

Sin embargo, ha desaparecido totalmente en dicha clasificación, dentro de la categoría diagnóstica de Trastornos de la personalidad, el nombre de «Personalidad histérica» (antigua neurosis de carácter histérica) que pasa a denominarse «*Trastorno histriónico de la personalidad*». Como antecedente de este cambio de nombre tenemos el que en el compendio de Psiquiatría de Freedman, Kaplan y Sadock, todavía se denomina Personalidad histérica pero, ya a continuación y entre paréntesis se leía «*Trastorno histriónico de la personalidad*».

Como se puede apreciar, el concepto unitario de la histeria y aun su mismo nombre estaban ya puestos en cuarentena por la Asociación Psiquiátrica Americana.

Más he ahí que en la última Clasificación Internacional de Enfermedades, la ICD-10, en la página 107, apartado F44 «*Dissociative and Conversions disorders*», se pueden leer estas apocalípticas palabras para la histeria: «but it now seems best to avoid the term hysteria as far as possible», cuya traducción vendría a ser «pero ahora parece lo mejor evitar el término histeria tanto como sea posible». (Si le queremos dar un tinte más dramático podríamos traducir literalmente como «huir tan lejos como sea posible del término histeria»).

Confieso que al leer estos términos de depreciación del concepto y del término médico de histeria, me vino a la memoria la famosa *damnatio memoriae* de los faraones egipcios cuando querían borrar, suprimiendo su nombre de los monumentos que habían erigido, cualquier recuerdo de algún antecesor, generalmente el más próximo.

La razón para la supresión de la palabra histeria de la terminología psiquiátrica, la verdad es que yo no lo veo muy claro, es evidente que la histeria no tiene

- 2 nada que ver con el útero, aunque para muchos psiquiatras se siga defendiendo el origen sexual de la misma, pero que la justificación sea, según dice la ICD-10, «en vista de sus muchos y variados significados» lo entiendo todavía menos porque en la Categoría Clasificatoria «Trastornos disociativos y de conversión» se incluyen los siguientes cuadros: fuga psicógena, estupor psicógeno, trances y estados de posesión, trastornos disociativos de movimientos y sensaciones, trastornos psicógenos del movimiento, convulsiones psicógenas, anestias y trastornos sensoriales y formas mixtas. Como se ve, toda la patología de la vieja histeria, es decir, que sigue unido lo que ya estaba unido, pero con otra denominación.

Quizás más razonable es la sustitución del término histérico por el de histriónico cuando se habla de un trastorno de la personalidad, porque no siempre coinciden los síntomas clínicos de la histeria con los de la personalidad o carácter histérico. Pero la realidad es que no es más que cambio de terminología, porque las características siguen siendo las mismas: dramatización, teatralidad, exagerada expresión de las emociones, sugestibilidad, ser fácilmente influenciado por otros, afectividad lábil y superficial, egocentrismo, indulgencia para sí mismo, falta de consideración a los demás, ofenderse fácilmente y conducta manipulativa.

Ahora bien, ¿ha sido feliz la elección de la nueva denominación? No sé para los angloparlantes, pero para los castellano-hablantes, la palabra escogida «personalidad histriónica» me parece especialmente desafortunada por el carácter peyorativo que histriónismo tiene en nuestro idioma, que quiere decir no solo teatral, cosa de por sí ya bastante negativa, sino que también tiene como sinónimos (Laborda: diccionario de sinónimos y antónimos) bufón, farsante, payaso y ridículo; es decir, que calificar a una persona, adulta o infantil, de histriónico es casi un insulto. Para este viaje con histérico quedábamos mejor, aunque hay que reconocer que este término también había adquirido con el tiempo un cierto tinte despectivo.

Si nos ceñimos a la población infanto-juvenil, ¿ha tenido la histeria infantil un pasado tan esplendoroso como su homónima del adulto? La verdad es que no; hay que esperar a 1617 para que un francés, Carolus Lepois, escribiera aquello de *multas puellu, lae vivunt hystericis tentatae symptomativus ante duodecim annum*,

y que, a partir de entonces se describieran casos de niños histéricos y, sobre todo, las famosas epidemias de adolescentes femeninas, apareciendo en 1873 la monografía de H. Landor sobre este tema.

Lo cierto es que la histeria infantil se ha tenido siempre por poco frecuente, prácticamente inexistente antes de los 5-6 años, rara hasta la pubertad y ya más habitual, sobre todo en niñas a partir de los 13-14 años. A mediados de siglo la escuela francesa (Heuyer, Michaux, Launay) se ocupan bastante de este tema y Vivien, en su tesis doctoral, llega a aportar hasta 330 casos en 1944, y el mismo Levovici se ocupa de la histeria infantil en 1974. También sabemos que los británicos, Creak en 1938 y Goodyear en 1985, hicieron revisiones con aportación de casos y, en general, consideraban que la frecuencia de la histeria infantil no solía sobrepasar el 1-1,5% de los casos vistos en sus consultas por eso extraña el resultado obtenido por el norteamericano Proctor que es nada menos que el 13% en contraste con su compatriota Hinman que sólo obtiene el 0,25%. Todo esto nos indica claramente la elasticidad del concepto de histeria, y su consiguiente diagnóstico, en la infancia.

Como dato curioso tenemos dos trabajos sobre la presencia o no del síntoma *la belle indifference* (quizás el más poético nombre dado jamás por la psiquiatría a un síntoma clínico), el de Rock de 1971 que apoya su existencia y el de Goodyear de 1981, que lo pone en duda.

Sin embargo se observa como la mayoría de los estudios se refieren a la frecuencia de la histeria infanto-juvenil y a la descripción de los casos, pero sin que se haya profundizado en su esencia psicopatológica. ¿Por qué esto? Quizás porque como tal síndrome venía del adulto claramente definida y descrita durante años y aun siglos y, a partir de Freud, esclarecida su etiopatogenia.

Si nos referimos ahora a la *personalidad histriónica*, vemos que la ICD-10 incluye no solo la antigua personalidad histérica, sino también la personalidad psicoinfantil. Naturalmente se refiere a adultos, porque el que un niño tenga rasgos psicoinfantiles es perfectamente normal. Lo que sucede es que en los niños calificados de histriónicos estos rasgos están más acentuados, su teatralismo es mayor, su exaltación imaginativa es superior a la media de su edad, su sugestionabilidad corresponde a la de un niño más

pequeño y sus trastornos de relación se refieren sobre todo a la familia y a la escuela.

Sin embargo, este tipo de personalidad histriónica o histérica fue parcialmente descrita hace ya muchos años por Künkel como «tipo» no necesariamente patológico, de «niño enredadera» o niño «Cenicienta» y señalaba su posible causa: la conjunción de una educación débil sobre un niño psicológicamente débil.

Y en España ¿cómo hemos tratado los paidopsiquiatras a la histeria infantil? El primer dato objetivo es que en nuestra antigua **Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil**, hoy AEPIJ, desde su primera reunión en 1952 hasta nuestros días ¡Solo ha tratado específicamente el tema una vez!, una comunicación presentada por el profesor S. Benito Arranz en 1972 con el título «**Histeria infantil: experiencia personal**». En nuestra aportación sobre el trabajo de seguimiento de 1.000 casos de trastornos psíquicos en la infancia y adolescencia, sólo pude recoger dos casos de despersonalización y cuatro de trastorno disociativo, recordando asimismo uno de ceguera histérica, curada, fiel al concepto de pitiatismo de Babinski por sugestión.

Además tenemos el hecho de que los frecuentes estudios epidemiológicos de estos últimos años no la mencionan casi nunca, lo que quiere decir que no se diagnostican.

¿Qué ha pasado? ¿Se nos ha olvidado la misma existencia de la histeria infantil? ¿Es consecuencia de la

corriente antinosográfica tan fuerte en la paidopsiquiatría? ¿Es que con el paso del tiempo han disminuido realmente los casos? ¿Es que el aumento de la cultura ha hecho casi desaparecer aquellos mecanismos primitivos de reacción de los que hablaba Kretschmer?

Posiblemente todas estas causas hayan influido en el hecho de la disminución y casi desaparición de los diagnósticos de histeria o de trastornos de conversión y disociativos y de personalidad histriónica; aunque si hablas, los psiquiatras y psicólogos que tratan niños y adolescentes te dicen que sí ven casos, pero casi siempre encubiertos en otros diagnósticos.

Mi impresión personal es que, además de lo expuesto, la histeria infantil ha ido perdiendo a lo largo de los años todo interés científico para los paidopsiquiatras pues ¿qué se podía decir de nuevo sobre ella? Realmente poca cosa, todo estaba ya dicho, y han surgido nuevos problemas como la anorexia, el suicidio, las depresiones o las drogas que todavía tienen mucho que investigar.

Como muestra de la evolución de la consideración de la histeria infanto-juvenil en España: la Psiquiatría Infantil de Vidal Perera de 1907 ni siquiera la menciona de la de Lafora de 1917 le dedica tres veces más espacio que a la neurosis obsesivo-compulsiva de la que yo dirigí en 1980 dedica a ambas neurosis las mismas páginas y la de Mardomingo de 1994 no la menciona por su escaso interés actual.

A. J. Torres Iglesias¹
M. D. Domínguez Santos²

Consumo de drogas ilegales y variables sociodemográficas en la adolescencia. Estudio epidemiológico comunitario en Galicia

1 Ayudante II Ciclo de Universidad
2 Profesora Titular Universidad
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago
Santiago de Compostela (La Coruña)

Correspondencia:
M^a D. Domínguez Santos
Rúa de Raiola, 1
15702 Santiago de Compostela (La Coruña)

Illegal drug use and demographic variables in the adolescence. A community survey in Galicia

RESUMEN

Siguiendo la metodología de los estudios epidemiológicos comunitarios de tipo transversal, se plantea la investigación de los hábitos de consumo de drogas ilegales, y su asociación con variables sociodemográficas (edad, sexo, hábitat, estatus ocupacional y clase social subjetiva) en una muestra comunitaria de 2.282 adolescentes de 12 a 17 años de la Comunidad autónoma de Galicia. Para el procesamiento estadístico de los datos, se utiliza el paquete estadístico SPSS/Mac en su versión 4.0. Los principales resultados sugieren que:

1. El consumo de drogas ilegales por parte de los adolescentes estudiados sigue un patrón ocasional en el 21,5% y habitual o frecuente en el 4,1%.
2. La sustancia más frecuentemente consumida es el cannabis.
3. Se detecta un policonsumo en el 40% de los usuarios.
4. El consumo de estas sustancias se asocia significativamente al sexo masculino, se correlaciona con la edad y los estratos sociales

más desfavorecidos, predomina en el medio urbano, y resulta significativamente más alto en trabajadores y parados.

PALABRAS CLAVE

Consumo de drogas ilegales; Variables sociodemográficas; Adolescentes; Estudio comunitario transversal; Galicia.

ABSTRACT

Following the methodology of cross-sectional surveys, the authors try to investigate consumption patterns of drug use, and to assess correlations with social and demographic variables in a community sample of 2,282 adolescents from Galicia (Spain) aged 12 to 17 years old. Data is processed by using the Statistical Package SPSS/Mac in its 4.0 version. Main results of this study suggest the following:

1. *Pattern of illegal drug use by Galician adolescents is occasional in 21.5% and habitual or frequent in 4.1%.*

2. *Cannabis derivates are the substances more frequently used by the adolescents.*
3. *40% of drug-takers use more than one drug at the same time.*
4. *Drug use is significantly associated to: male gender, older age subgroup, urban areas, workers and unemployed, and lower subjective social class.*

KEY WORDS

Illegal Drug use; Social and demographic variables; Adolescents; Cross-sectional survey; Galicia (Spain)

INTRODUCCIÓN

El consumo y tráfico de drogas consideradas ilegales, comienza a adquirir una importancia cuantitativa en España a partir de la década de los 60 (León, 1990), a raíz del desarrollo económico y del cambio de actitudes de la población frente a las drogas.

El panorama actual con respecto al uso de drogas ilegales, parece indicar, por un lado, un predominio de la utilización simultánea de varias sustancias (Freixa, Masferrer y Sala, 1988), y por otro una tendencia al aumento del nivel de consumo con respecto a años anteriores (Segal, 1991). En referencia a la adolescencia, el abuso de drogas puede alcanzar una tasa de prevalencia del 7,5% según algunos estudios (Levy y Deykin, 1989).

De entre las sustancias de uso ilegal, los derivados del cannabis (hachís, marihuana, grifa, etc) constituyen las más frecuentemente consumidas por los sectores jóvenes de la población. (Fishburne y Cisin, 1980; Irgens-Jensen, 1991) y, con frecuencia, sirven de puerta de entrada al consumo de otras drogas (Stenback, 1990). Respecto de la heroína y otros opiáceos, en sujetos adolescentes (Calafat, 1982, 1983, y 1989; Torres et al, 1985; Irgens-Jensen, 1991) la pauta de consumo suele ser predominantemente ocasional o experimental, y en general de bajo nivel. En referencia a la cocaína, la investigación epidemiológica parece indicar la existencia de un proceso de expansión en cuanto a su consumo (Fishburne y Cisin, 1980; García, Martín Carvajal et al, 1985). En la adolescencia, el LSD y, en general los alucinógenos, son

consideradas drogas de consumo escaso, y casi siempre esporádico (Calafat et al, 1983; Plan Autonómico sobre Drogodependencias, 1989).

La edad adolescente es una variable fuertemente relacionada con el consumo de sustancias. Nyberg (1979) y Fishburne y Cisin (1980), explican la relación entre patrones de consumo y edad en términos de una función curvilínea; a medida que aumenta la edad, también se produce un incremento en el consumo, con un pico a los 18-24 años, seguido de un descenso general en el uso. Con respecto al sexo, en los varones se constata la tendencia a un consumo más y frecuente que en las mujeres (Fishburne y Cisin, 1980). Los hallazgos relativos al hábitat y clase social resultan dispares (Napier, Carter y Pratt, 1981; Weisheit, 1984) por la probable influencia de otras variables mediatizadoras. En diversos estudios (Bachman, Bare y Frankie, 1986; Greenberger y Steinberg, 1986, se pone de manifiesto que los jóvenes que trabajan, y en especial aquellos que tienen una jornada laboral prolongada, son más propensos al consumo, perfilándose también los parados como grupo específico de riesgo para el consumo de sustancias (Plant, Peck y Samuel, 1983; Pearson, 1987).

OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen en esta investigación, son los siguientes:

1. Aproximación al estudio de los hábitos de consumo de drogas ilegales en la población gallega de 12 a 17 años.
2. Valoración de las correlaciones entre tasas de drogas ilegales y variables sociodemográficas (sexo, edad, hábitat, clase social subjetiva y estatus ocupacional).

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Tomando como base los datos publicados por el INE en 1986 sobre la población gallega de 12 a 17 años (N= 298.548 sujetos), se selecciona una muestra alea-

- 6 toria y estratificada con criterios de afijación proporcional, compuesta por 2.282 unidades. Dicha muestra objeto de estudio acumula errores máximos del 2% en el caso más desfavorable, y se distribuye de la siguiente manera en función de los parámetros descriptivos:
- Sexo: Varones (48,9%)/Mujeres (51,1%).
- Edad: 12-13 años (23,6%)/14-15 años (22,3%)/16-17 años (54,1%).
- Hábitat: Urbano (51,2%)/Rural (48,8%).
- Ocupación: Estudiantes (67,1%); Trabajadores (13%); Parados/inactivos: (19,9%).

Instrumentos

El uso de sustancias ilegales por parte de los encuestados se investiga a través de un ítem integrado en un apartado sobre actitudes sociales que forma parte de un Cuestionario General de 89 ítems elaborado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela para el estudio de diversos aspectos de la salud mental en la población adolescente gallega.

En concreto, se abordan dos aspectos del consumo: frecuencia y tipo/s de sustancia/s consumidas.

En el análisis de la frecuencia de consumo consideramos tres categorías: No consumidor; Consumidor Ocasional (el que ha consumido drogas alguna vez); y Consumidor Habitual o Frecuente (el que ha consumido drogas muchas veces).

Las sustancias de consumo que a las que se hace referencia son las siguientes:

- Fumables: cannabis y derivados.
- Drogas inyectables o drogas «duras»: heroína y cocaína.
- Inhalantes: disolventes.
- Otras: alucinógenos (tipo LSD), barbitúricos, alcohol (no se incluye sin referencia a otras drogas), y otras.

En las respuestas, es posible registrar consumos de una única sustancia o de varias simultáneamente.

PROCEDIMIENTO

El presente trabajo se integra en un amplio Proyecto de Investigación sobre la Salud Mental en la

población gallega de 12-17 años, que ha sido parcialmente subvencionado por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. El diseño forma parte de los estudios epidemiológicos comunitarios de tipo transversal, basados en una muestra representativa de la población objeto de análisis.

El trabajo de campo fue realizado en los meses de noviembre y diciembre de 1988 y enero de 1989 por una empresa especializada en investigaciones de tipo sociológico. Un equipo de 18 encuestadores profesionales, previamente entrenados en los instrumentos de la investigación, realizaron la recogida de datos en los distintos puntos geográficos muestrales acudiendo a los centros escolares, y cuando fue necesario a los domicilios y lugares de trabajo de los encuestados.

El índice total de rechazos fue del 10%, atribuibles en su mayor parte a los jóvenes trabajadores.

Como variables independientes para las tablas de contingencia utilizamos las sociodemográficas (edad, sexo, hábitat, estatus ocupacional y clase social subjetiva).

Para el procesamiento estadístico de los datos se utiliza el paquete estadístico SPSS/Mac, en su versión 4.0. Las correlaciones entre variables se analizan mediante el Chi-cuadrado de Pearson y el Test de Mantel-Haenszel de asociación lineal.

RESULTADOS

Del total de los 2.282 adolescentes estudiados, encontramos que el 25,6% han consumido algún tipo

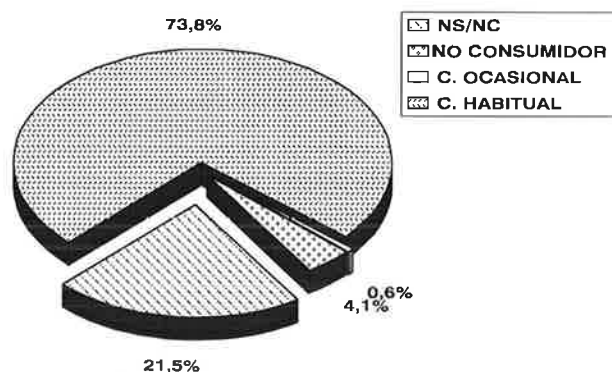


Figura 1. Consumo de drogas ilegales: Resultados globales.

de droga ilegal, siguiendo una pauta Ocasional en el 21,5% y Habitual o Frecuente en el 4,1%, tal y como se expone en la figura 1.

Con respecto a los *hábitos de consumo*, el 15,5% (60% de los consumidores) refiere la utilización de una sola sustancia y en el 10% (40% de los consumidores) consumos de dos o más sustancias simultáneamente.

El Cannabis es la sustancia más frecuentemente utilizada tanto en forma de monoconsumo como de policonsumo, representando el 10% del total de la muestra en ambos casos. La tasa de usuarios de Heroína o Cocaína en forma de monoconsumo es baja (0,1%), incrementándose si consideramos la combinación con otras sustancias (1,6%). Los alucinógenos del tipo LSD se consumen únicamente junto con otras sustancias, en el % del total de sujetos. La combinación más habitual entre los policonsumidores es la de cannabis más alcohol (7,2% del total), seguido a cierta distancia por el cannabis más alcohol y/o heroína-cocaína.

Con respecto a la influencia de las variables sociodemográficas destaca, en primer lugar, que el consumo de drogas ilegales predomina significativamente ($p < 0,00001$) en varones (30,8%) frente a las mujeres (21,8%); en concordancia con otros estudios, tal y como se ilustra en la figura 2, estas diferencias son más evidentes si consideramos el Consumo Habitual o Frecuente, para el cual se obtiene una proporción varón/mujer de 2:1 (varones: 5,4%; mujeres).

Además, encontramos una correlación positiva y lineal (Fig. 3) entre consumo y *edad* ($p < 0,00001$), de tal manera que el grupo de mayor riesgo es el de 16-

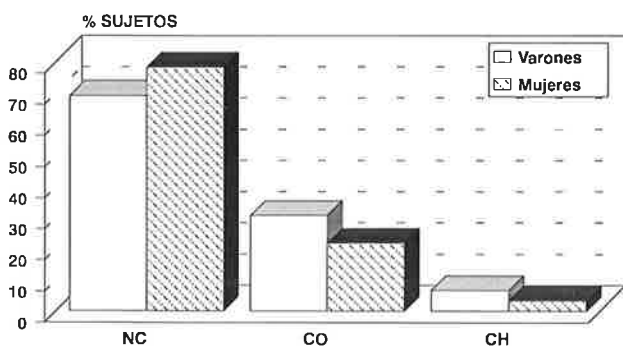


Figura 2. Consumo de drogas y sexo.

Consumo de drogas ilegales y variables sociodemográficas en la adolescencia. Estudio epidemiológico comunitario en Galicia

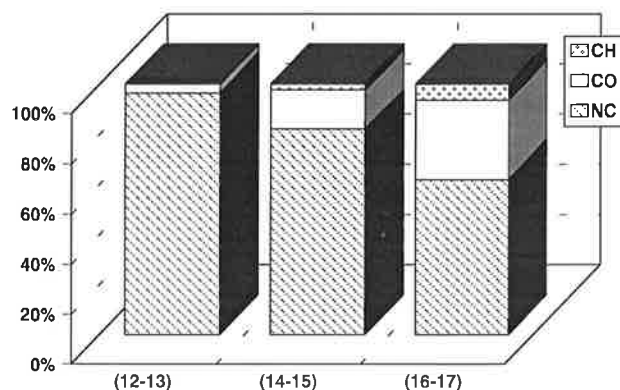


Figura 3. Consumo de drogas y edad.

17 años, de tal manera que el C. Ocasional se multiplica por 10 (12-13 años: 3,5%; 14-15 años: 15,7%; 16-17 años: 31,7%) y el habitual por 6 con respecto a los sujetos de menor edad de la muestra (12-13 años: 0,2%; 14-15 años: 2,4%; 16-17 años: 6,5%).

En referencia al *hábitat* (Fig. 4), se detecta una mayor proporción de consumidores en los sujetos procedentes de áreas urbanas, tanto para la pauta Ocasional como para la Habitual o Frecuente, aunque con un menor nivel de significatividad estadística ($p < 0,01$).

El análisis de la interacción de la *clase social subjetiva* (Fig. 5) aporta como datos más relevantes un Consumo Ocasional ligeramente superior en los sujetos que se autoclasifican en la clase social media (23,3%), y un Consumo Habitual o Frecuente discretamente más alto en la clase baja (5%) ($p < 0,0002$).

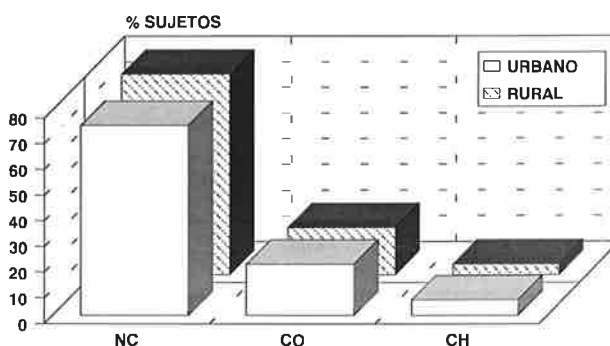


Figura 4. Consumo de drogas y hábitat.

8

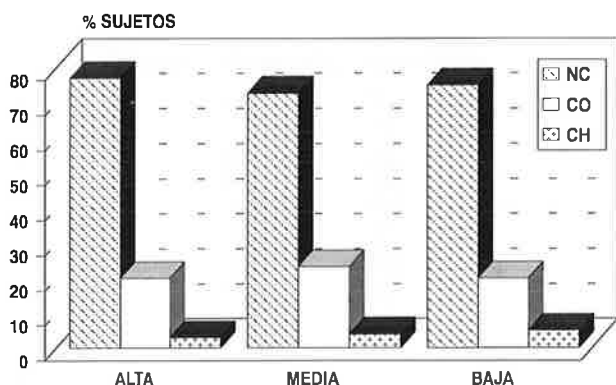


Figura 5. Consumo de drogas y clase social.

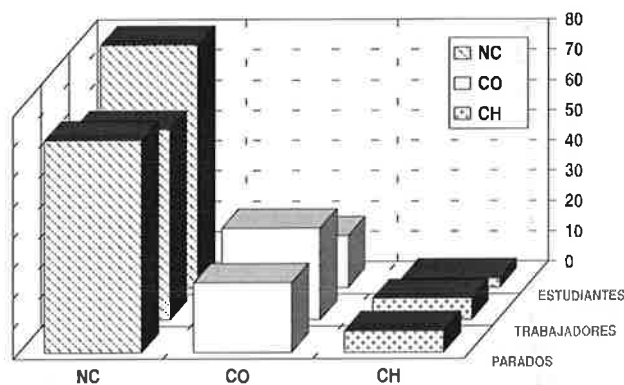


Figura 6. Consumo de drogas y estatus ocupacional.

Por último, la interacción del *estatus ocupacional* (Fig. 6) pone de manifiesto el predominio significativo ($p < 0,00001$) del Consumo Ocasional en los jóvenes trabajadores (30,2%), y del Habitual o Frecuente en los trabajadores y parados, con tasas similares para ambos colectivos (cerca del 7%).

CONCLUSIONES

- El 25,6% de los adolescentes gallegos consumen drogas ilegales, con un 21% de Consumidores

Ocasionales y un 4% de Consumidores Habituales o Frecuentes.

- Entre los usuarios de drogas, el monoconsumo, y el 40% consume dos o más sustancias simultáneamente.
- El cannabis es la sustancia más frecuentemente utilizada en forma de monoconsumo.
- La ingesta alcohólica es notablemente superior en varones, en el grupo de edad de 16 a 17 años, y en el grupo de parados.
- La prevalencia de bebedores de riesgo se triplica en el medio rural con respecto al urbano, y es más elevada en la clase social menos favorecida.

BIBLIOGRAFÍA

- Bachman JG, Bare DE, Frankie EI. Correlates of employment among high school seniors. Monitorin the future. Ocasional paper 20. An Arbor MI. Institute for Social Research; 1986.
- Calafat A, Amengual M, Farres C, et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de enseñanza media y formación profesional de Mallorca. *Drogalcohol* 1982;VII (3):117-126.
- Calafat A, Amengual M, Farres C, et al. Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de enseñanza media de Mallorca. *Drogalcohol* 1983;VIII(4):155-174.
- Calafat A, Amengual M, Mejías G, et al. Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. *Rev Esp Drogodep* 1989;14(1):9-28.
- Fishburne PM, Cisin I. National survey on drug abuse: Main findings; 1979. Rockville, Maryland: National Institute of Drug Abuse; 1980.
- Freixa F, Masferrer J, Sala LL. Urgencias en Drogodependencias. Plan Autonómico de Drogodependencias. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 1988:139.
- García JL, Martín L, Carvajal A, Rubio AM, Velasco A. Estudio del consumo de drogas en una muestra de estudiantes de enseñanza media de Valladolid. *Drogalcohol* 1985;X(2):65-71.
- Greenberger E, Steinberg L. When teenagers work: the psychological and social costs of adolescent employment. New York: Basic Books; 1986.
- Irgens-Jensen O. Changes in the use of drugs among Norwegian youth far by from 1968 to 1969. *Br J Addict* 1991; 86:1449-1459.

- 10 Levy JC, Deykin EY. Suicidality, depression and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1989;146(11):1462-1467.
- 11 León JL. Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Rev Esp Drogodependencias* 1990;15(4):221-237.
- 12 Napier T, Carter T, Pratt M. Correlates of alcohol and marijuana use among rural high school student. *Rural Sociology* 1981;46: 319-332.
- 13 Nyberg KL. Drug abuse and drug programs in rural America. En: Dupont RI, Goldstein A, O'Donnell J, eds. *Handbook on Drug Abuse*. Rockville: NIDA; 1979.
- 14 Pearson G. *The new heroin users*. Oxford: Basil Blackwell; 1987.
- 15 Plan Autonómico sobre Drogodependencias. O consumo de drogas en Galicia. Equipo de Investigaciones Sociológicas EDIS. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral do servizo Galego de Saude, Subdirección Xeral de Atención Especializada. Colección Drogodependencias. Santiago de Compostela; 1989: 142.
- 16 Plant MA, Peck D, Samuel E. *Alcohol, drugs and school leavers*. Londres: Tavistock; 1983.
- 17 Segal B. Adolescent initiation into drug-taking behaviour: comparisons over a 5-year interval. *Int J Addictions* 1991; 26(3):267-279.
- 18 Stenback M. Initiation into intravenous drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:459-462.
- 19 Torres MA, Gisbert MS, Gisbert-Calabuig JA. El consumo de drogas de abuso en la población estudiantil de bachillerato superior de la provincia de Valencia. *Drogalcohol* 1985; X(1):15-20.
- 20 Weisheit RA. Alcohol and drug abuse prevention. *J Drug Issues* 1984;14:469-479.

A. Agüero¹
A. Giménez²
J. J. Plumed⁴
I. I. Conesa³
P. Llorens⁴

¹ Profesor Titular de Psiquiatría.

² PIR. Servicio de Psiquiatría. HCU. Valencia.

³ MIR.

⁴ Especialista en Psiquiatría.

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. HCU. Valencia.

Servicio de Psiquiatría. HCU. Valencia.

Facultad de Medicina. Valencia.

Correspondencia:

A. Agüero Juan

Departamento de Psiquiatría

Hospital Clínico Universitario

Avda. Blasco Ibáñez, 17

46010 Valencia

Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (I) Aspectos clínicos y terapéuticos

Comparative clinical study between behavioral and affective-anxious disorders in adolescence: (I) clinical and therapeutical aspects

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 clínicas, evolutivas, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, y respuestas terapéuticas a las distintas modalidades de tratamientos. Tras el tratamiento estadístico (Test U de Mann-Witney), se establece un perfil diferencial teniendo en cuenta todas las variables mencionadas.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Trastornos de conducta; Trastornos afectivos; Ansiedad; Psicopatología; Curso evolutivo.

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 clinical, evolutive, personal and family psychiatric antecedents, and therapeutical response to diferent types of treatments variables. After the statistical study (test U Mann-Witney), a diferencial profile is established, considering all the mentioned variables.

KEY WORDS

Adolescence; Behavioral disorders; Affective disorders; Anxiety; Psychopatology; Evolutive course.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta, ansiedad y afectivos son las patologías más frecuentes en la adolescencia, y las que generan una mayor demanda asistencial.

Los trastornos afectivos y los ansiosos son de difícil diferenciación en este período. Los cambios físicos y emocionales hacen que los adolescentes presen-

ten una mayor fluctuación del estado de ánimo que los adultos (Hambury, 1993), y éste oscila de forma continua entre un humor depresivo y un trastorno depresivo propiamente dicho (Compas, 1993). Así, en la adolescencia temprana se dan con frecuencia jóvenes que refieren tristeza, infelicidad o disforia, con tasas que van desde el 15% al 60%, dependiendo del método para determinar el humor deprimido y la edad y sexo de los participantes en cada estudio. Otro factor importante está en la dificultad que presentan algunos adolescentes para distinguir entre el humor depresivo y otras emociones negativas como ansiedad, hostilidad o irritabilidad. La expresión clínica mixta de ambos cuadros ha hecho a muchos autores considerar que no es útil la distinción clínica entre ansiedad y depresión (Kendell, 1975), y que la diferenciación entre las dos formas de afecto no es posible (Angold, 1992; Angold, 1993; Moreau, 1992; Kowacs, 1989).

Es importante señalar la continuidad de los trastornos de la adolescencia en la edad adulta. Así, la edad media de comienzo de los trastornos de ansiedad está en torno a los 16 años (Christie, 1988); los adolescentes que padecen cuadros depresivos tienen un riesgo aumentado de padecer cuadros depresivos mayores en la edad adulta (Garber, 1988).

La incidencia de las alteraciones de conducta en la adolescencia sufre un pico tan marcado que algunos autores consideran que es parte de la adolescencia normal (Lorea, Ageton, 1983). El trastorno de conducta es mucho más frecuente en varones que en mujeres (Offord, 1987). En varones predice conducta antisocial y abuso de sustancias en la edad adulta, y en las mujeres aumenta la probabilidad de que padezcan cuadros de ansiedad y depresión de adultas. Algunos estudios han mostrado que la edad de comienzo temprana está referida a una conducta antisocial más seria y persistente (Loeber, 1983).

El trastorno de conducta se manifiesta clínicamente con síntomas ansiosos, atencionales, somáticos y depresivos. La comorbilidad con otros trastornos es muy alta, especialmente con los afectivos. Así, algunos autores han llegado a considerar la posibilidad de establecer un nuevo diagnóstico: trastorno de conducta depresivo (Harrington, 1989). Éste, en comparación con los depresivos puros, presentaría menor tasa de depresión en el adulto, peor respuesta a la imi-

pramina y mayor variabilidad del humor. Si el trastorno de conducta se asocia en niños con trastorno de ansiedad, es menos probable que el adolescente tenga problemas con la ley y que sean rechazados por sus propios compañeros (Farrington, 1991; McClellan, 1990).

En este trabajo, se plantea un estudio retrospectivo de tipo comparativo entre los trastornos conductuales y los afectivo-ansiosos de inicio en el período de la adolescencia, con el objeto de describir las características clínico evolutivas y marcar las diferencias respecto a una serie de variables relacionadas, fundamentalmente, con la intervención terapéutica. Se enmarcaría como la primera parte de un estudio más amplio en el que se han considerado además de las variables descritas, otras referidas a aspectos de ajuste familiar y adaptación escolar. Estos aspectos serán descritos en la segunda parte de este estudio.

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. Se realiza un estudio diagnóstico siguiendo los criterios CIE-10, obteniéndose la distribución que se muestra en la tabla 1.

Existe un claro predominio de los síndromes objeto de nuestro estudio que, en forma conjunta, abar-

Tabla 1 Distribución diagnóstica de la población general de la que es extraída la muestra

Diagnósticos	Frecuencia	%
Trastornos de conducta	67	30,45
Trastornos afectivo-ansiosos	68	30,90
Trastornos mixtos	16	7,28
Otros trastornos	53	24,09
Sin diagnóstico	16	7,28

12

Tabla 2 Distribución de la muestra por edad y sexo

Grupos	Nº Casos	Edad		Sexo	
		Media	D.S.	Hombres	Mujeres
Trast. conducta	67	13,67	1,77	44	23
Trast. afectivo-ansiosos	68	13,94	1,80	21	47

can más del 60% del total y si además incluimos los casos de sintomatología mixta afectivo-conductual, el porcentaje se eleva a un 68%.

En el apartado "Otros trastornos", se incluyen: el Retraso mental (N= 9); Trastornos psicóticos (N= 7); Trastornos de control de esfínteres (N= 11); Trastornos de la conducta alimentaria (N= 15); Trastornos del aprendizaje escolar (N= 10) y Abuso de tóxicos (N= 1).

La muestra final empleada para este estudio 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 2.

Material y procedimiento

Se realizó una revisión de todas las Historias Clínicas abiertas durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellas, se seleccionaron aquéllas 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 Afectivo-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, la *Edad* y *Sexo* de los pacientes; a continuación, respecto a la patología presente se concreta, además del *Diagnóstico* (utilizado como factor en los análisis), la *Edad de comienzo de los síntomas*, el *Tiempo de evolución actual* y el *Tipo de curso evolutivo*. Respecto al paciente, se establecen

Tabla 3 Prueba t de Student para la variable Edad

Diagnóstico	N	Media	D.S.	p <	Significación
Tr. conducta	67	13,67	1,77		
Tr. afectivo-ansiosos ..	68	13,94	1,80	0,945	n.s.

los *Antecedentes personales*, *Antecedentes familiares*, *Motivo de consulta*, *Actitud respecto al dispositivo asistencial* y la *Conciencia de enfermedad*. Por último, se consideran diferentes variables relacionadas con la intervención terapéutica, como son: el *Planteamiento terapéutico escogido*, *Tiempo actual de tratamiento*, *Abandono del tratamiento*, *Periodicidad de controles* y *Valoración de resultados*.

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

Las distintas variables fueron sometidas a un estudio estadístico descriptivo y comparativo mediante la valoración de las medidas 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 el test U de Mann-Whitney por tratarse de datos recogidos en escala nominal.

RESULTADOS

Edad

Como se puede apreciar en la tabla 3, los resultados son prácticamente superponibles y no existen diferencias significativas respecto a la edad en ambos grupos diagnósticos.

Sexo

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < ,0001$) respecto al sexo en función de los grupos diagnósticos (tabla 4). Existe un predominio de mujeres (69%) en los trastornos afectivos, mientras que en los trastornos conductuales se da la relación inversa, predominando los varones (65%).

Tabla 4 Prueba U de Mann-Whitney para la variable Sexo

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec.-Ansio.		p <	Signif.
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Sexo	67	56,68	68	79,15	,0001	***

Variables relacionadas con la patología

La edad adolescente es la época en que de forma mayoritaria aparecen los primeros síntomas, aunque se aprecian diferencias significativas ($p < ,05$) referidas a un *inicio de síntomas* en edad preadolescente más importante en los trastornos conductuales (30%) que en los trastornos afectivo-ansiosos (12%). El *tiempo de evolución* es mayor en los trastornos conductuales ($p < ,001$), superándose en el 78% de los casos un tiempo de evolución superior a un año, mientras que en los trastornos afectivo-ansiosos predominan las evoluciones cortas y menos de un 40% de los casos

Tabla 5 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con la patología

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec.-Ansio.		p <	Signif.
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Edad inicio síntomas	67	61,74	68	74,17	,0160	*
Tiempo de evolución	67	56,99	68	78,85	,0002	***
Tipo curso evolutivo	67	65,49	67	69,51	,5197	n.s.

superan los 6 meses de evolución. Respecto al *tipo de curso evolutivo*, no aparecen diferencias estadísticamente significativas, si bien es cierto que en los trastornos afectivos se reparten por igual los tres modelos evolutivos (progresivo, episódico y continuo), mientras que en los trastornos conductuales predominan claramente los tipos evolutivos progresivos y continuos, siendo muy raros los episódicos (tabla 5).

Variables relacionadas con los pacientes

No aparecen diferencias significativas respecto a los *antecedentes psiquiátricos personales*, aunque se manifiesta una tendencia superior en los Trastornos de conducta (34%) que en los Trastornos afectivo-ansiosos (17%). En los *antecedentes psiquiátricos familiares* existe prácticamente un equilibrio entre los dos grupos, siendo de todos modos elevados en ambos, un 31% de los casos para los Trastornos conductuales y un 44% de los casos para los Trastornos afectivo-ansiosos. Los *motivos de consulta* son evidentemente diferentes ($p < ,001$) y claramente definidos para cada grupo, observándose además que en la esfera de los Trastornos afectivo-ansiosos son claramente superiores las quejas de tipo ansioso a las de tipo depresivo. Las *actitudes de los pacientes respecto al dispositivo asistencial* también son diferentes ($p < ,001$) registrándose una mayor colaboración en los Trastornos afectivo-ansiosos (80%), mientras que en los Trastornos conductuales aparece una actitud de rechazo-indiferencia en más de la mitad de los casos. Estas diferentes actitudes son paralelas y coherentes con las diferencias encontradas respecto al grado de *conciencia de enfermedad* ($p < ,01$), el cual es muy intenso en los Trastornos afectivo-ansiosos (70%), sin llegar al 40% en los Trastornos de conducta (tabla 6).

Tabla 6 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con los pacientes

Variables	TR. Conducta		TR. Afec.-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Antecedentes psiquiátricos personales	62	62,08	68	68,62	,1899	n.s.
Antecedentes psiquiátricos familiares	66	70,00	67	64,04	,2893	n.s.
Motivo de consulta	67	88,77	68	47,54	,0001	***
Actitud del paciente	66	76,76	65	55,08	,0001	***
Conciencia de enfermedad	64	72,00	64	57,00	,0061	**

Tabla 7 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con aspectos terapéuticos

Variables	TR. Conducta		TR. Afec.-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Tipo de tratamientos	66	65,02	62	63,94	,8649	n.s.
Abandono del tratamiento	65	64,74	67	68,21	,5488	n.s.
Tiempo de tratamiento	58	63,62	62	57,58	,3235	n.s.
Periodicidad de controles	66	73,36	67	60,73	,0259	*
Valoración de resultados	59	64,42	56	51,24	,0220	*

Variables relacionadas con los aspectos terapéuticos

No aparecen diferencias significativas respecto a los tipos de planteamientos terapéuticos, aunque en los Trastornos afectivo-ansiosos existe una proporción equilibrada entre los tratamientos psicofarmacológicos, cognitivo-conductuales y otros, mientras que en los Trastornos conductuales existe un claro predominio de los planteamientos cognitivo-conductuales (53%) sobre los otros tipos. En ambos grupos y casi en 1/3 del total de la muestra se utilizaron tratamientos de tipo mixto. Las tasas de abandono del tratamiento es elevada, situándose casi en el 50% en ambos grupos clínicos, no existen diferencias relevantes entre los tipos de trastornos, aunque las cifras de abandono del tratamiento es ligeramente superior para el grupo de Trastornos conductuales. No aparecen diferencias estadísticamente significativas respecto al tiempo actual de tratamiento. Respecto a la periodicidad de los controles, se registran diferencias ($p < ,05$), llamando la atención la elevada proporción de Trastornos afectivos que solamente realizan un contacto con el Centro (23%) frente a sólo el 12% de los Trastornos conductuales, debido quizá a la mayor presión del entorno familiar para seguir el tratamiento. Por último, la valoración global de los resultados terapéuticos es pareja, por cuanto las mejorías superan la mitad de los casos tratados en ambos grupos (65% en los Trastornos afectivo-ansiosos y 57% en los Trastornos conductuales). No obstante, aparecen diferencias significativas ($p < ,05$) en la dirección de una recuperación total superior en el caso de los Trastornos afectivo-ansiosos que en el de los conductuales.

DISCUSIÓN

Datos epidemiológicos

Los síndromes objeto de nuestro estudio abarcan conjuntamente más del 60% de la muestra total. Este dato concuerda con los trabajos anteriores que indican, por un lado, que en contraste con las cifras relativamente bajas de trastornos afectivos en niños, en la adolescencia estos trastornos se incrementan alcanzando cifras similares a las de los adultos (Kashani y Simonds, 1979; Rutter, 1986; Kashani et al, 1989). Y por otra parte, se describe la elevada incidencia de trastornos de conducta en la población infantil que además predicen un riesgo importante de conducta antisocial y abuso de sustancias en la adolescencia y en la edad adulta (Fanington, 1991). En lo referente al género, el predominio de trastornos de conducta en los varones es altamente significativo, lo que concuerda con los datos encontrados en la bibliografía. Respecto a esto, el predominio de los varones en los trabajos publicados (Costello, 1989), que llegaba a ser de 4:1, no es tan marcado en la muestra de nuestro estudio (en torno a 1:3), quizás este dato refleje la tendencia a la baja en esta proporción. Respecto a los trastornos afectivo-ansiosos, nuestros datos confirman la preponderancia de mujeres en la adolescencia (Andersen, 1987).

Datos relacionados con las patologías

En primer lugar, se observa que pese a que no existen diferencias significativas respecto a la edad de comienzo de los síntomas, sí aparece la tendencia a un comienzo más temprano en los trastornos de conducta (30% de inicio preadolescente). Esto estaría relacio-

nado con lo apuntado anteriormente respecto a una posible continuidad desde la infancia hasta la adolescencia en los trastornos de conducta (Fanington, 1991), aspecto que no está presente en los trastornos afectivos (Rutter, 1986). En el mismo sentido, podría interpretarse el resultado referido a un *tiempo de evolución* superior en los trastornos de conducta, en los que se supera en el 78% de los casos un tiempo de evolución superior a un año, mientras que en los trastornos afectivo-ansiosos predominan las evoluciones cortas, y menos de un 40% de los casos superan los 6 meses de evolución.

Datos relacionados con los pacientes

Respecto a los *antecedentes psiquiátricos familiares*, no se encontraron diferencias significativas, pero son elevados en ambos grupos. Los trastornos de conducta se correlacionan de forma alta con una marcada psicopatología familiar (Offord, 1991; Lahey, 1989). Lo mismo sucede con los trastornos afectivo-ansiosos, ya que varios autores confirman que la aparición de estos trastornos se asocia con un pobre vínculo materno y con alteraciones psicopatológicas en la madre (Goodger, 1989). Junto con esto, el factor genético parece ser importante en este grupo (Mitchel, 1989; Puig-Antich, 1989). Por otro lado, desde los comienzos en la clasificación de los trastornos de conducta, los criterios diagnósticos han sugerido que gran parte de ellos presentan una *conciencia de enfermedad* deficiente. La primitiva organización mental que se supone a los pacientes que presentan estos trastornos suponen una tendencia a la interpretación hostil de las reacciones de los demás, una escasa empatía y una carencia de sentimientos de culpa (DSM IV), que evitan el sentimiento de enfermedad y determinan un vínculo concreto con el terapeuta, concretado en el hecho de verse como víctimas de los demás (Rutter, 1995). Por el contrario, los trastornos afectivos están ligados a un fuerte sentimiento de enfermedad y a actitudes autodespreciatorias. Estas ideas concuerdan con las diferencias encontradas en nuestro estudio referidas a la conciencia de enfermedad. Asimismo, estas diferencias son paralelas y coherentes con las diferencias aparecidas en relación a las *actitudes de los pacientes frente al dispositivo asistencial*. En los trastornos afectivo-ansiosos predomi-

na una actitud colaboradora en un 80% de los casos, mientras que en los trastornos de conducta aparece una actitud de rechazo-indiferencia en más de la mitad de los casos.

Datos relacionados con el tratamiento

Respecto al tratamiento, en nuestro estudio comprobamos que no aparecen diferencias significativas respecto a la *modalidad del planteamiento terapéutico* escogido para cada grupo, aunque en los trastornos afectivo-ansiosos existe una proporción equilibrada entre los planteamientos psicofarmacológicos, cognitivo-conductuales y otros, mientras que en los trastornos conductuales existe un claro predominio de los planteamientos cognitivo-conductuales. Se comprueba que existe una prescripción mucho mayor de psicofármacos para los trastornos afectivos. Existen diversos trabajos respecto a la eficacia de los antidepresivos en la depresión del adolescente, siendo éstos contradictorios en lo que respecta a la eficacia del tratamiento, ya que algunos consideran que no son superiores al placebo (Geller, 1990). En nuestra experiencia, los resultados parecen ser positivos. Los abordajes cognitivo-conductuales se han utilizado en ambos trastornos, y existe abundante bibliografía que apoya la eficacia de este tipo de métodos.

No se encontraron diferencias significativas respecto a las tasas de *abandono del tratamiento*, aunque llama la atención las cifras elevadas de abandonos que se sitúan para ambos grupos clínicos en casi un 50%. En este sentido podemos considerar, por un lado, la idea de que los trastornos de conducta son bastante refractarios a cualquier tipo de intervención terapéutica y, por otro lado, la fugacidad de los cuadros afectivos en los adolescentes, en los que aparece un marcado dramatismo tanto en el paciente como en su entorno en el inicio del cuadro, que tiende a desaparecer de forma rápida una vez se decide a intervenir el problema.

Respecto a la *periodicidad de los controles*, se registran diferencias que indican una mayor supervisión (mayor número de contactos con el Centro) para el grupo de trastornos de conducta. En esta línea, también destaca la elevada proporción de trastornos afectivo-ansiosos que solamente realizan un contacto con el Centro. Estas diferencias podrían ser explicadas por la existencia de una mayor presión del entorno fami-

- 16 liar para seguir el tratamiento en el caso de los trastornos de conducta y la tendencia a una mayor fugacidad en los trastornos afectivos apuntada anteriormente.

Por último, en relación a la *valoración de resultados* se observa, en primer lugar, que las mejorías superan la mitad de los casos tratados en ambos grupos. No obstante, se encuentran diferencias que indican una tasa mayor de recuperación total en el caso de los trastor-

nos afectivo-ansiosos. Éstas podrían explicarse por la respuesta positiva a los psicofármacos para este grupo encontrada en nuestra experiencia. Asimismo, también hay que considerar que el deterioro a nivel escolar, familiar y social que acompaña frecuentemente a los trastornos de conducta dificulta el desarrollo de la intervención terapéutica, produciéndose una mejoría más lenta y requiriéndose un mayor tiempo de tratamiento hasta conseguir una recuperación total.

BIBLIOGRAFÍA

- Compas BE, Orosan PG, Grant KE. Adolescence stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *J Adolescence* 1993;16:331-349.
- Angold A, Rutter M. Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development Psychopathol* 1992;4:5-28.
- McGee R, Feehan M, Williams S, Patridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1990;29:611-619.
- Cast CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:726-730.
- Offord DR, Bayle NH, Szatmary P. Ontario Health Study. Six month prevalence of disorder and service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:832-836.
- Farrington DP. Antisocial personality: from childhood to adulthood. *Psychologist Bull Br Psychol Soc* 1991;4:389-391.
- Livingston RL, Dykman RA, Akerman PT. The frequency and significance of additional self-reported psychiatric diagnoses in children with attention-deficit hyperactivity disorders. *J Abnormal Child Psychol* 1990;18:465-478.
- 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.
- Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: A review. *Am J Psychiatry* 1993;150:179-91.
- Moreau D, Weissman HH. Panic disorders in children and adolescents: a review. *Am J Psychiatry* 1992;149:1306-1314.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Baldac EA, Faraone SV. A high-risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without major depression. *Psychiatric Res* 1991;37:333-348.
- Kowacs M, Gatsanis C, Paulouskas S, Richard C. Depressive disorders in childhood. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:776-782.
- McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to age 15. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992;31:50-59.
- 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;29:534-539.
- Patterson GR, De Bausch BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychologist* 1989;44:329-335.
- Loeber R. Early predicts of male delinquency: a review. *Psychological Bull* 94:68-99.
- Harrington RC. Childhood and adolescent depression: recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 2:480-483.
- Hasmburg; Wortman. Adolescent development and psychopathology. En: *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Company; 1993.
- Kendell. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell; 1975.
- Christie KA, Burke, Regier DA. Epidemiological evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988;145:971-75.
- Garber J, Kriss MR, Koch M. Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1988;27:49-54.
- Harrington RC. Child and adolescent depression: recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 1989;2:480-483.
- Puig-Antich J, Lukens E, Davies M. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:500-507.
- Mitchell, McCauley, Burke, Calderon. Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1989;27:12-20.
- Geller B, Cooper TB, Graham DL, Fetner HH, Masteller FA. Pharmacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6- to 12-year olds with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992;31:34-44.

M. L. Catalina Zamora¹
M. J. Mardomingo Sanz²

Patología psiquiátrica asociada en los intentos de suicidio

¹ Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos (Madrid)
² Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital General
Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Correspondencia:

M^a L. Catalina Zamora
Centro San Juan de Dios
Avda. San Juan de Dios, s/n
28350 Ciempozuelos (Madrid)

Psychiatric pathology associated to suicidal attempts

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este trabajo es conocer los trastornos psiquiátricos que, con más frecuencia, se asocian a conducta suicida en niños y adolescentes, y evaluar los principales síntomas depresivos y conductas antisociales asociadas a conducta suicida.

Material y método: Se comparan 30 niños y adolescentes, que han realizado un intento de suicidio, con 45 sujetos de población general, de edad, sexo y nivel socioeconómico similar.

Resultados: Los trastornos psiquiátricos, diagnosticados según criterios DSM-III-R que con más frecuencia se asocian con intento de suicidio en niños y adolescentes son los trastornos afectivos (23,3%) y los trastornos de conducta (16,6%). Estos sujetos tienen con más frecuencia que la población general, síntomas depresivos como sentimientos de inutilidad o culpa, ánimo deprimido o irritable y disminución del placer e interés. También son significativamente más frecuentes que en la población general los trastornos de conducta como peleas y robo.

PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio; Trastornos psiquiátricos; Sintomatología depresiva; Trastornos de conducta.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to know the psychiatric disorders associated to suicidal behavior and to report depressive and behavior problems in children and adolescents in the attempt suicide moment.

Method: Data were collected on 30 inpatients with suicidal attempt in a children and adolescent Psychiatric Unit and 45 non-suicidal children from the general population, matched for age, sex and socioeconomic classe.

Results: Classification of mental disorders according to DSM-III-R criteria, showed that the most prevalent disorders associate with suicide attempt were affective disorders (23.3%) and conduct disorders (16.6%). Suicidal subjects had significatly more depressive syntoms: feelings of worthlessness or inappropriate guilt, depressed mood or irritable mood and

- 18 diminished interest or pleasure. Behavior problems as violence, fights and stealing were also present.

KEY WORDS

Suicidal attempt; Psychiatric disorders; Suicide attempt and depressive features; Disruptive behavior disorders.

INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se han relacionado con factores familiares, sociales y psicológicos, como la desestructuración familiar, el aislamiento social de la familia, la disponibilidad de armas de fuego y ciertos rasgos de personalidad como la impulsividad o la rigidez cognitiva.

A pesar de la indudable influencia de estos factores, cada vez son más los estudios que demuestran una alta asociación entre conducta suicida y trastorno psiquiátrico, sobre todo trastorno afectivo y trastorno de conducta.

El propósito de este trabajo es:

- Conocer los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia se asocian a conducta suicida.
- Evaluar los principales síntomas depresivos y conductas antisociales asociadas a conducta suicida.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra se compone de un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC). El grupo experimental lo forman 30 niños y adolescentes, atendidos en la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, tras realizar un intento de suicidio. La edad de estos pacientes oscila entre los 8 y los 15 años, con una media de edad de 13,2 años. El 83,3% son mujeres y el 16,6% varones, lo que representa una proporción de 5 mujeres por cada varón. Este grupo se compara con un grupo control de 45 sujetos de población general, seleccionados aleatoriamente en un colegio de EGB de Madrid (tabla 1). No existen diferencias estadísti-

Tabla 1 Características de la muestra

N	Grupo experimental 30	Grupo control 45
Edad	8-15 años	8-15 años
Media de edad	13,2 años	13 años
Sexo:		
• Varones	5 (16,6%)	12 (26,6%)
• Mujeres	25 (83,3%)	33 (73,3%)

camente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo y nivel socioeconómico de la familia. En el 100% de la muestra el método suicida utilizado fue la ingestión medicamentosa.

En todos los sujetos de la muestra se realizó una entrevista semiestructurada con el niño o adolescente y algún familiar, generalmente la madre.

Los criterios diagnósticos utilizados son DSM-III-R.

El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi cuadrado, usando la corrección de Yates en los casos necesarios. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de p menores a 0,05.

RESULTADOS

En 17 pacientes (56% del GE), se detectó un trastorno psiquiátrico. En otros 9 casos (30%), existía sospecha de trastorno psiquiátrico que no pudo confirmarse por abandono precoz del seguimiento. Sólo en el 13,3% de los casos no se detectó un trastorno psiquiátrico. Las patologías más frecuentes en los niños y adolescentes que intentan suicidarse son los

Tabla 2 Trastornos psiquiátricos asociados a intento de suicidio

	N	%
Trastorno del estado de ánimo	7	23,3
Trastorno de conducta	5	16,6
Trastorno adaptativo	3	10
Trastorno por déficit de atención	1	3,3
Abuso de drogas	1	3,3
Diagnóstico diferido	9	30
Sin trastorno psiquiátrico	4	13,3

trastornos afectivos, presentes en el 23,3% de los casos, seguidos de los trastornos de conducta en el 16,6% de los casos. Otros diagnósticos menos frecuentes son los trastornos adaptativos, los trastornos por déficit de atención y el abuso de drogas (tabla 2).

Al analizar los síntomas depresivos presentes en todo el grupo experimental (no sólo en los diagnosticados de trastorno del estado de ánimo) y compararlos con el GC, observamos que todos los síntomas depresivos, según criterios DSM-III-R, son significativamente superiores en los niños y adolescentes que han intentado suicidarse que en población general. Los síntomas que más diferencian a ambos grupos son los sentimientos de inutilidad y culpa, el estado de ánimo depresivo y sobre todo irritable, la disminución de placer e interés, la disminución de la capacidad de concentración, la agitación o enlentecimiento motor y la alteración del sueño, principalmente el insomnio (tabla 3).

Otros síntomas de tipo depresivo también diferenciaban significativamente ambos grupos, como quejas somáticas múltiples (30% en el GE frente al 6,6% en el GC, $p < 0,02$), retraimiento social (30% en el GE frente al 8,8% en el GC, $p < 0,02$) y deficiente rendimiento escolar (60% en el GE frente al 24,4% en el GC, $p < 0,01$).

Más del 75% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse tienen síntomas depresivos aunque no tengan un cuadro clínico depresivo completo.

Respecto a los trastornos de conducta, el 33,3% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse presentan conductas antisociales frente al 4,4% de la po-

Tabla 4 Conducta antisocial

	GE		GC		X ²	P
	N	%	N	%		
Peleas	8	26,6	2	4,4	5,8	0,02
Robo	7	23,3	0	0	8,9	0,01
Total	10	33,3	2	4,4	9,13	0,01

blación general. En el 16,6% de los casos, la persistencia y reiteración de estas conductas justificaba el diagnóstico de trastorno de conducta propiamente dicho.

Las conductas antisociales que diferencian significativamente al grupo experimental del control son peleas y conductas heteroagresivas fuera del hogar y robos (tabla 4).

DISCUSIÓN

En la última década, se han realizado distintos estudios que establecen la relación entre trastorno psiquiátrico y conducta suicida, observándose que más del 80% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse^(1,4) y más del 90%^(1,5) de los que consuman un suicidio tienen un trastorno psiquiátrico. Estas cifras de incidencia son bastante uniformes en las distintas muestras revisadas.

Los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente se asocian con intentos de suicidio y suicidios

Tabla 3 Sintomatología depresiva

	GE		GC		X ²	P
	N	%	N	%		
Sentimientos de inutilidad/culpa	23	76,6	13	28,8	16,4	0,001
Animo deprimido/irritable	22	73,3	13	28,8	14,2	0,001
Disminución de placer/intereses	14	46,6	5	11,1	12	0,001
Disminución concentración/indecisión	18	60	11	24,4	9,5	0,01
Agitación/enlentecimiento motor	14	46,6	7	15,5	8,6	0,01
Insomnio/hipersomnia	12	40	5	11,1	8,5	0,01
Ideación recurrente de muerte	14	46,6	9	20	6	0,02
Fatiga/pérdida energía	9	30	3	6,6	5,6	0,02
Alt. peso/apetito	5	16,6	0	0	5,5*	0,02

* Aplicada la corrección de Yates

- 20 consumados en la infancia y la adolescencia son los trastornos afectivos y los de conducta^(1-4,6-8). También se observa un considerable solapamiento entre estos dos trastornos^(9,10).

Los trastornos afectivos y, sobre todo, la depresión son con diferencia la patología más frecuentemente asociada con intento de suicidio. En muestras anglosajonas^(1-3,6,7), este diagnóstico oscila entre el 50 y el 80% de los casos, frente al 23% observado en el presente estudio y en otros estudios españoles⁽⁸⁾. Estas diferencias pueden deberse a que la prevalencia e incidencia de trastornos depresivos en este grupo de edad sea realmente menor en nuestro medio, o a las diferencias metodológicas de los estudios. Así, observamos que en población anglosajona, cuando la muestra es población general y no clínica, la asociación entre intento de suicidio y trastorno afectivo gira en torno al 25%⁽¹¹⁾, similar a la obtenida en población española. La fuerte asociación entre depresión e intento de suicidio en muestras clínicas, puede explicarse en parte porque son precisamente estos sujetos los que inician tratamiento psiquiátrico y, por tanto, son los valorados como casos.

Distintos autores⁽¹²⁻¹⁴⁾ apuntan la existencia de dos tipos de conductas suicidas, que podríamos denominar tipo depresivo y tipo impulsivo-agresivo. El primero se caracterizaría por intentos de suicidio de alta intencionalidad (premeditados, con baja posibilidad de rescate) y alta letalidad, y se asociaría básicamente con depresión; el segundo, por intentos de baja intencionalidad y letalidad, fruto de reacciones puntuales impulsivas y de intolerancia a la frustración y que estaría más relacionado con otras patologías como trastornos de conducta y trastornos de personalidad. Este modelo no ha sido avalado por las investigaciones. De hecho, en el presente trabajo se observa una coexistencia no despreciable de síntomas depresivos y conductas antisociales, resultados concordantes con los obtenidos en estudios previos^(4,15) en que se aprecia que intentos de suicidio de baja intencionalidad y letalidad y en que los motivos desencadenantes de la conducta suicida son aparentemente banales, se asocian con alta incidencia y prevalencia de trastornos psiquiátricos y una mala evolución posterior en la adolescencia tardía y en las fases iniciales de la etapa adulta, en cuanto a trastornos psiquiátricos y a adaptación familiar, social y laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-588.
- 2 Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:655-662.
- 3 Rotheram-Borus M, Trautman P. Hopelessness, depression and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1988;27(6):700-704.
- 4 Catalina ML, Almarza P, Mardomingo MJ. Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Estudio prospectivo de 6-10 años (Pendiente de publicación).
- 5 Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM. Mental disorders in adolescent suicide DSM-III-R axis I and II diagnoses in suicide among 13 to 19 years old in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-839.
- 6 Pfeffer C, Peskin JR, Siefker MA. Suicidal Children grow-up Psychiatric during follow-up period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(4):679-685.
- 7 Khan A. Heterogeneity of suicidal adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(1):92-96.
- 8 Agüero A, Catalá MA, Hernández M, Cuquerella MA, Llorens P, Pérez F, Agüero C. Estudio de las tentativas suicidas en adolescentes con trastornos psiquiátricos. Libro de Ponencias del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Madrid; 1994.
- 9 Borst S, Noam G, Bartok J. Adolescent suicidality: A clinical-developmental approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(5):796-803.
- 10 Carlson G, Cantwell D. Unmasking masked depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1980;137:445-449.
- 11 Levy J, Deykin E. Suicidality, depression and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiat* 1989;146(11):1462-1467.
- 12 Hamdi J, Amin Y, Mattar T. Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:406-411.
- 13 Facy F, Choquet M, Lechevallier Y. Recherche d'une typologie des adolescents suicidants. *Social Psychiatry* 1979;14: 75-84.
- 14 Choquet M, Facy F, Davidson F. Suicide and attempted suicide among adolescents in France. The suicide syndrome. London: Croom Helm Ltd.; 1980.
- 15 Catalina ML, Almarza P, Mardomingo MJ. Adaptación familiar, social y laboral de los niños y adolescentes con comportamientos suicidas. Estudio prospectivo a los 6-10 años. (pendiente de publicación).

P. M. Ruiz Lázaro
A. Pi Bonals
J. M. Velilla Picazo

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Departamento de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

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

Cuestionario de personalidad de Eysenck en la evaluación y diagnóstico de niños y adolescentes

Eysenck's personality questionnaires (EPQ-J) in the evaluation diagnostic of children and adolescents

RESUMEN

Introducción: Eysenck habla de tres dimensiones básicas o factores fundamentales de personalidad: neuroticismo, extraversión y psicoticismo. La aplicación práctica de esta teoría factorial jerarquizada son sus cuestionarios como el EPQ-J (junior) (1975) con sus escalas: emocionabilidad (N), extraversión (E), dureza (P), sinceridad (S) y conducta antisocial (CA).

Objetivo: mostrar nuestra experiencia en el empleo del EPQ-J en la evaluación y diagnóstico de niños y adolescentes.

Material y método: el estudio mediante la aplicación individual del EPQ-J en dos muestras: niños escolares en edad de latencia (de 8 a 11 años) y adolescentes (de 12 a 15 años).

Resultados: se estudió a 307 de nuestros pacientes ambulatorios: 136 niños y 171 adolescentes. Se aplicó el contraste estadístico con Chi cuadrado para determinar la homogeneidad de las muestras para las distintas escalas. Ambas muestras son homogéneas para las escalas N y E, pero no para las escalas P, S y CA.

Conclusiones: El empleo de las escalas del EPQ-J nos parece útil en la evaluación y diagnóstico de

niños y adolescentes que acuden a una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

PALABRAS CLAVE

Eysenck; Personalidad; Niños; Adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: Eysenck speaks of three basic dimensions or fundamental personality factors: neuroticism, extraversion and psychoticism. The practical application of this hierarchical factorial theory are his questionnaires as the EPQ-J (junior) (1975) with his scales: neuroticism (N), extraversion (E), hardness or psychoticism (P), sincerity (S) and antisocial conduct (CA).

Objective: to show our experience in the employment of the EPQ-J in the evaluation and diagnostic of children and adolescents.

Material and method: the study through the individual application of the EPQ-J in two samples: scholastic children in latency age (of 8 to 11 years)

- 22 *and adolescents (of 12 to 15 years).*
Results: *it was studied 307 of our outpatients: 136 children and 171 adolescents. It was applied the statistic contrast with squared Chi to determine the homogeneity of the samples for the different scales. Both samples are homogeneous for the scales N and E, but not for the scales P, S and CA.*
Conclusions: *the employment of the scales of the EPQ-J seems us useful in the evaluation and diagnostic of children and adolescents that attend to a Child Psychiatric Unit.*

KEY WORDS

Eysenck; Personality; Children; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

El británico Hans J Eysenck, del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, habla de tres dimensiones básicas o factores fundamentales de personalidad en que se pueden integrar los diferentes rasgos de personalidad: neuroticismo-estabilidad emocional, extraversión-introversión y psicoticismo o dureza⁽¹⁻³⁾. La aplicación práctica de esta teoría factorial jerarquizada son sus cuestionarios de personalidad: Maudsley Personality Inventory (MPI), Eysenck Personality Inventory (EPI) y Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), con una forma específica para sujetos de ocho a quince años el EPQ-J (Eysenck Personality Questionnaire-Junior) (HJ Eysenck, SBG Eysenck, 1975), con sus escalas para evaluar tres superfactores de la personalidad (teoría PEN de Eysenck): emocionabilidad (N), extraversión (E), dureza (como prefiere denominar Seisdedos) (P), y también la sinceridad (S) y predisposición a una conducta antisocial (CA)⁽⁴⁻⁶⁾.

OBJETIVO

Mostrar nuestra experiencia en el empleo del EPQ-J en la evaluación y diagnóstico de niños y adolescentes en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio mediante la aplicación individual del Eysenck Personality Questionnaire-Junior (EPQ-J) en dos muestras de nuestros pacientes de las consultas externas de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza: niños escolares en edad de latencia (de 8 a 11 años) y adolescentes (de 12 a 15 años).

RESULTADOS

Se estudió a 307 de nuestros pacientes ambulatorios: 136 niños y 171 adolescentes. En la muestra de niños escolares, 91 fueron varones (66,91%) y 45, mujeres (33,08%), con un rango de edad de 8 a 11 años y una media de 9,8 años. En la muestra de adolescentes, 113 fueron varones (66,08%) y 58 mujeres (33,91%) con un rango de edad de 12 a 15 años y una media de 13,53 años. La proporción entre varones y mujeres no presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras, siendo homogéneas para la distribución por sexo. Se aplicó el contraste estadístico con Chi cuadrado para determinar la homogeneidad de las muestras de niños y adolescentes para las distintas escalas del EPQ-J. Así, ambas muestras son homogéneas para las escalas Neuroticismo (N) (alfa = 0,005; grados de libertad = 2; Chi cuadrado = 1,717 menor que 5,911) y Extraversión (E) (Chi cuadrado = 3,074 menor que 5,911). Pero no para las escalas Psicoticismo o Dureza (P) (18,021 mayor que 5,911), Sinceridad (S) (6,252 mayor que 5,911) y Conducta Antisocial (CA) (9,258 mayor que 5,911).

DISCUSIÓN

Los factores que mide el EPQ-J son los clásicos en la teoría de Eysenck y se han mostrado extraordinariamente estables a través de gran cantidad de experimentaciones⁽⁶⁾. Para Maganto (1995) es el más utilizado de los tests que evalúan rasgos y factores de personalidad en niños, con amplia aplicabilidad en nuestro país. Ha demostrado ser provechoso en investigación, en clínica y en el ámbito educativo y de

orientación vocacional⁽⁷⁾. Utilizado ampliamente y psicométricamente apropiado⁽⁴⁾ fue diseñado para la validación de los constructos de personalidad y no para evaluar psicopatología aunque ha sido utilizado con éxito limitado en contextos clínicos⁽⁸⁾. Todas las pruebas de personalidad tienen cierto valor para la investigación clínica, pero contribuyen menos a la práctica médica cotidiana porque, en general, se aprende más de la valoración clínica⁽⁹⁾. Nosotros (Ruiz et al, 1996) hemos comprobado la utilidad del EPQ-J para la evaluación y diagnóstico en los trastornos de conducta, un motivo de consulta muy frecuente entre los adolescentes de nuestra Unidad⁽¹⁰⁾, y es defendible su utilidad para la evaluación de casos clínicos, problemas de conducta y diagnóstico escolar⁽⁷⁾ y recomendable como instrumento de investigación⁽¹¹⁾.

Especial interés ha despertado el estudio del nivel de neuroticismo, extraversión y psicoticismo en diferentes muestras de sujetos. Colom (1995) afirma que los datos indican que las puntuaciones en las escalas del EPQ descienden al aumentar la edad por término medio aunque la sinceridad (la escala que intenta

medir la tendencia al disimulo de algunos sujetos para presentar «buen aspecto») aumenta con la edad durante la niñez, mientras que en la edad adulta ocurre lo contrario^(5,7).

En este trabajo hemos encontrado niveles más altos de psicoticismo, sinceridad y conducta antisocial en la muestra de adolescentes, en comparación con la de niños escolares. Los rasgos propios de la psicología de la adolescencia serían una posible explicación. Puede influir también el gran número de pacientes con trastornos de conducta en nuestra muestra de adolescentes. Son muestras clínicas de una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil y es ese un sesgo que tampoco debemos olvidar.

CONCLUSIÓN

El empleo de las escalas del EPQ-J nos parece útil en la evaluación y diagnóstico de niños y adolescentes que acuden a una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dourdil F. Psicología de la personalidad. En: Seva A, ed. Psicología médica. 1ª ed. Zaragoza: INO reproducciones; 1994:129-148.
- 2 Casas M. Bases biológicas de la personalidad. En: Seva, ed. Psicología médica. 1ª ed. Zaragoza: INO reproducciones; 1994:149-172.
- 3 Sánchez-Blanco A. Psychological test in Psychiatry. En: Seva A, ed. The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. 1ª ed. Barcelona: Anthropos. Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991:199-216.
- 4 Eysenck HJ, Eysenck SGB. Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Manual. 7ª ed. Madrid: TEA Ediciones; 1995.
- 5 Colom BR. Tests, inteligencia y personalidad. Madrid: Pirámide; 1995.
- 6 Romeu J. Trastornos psicológicos en Pediatría. Barcelona: Ediciones Doyma; 1990.
- 7 Maganto C. Instrumentos aplicados para la evaluación y diagnóstico en psicopatología infantil. En: Rodríguez J, ed. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones; 1995:191-282.
- 8 Clarkin JF, Hurt SW, Mattis S. Evaluación psicológica y neuropsicológica. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, ed. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Ancora; 1996: 259-289.
- 9 Gelder M, Gath D, Mayou R. Psiquiatría. 2ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1993.
- 10 Ruiz PM, Ruiz PJ, Corral C, Velilla JM, Bonals A. Cuestionario de personalidad de Eysenck en la evaluación y diagnóstico de adolescentes con trastornos de conducta. Rev Esp Pediatr. 1996;52(5):434-436.
- 11 Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 7ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996:229-245.

F. Rey Sánchez¹
J. M. Sánchez García¹
J. R. Gutiérrez Casares²

Depresión y anorexia nerviosa: tratamiento con I.S.R.S.

- 1 Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Salamanca.
2 Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Correspondencia:

F. Rey Sánchez
Unidad de Psiquiatría-Infantil
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario
Pº de San Vicente, 58 - 182
37001 Salamanca

Depression and anorexia nervosa: treatment with I.S.R.S.

RESUMEN

Se presenta un estudio respecto a la comorbilidad entre Depresión y Anorexia Nerviosa, y al tratamiento de la anorexia nerviosa con ISRS, concretamente con la fluvoxamina, ante la hipótesis de la implicación de la serotonina, tanto en los trastornos de la esfera afectiva como en la esfera alimentaria. Se exponen también los datos epidemiológicos de once pacientes, tres varones y ocho mujeres.

reuptake inhibitors, concretely fluvoxamine. An hypothesis about the implications of serotonin in the etiology of both depressive and eating disorders is also explored. Epidemiologic data of eleven patients, three males and eight females, are shown.

KEY WORDS

Depression; Anorexia nervosa; Fluvoxamine; Serotonin.

PALABRAS CLAVE

Depresión; Anorexia nerviosa; Fluvoxamina; Serotonina.

ABSTRACT

The authors show an study regarding the comorbidity between depression and anorexia nervosa, as well as the treatment of anorexia nervosa with serotonin

INTRODUCCIÓN

En el último lustro estamos asistiendo a un aumento alarmante en los trastornos alimentarios —léase anorexia y bulimia nerviosas— hasta el punto que en el último año están traspasando la frontera del área médico-psiquiátrica, siendo frecuente encontrar comentarios sobre ellos en los medios de comunicación, bien escritos o audiovisuales, e incluso dando estas recientes cifras tan preocupantes como la existencia de 100.000 casos/año, cantidad que debemos

admitir, al no existir, o al menos no conocidas por los autores, comunicaciones sanitarias oficiales sobre los casos reales anuales.

Todo ello lleva a plantearnos si debemos seguir considerando factores determinantes: choques emocionales, conflictos psicológicos con figura materna predominantemente, competitividad, etc, y como factor fundamental en la aparición de referidos trastornos, una manifestación sociocultural de «culto al cuerpo». Si bien opinamos, dadas las condiciones sociofamiliares actuales, podría deberse a la mayor incidencia de patología psiquiátrica infanto-juvenil y que las mismas fuesen vehiculadas a través del «lenguaje del cuerpo» y más concretamente en la esfera oroalimentaria.

Ante una situación tan inquietante, opinamos que la Psiquiatría y en este caso la Psiquiatría Infanto-Juvenil, no debería limitarse a la resolución de referidos problemas en el sentido del tratamiento y seguimiento, sino avanzar, aunque fuese con lentitud, en conductas o actitudes de matiz preventivo.

Si bien, la opinión generalizada es de que fue Morton, a finales del siglo XVII, quién efectuó la primera descripción sintomatológica de lo que posteriormente se denominó Anorexia Nerviosa, no debería olvidarse que fueron Laségue y Güll, en 1873, los que describieron el referido cuadro de forma detallada. Un año después, Déjérine describe un cuadro similar denominándolo Anorexia Mental sugiriendo que el tratamiento debería ser realizado fuera del contexto familiar.

En el *siglo pasado*, predominó el abordaje descriptivo. A comienzo del actual, es estudiada desde el psicoanálisis, siendo interpretada como la expresión de un conflicto intrapsíquico, y así Freud habla de anorexia como una neurosis, asociándola con la melancolía y la histeria. Posteriormente, se intentó explicar como un trastorno endocrino.

Más recientemente existen concepciones neopsicodinámicas encabezadas por Hilde Bruch haciendo hincapié en situaciones sociales, conflictos familiares, etc. De ahí, Bruch destaca la alteración en la imagen corporal, las distorsiones interoceptivas y el sentimiento de ineficacia personal. Selvini Palazzoli, de la *escuela de Milán*, enfoca la génesis del problema anoréxico en la relación madre-hija y en el grupo familiar, así como en la influencia de los factores culturales y sociales.

Minuchin, dentro del *grupo de Filadelfia*, concibe la anorexia nerviosa como una enfermedad psicodinámica en la que tienen una gran importancia los problemas familiares, descubriendo, entre otras particularidades, que en estas familias hay una ausencia de resolución de los conflictos que se producen, implicando al hijo en la conflictividad conyugal y así, éste, se convierte en un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología.

También se ha realizado *un modelo conductual*, basado en el reforzamiento positivo que es el no comer; y un modelo fóbico, basado en el miedo a engordar. Todo ello ha desembocado en un modelo cognitivo-conductual, basado en la relación entre pensamiento, emoción/afecto y comportamiento manifiesto. Según este modelo, en la Anorexia Nerviosa, se producen una serie de distorsiones cognitivas (abstracciones selectivas, generalizaciones excesivas, magnificaciones de posibles consecuencias negativas, pensamiento dicotómico, ideas de autorreferencia, pensamiento supersticioso), distorsiones perceptivas y cambios conductuales (comportamiento ingestivo: dieta, episodios bulímicos, hiperactividad, comportamiento familiar y comportamiento sexual y social).

En la actualidad, se observan modelos pluricausales para explicar el problema anoréxico. Así existe el *Modelo Biopsicosocial* de A. R. Lucas en el que realza la importancia de los factores de predisposición biológica, fisiológica y genética junto con la influencia familiar y el entorno social. El *Modelo patogénico* de Ploog y Pirke, que destaca la vulnerabilidad biológica, la predisposición psicológica y el ambiente social en la génesis de la anorexia nerviosa.

Literalmente, el término anorexia significa pérdida de apetito y una idea generalizada es la de que las anoréxicas y/o anoréxicos no presentan sensación de hambre. No obstante, Garfinkel opina que los pacientes con AN padecen «punzadas de hambre» de manera frecuente e intensa las cuales desaparecen con la ingestión de + 200 cal/día.

El rechazo de la ingestión de alimentos puede ir asociado a otros trastornos psiquiátricos, tales como: depresión, esquizofrenia, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo o hipocondría.

Las alteraciones alimentarias graves suelen ser característica en sociedades de nivel socioeconómico

- 26 elevado, pues en países de nivel económico bajo la AN es poco frecuente. Y en sociedades como las orientales, donde la obesidad ha sido considerada secularmente signo de riqueza y poder e incluso «sacralizada», la anorexia es poco frecuente.

Vandereyken señala dos formas de AN:

1. AN tipo restrictivo, en la que predominaría una reducción de la ingesta, la cual correspondería al tipo restrictivo de la clasificación DSM-IV.
2. AN tipo bulímico, en la que destacaría bulimia, vómitos, ingestión de laxantes o aplicación de enemas y ejercicio físico exagerado, y que sería equivalente en la DSM-IV al tipo compulsivo-purgativo.

Respecto a la frecuencia de la AN, es variable de unos autores a otros, como también en los diferentes manuales y/o clasificaciones, y así para Nylander se daría en 1/250 adolescentes femeninas, para Crisp et al en 1/200 chicas de 15 años o menos y en 1/100 mayores de 15 años. Para ambos autores, es más frecuente en clases socioeconómicas altas o medias, observación concordante con los autores de nuestro entorno. Según la DSM-IV la prevalencia de la AN entre chicas adolescentes y jóvenes adultas es de 0,5-1% y más del 90% de los casos se observa en mujeres.

Depresión-anorexia

Sours (1980) recoge la descripción efectuada por Avicena (s. XI) respecto al tratamiento (al parecer con éxito) de un joven príncipe árabe, que presentaba síntomas anoréxicos o anoréticos, dentro de un contexto sintomatológico depresivo. Este mismo autor recoge otras dos descripciones de casos parecidos, solo que en jóvenes mujeres, realizadas en el s. XVII por Simone Porta y Pedro Mexio.

Bliss y Branch, en su revisión de 1960, recogen 9 tesis doctorales de Medicina (realizadas entre 1685-1770) existentes en la Biblioteca Médica de las Fuerzas Armadas de EE.UU., que estudian los trastornos del apetito y las causas de dichos trastornos, haciendo referencia al papel desempeñado por factores emocionales, siendo fundamentalmente Glado (1696) quien menciona que la tristeza puede llegar a producir Anorexia. En esta misma revisión, se men-

ciona al neurólogo y neurofisiólogo Whytt (s. XVIII), el cual sitúa o localiza la causa de la anorexia en el estómago, refiriendo lo siguiente: «un estado no natural de los nervios del estómago, puede producir rechazo o aversión a la comida; y los bajos espíritus (¿bajo ánimo?) y la melancolía con frecuencia proceden de dicho estado».

Si la AN fue considerada en principio por Laségue (1873) como una variedad de Histeria, Brill (1939) sugirió, podría ser una forma frustrada de Esquizofrenia. Dubois (1949) opinaba que se trataba de una Neurosis Obsesivo-Compulsiva, en la que la Compulsión se centraría en la dieta. Posteriormente, para Meyer y Weinroth (1957), se trataría de una variedad de Psicosis maníaco-depresiva.

Aún cuando la AN estaba definida y plenamente asumida por la comunidad científica, durante cierto tiempo fue considerada como un Síndrome no específico, el cual podía desarrollarse o aparecer inmerso en el contexto de cualquier otra patología psiquiátrica, según opinión de Kay y Leigh (1954).

Fue King (1963) quien efectuó la distinción entre:

- AN primaria: caracterizada por propias constantes psicopatológicas y con entidad nosológica propia o diferenciada, en la que, la no ingesta sería una ganancia primaria de la enfermedad.
- AN secundaria: ésta sería como un conglomerado de varias patologías psiquiátricas, en las que la AN surge como un desarrollo patoplástico. A ésta la consideraba como manifestación secundaria de una fobia, delirio o «manifestación de intensa depresión».

Este autor (King, 1963), recoge los trastornos emocionales que acompañan a la AN, e identifica algunos de los síntomas: astenia, irritabilidad, insomnio, tensión, hiperactividad, negación de enfermedad, depresión, sentimientos de culpa, etc.

En la década de los setenta, autores como López-Ibor Aliño (1972) y Chinchilla (1978) consideraban a la AN como un Equivalente Depresivo. Prieto Aguirre, en 1976, engloba la AN dentro de los trastornos afectivos que pueden presentarse en la edad juvenil, junto con los cuadros depresivos existenciales, depresiones dismorfofóbicas y dispisicofóbicas.

La sintomatología de matiz afectivo que presuntamente se presenta en la AN ha inducido a autores como Eckert et al (1982), Hudson et al (1984) Swift

et al (1986) a opinar que la AN podría ser una variante del trastorno afectivo. Ello ha conducido a investigar en antecedentes familiares y aunque las investigaciones no se pueden considerar concluyentes, Winokur (1980), Gershon (1984) y Chinchilla (1983), encontraron en las familias de pacientes con AN un riesgo de padecer depresión, similar al hallado en las familias de enfermos con un trastorno afectivo primario; con una mayor prevalencia en mujeres, sobre todo de la rama materna.

Existen opiniones respecto a la coexistencia de Depresión y AN en una misma paciente, a diferencia de lo señalado por Feighner (1972), para quién la presencia de otro trastorno psiquiátrico excluiría el diagnóstico de AN.

Eckert et al (1982) afirman que:

- Las pacientes con AN presentan un nivel de depresión significativo clínicamente.
- La gravedad de la sintomatología depresiva conduciría a una mayor gravedad de la sintomatología de la AN.
- El nivel depresivo suele disminuir pero sin llegar a desaparecer.
- Las AN que mejoran en su estado afectivo, presentan mayor ganancia de peso.

Estos autores dejan abierta a futuras investigaciones el saber si la depresión es producto de la extrema delgadez, mejorando con la ganancia de peso, o si el bajo peso es producto de la depresión.

Chinchilla (1983), en una muestra de 34 pacientes con AN, encuentra que el 55% presentan «distimia vital ostensible».

Herzog (1984) evaluó la existencia de sintomatología afectiva en 82 pacientes (mujeres), 27 con AN y 55 Bulímicas, en régimen ambulatorio y a través de una entrevista estructurada halló que el 55,6% de las AN cumplían criterios de depresión mayor, según el RCD, (el 23,6% de las bulímicas); y en el Hamilton el 40,7% de las AN (el 23,6% de las bulímicas), obtuvieron puntuaciones correspondientes a depresiones moderadas y severas.

Yellowlees (1985), aplicando el DSSI, observó la existencia de trastorno afectivo en el 94% de las AN restrictivas y en el 100% de las AN bulímicas.

Laessle et al (1987) opinan, por el contrario, que los síntomas afectivos en la AN serían secundarios a dicho trastorno.

Altschuler y Weiner (1985) realizaron una crítica importantísima respecto a que la AN fuese considerada como enfermedad dentro del espectro depresivo.

Toro y Vilardell (1987) hallan que un 50% de las AN con trastorno depresivo mayor, experimentan su depresión poco antes de que se inicie el cuadro de AN. Señalan que en pacientes con AN sometidas a estrés crónico (o tensión aversiva) intensísimo, el que se depriman, sería una situación lógica. En su opinión, en el seguimiento de ex-anoréxicas, se halla un alto porcentaje que presentan trastornos afectivos.

Para Cervera Enguix y Quintanilla (1995), la práctica totalidad de las AN experimentan algún tipo de sintomatología depresiva y aproximadamente 1/3 de las AN tienen o han tenido un trastorno Depresivo mayor.

Etiopatogenia

La CIE 10 recoge, que, aunque la etiología de la AN sigue sin conocerse, cada vez es mayor la evidencia respecto a la existencia de factores biológicos y socioculturales, que al interactuar entre sí, contribuyen a la aparición de dicho trastorno. Además, participarían mecanismos psicológicos y cierta vulnerabilidad de la personalidad.

Según Wurtman et al (1981), los niveles de triptófano y LNAA (aminoácidos neutros de cadena larga: leucina, isoleucina, valina, etc) aumentan después de la ingesta de hidratos de carbono y en cambio disminuyen después de la toma de proteínas. Para Wurtman y Wurtman (1984), dicho mecanismo podría estar implicado en el control del apetito para los hidratos de carbono y, por consiguiente, ser relevante en las pacientes anoréxicas. Como la serotonina presumiblemente desempeña una importante función en la depresión, este mecanismo puede muy bien estar relacionado con los trastornos afectivos o del humor que aparecen o se presentan en las pacientes anoréxicas. Beaumont (1988) lo explica al señalar que una alteración funcional de la serotonina, por baja disponibilidad del triptófano, puede inducir un deterioro en el estado de ánimo cuando existe una ingesta reducida de hidratos de carbono. Si esto pudiese ser confirmado de manera categórica, explicaría el porqué un alto índice de anoréxicas rechazan los hidratos de carbono.

28

Dichas apreciaciones anteriores, unidas a las emitidas por López-Ibor Aliño (1988), Van Praag (1989), Sánchez Avendaño et al (1990), respecto a la participación de la serotonina tanto en los trastornos afectivos como en determinadas áreas de conducta, entre ellas la conducta alimentaria, permiten pensar que un deficiente control tanto de matiz cualitativo como cuantitativo determinaría la aparición de AN y conllevaría un déficit de 5-HIAA en LCR. Herzog et al (1985) han encontrado dicha disminución en un grupo de pacientes afectos de AN con episodios bulímicos. Por ello, los fármacos serotoninérgicos (IRSS) pueden mejorar dichos cuadros. Actualmente, se investiga para intentar precisar cuál es, en realidad, el efecto de los neurotransmisores, investigando y/o identificando los sistemas neurobioquímicos implicados en la selección de los alimentos.

También hay trabajos que tratan de relacionar la AN con el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Así se ha observado la presencia de elementos sintomáticos de la esfera oraalimentaria en mujeres afectas de TOC. También se han observado síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes afectas de AN. La investigación se centra en la exploración del sistema serotoninérgico con estudios de neuroimagen con tomografía por emisión de positrones en AN y TOC. (Herzholz et al, 1987). Se estima que el diagnóstico de TOC a lo largo de la vida se realiza en el 26% de los pacientes anoréxicos, entre el 3% y el 13% de los bulímicos y hasta en un 65% de anoréxicos con episodios bulímicos; mientras que los antecedentes de AN están presentes en un 11% de mujeres con TOC y en un 13% de hombres con TOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características de la muestra

Presentamos en el siguiente trabajo un estudio de las características y evolución clínica de once pacientes anoréxicas/os. Los once pacientes, ocho hembras (72,73%) y tres varones (27,27%), cumplen los criterios de la DSM-IV y/o CIE-10 de anorexia nerviosa (tabla 1).

Estos once pacientes fueron tratados con fluvoxamina en dosis de 100-150 mg/día (entre 3-6 mg/kg peso/día), con evolución francamente favorable. Se

Tabla 1 Distribución según sexo

	Número	Porcentaje
Varón	3	27,27
Mujer	8	72,73

excluyó un caso al presentar intolerancia a la medicación (gastralgias acompañadas de vómitos y cefalalgias). En esta paciente, el tratamiento aplicado fue un ISRN (inhibidor serotoninérgico y noradrenérgico) con evolución favorable.

En estos pacientes se estudian la distribución según edad de aparición (tabla 2), la distribución según el nivel intelectual (tabla 3), la distribución según el nivel socioeconómico (tabla 4), los antecedentes psi-

Tabla 2 Distribución según edad de aparición

Edad	Número	Porcentaje
10	1	9,09
11	1	9,09
12	4	36,36
13	2	18,18
14	1	9,09
15	1	18,18

Edad media: 12,63 + 1,5

Tabla 3 Distribución según el nivel intelectual

	Número	Porcentaje
Superior	2	18,18
Normal-alto	9	81,82
Límite	0	0
Deficiente	0	0

Tabla 4 Distribución según nivel socioeconómico

	Número	Porcentaje
Alto	2	18,18
Medio	9	81,82
Bajo	0	0

Tabla 5 Antecedentes psiquiátricos familiares

	Número	Porcentaje
Depresión	4	36,36
T. por ansiedad	2	18,18
T. personalidad	1	9,09
No presenta	5	45,45

Tabla 6 Antecedentes psiquiátricos personales

	Número	Porcentaje
Sí	0	0
No	11	100

Tabla 7 Sintomatología acompañante

	Número	Porcentaje
Síntomas afectivos	7	63,64
Cambios caract.	3	27,27
Sin síntomas acomp.	1	9,09

quiátricos familiares (tabla 5), los antecedentes psiquiátricos personales (tabla 6) y la sintomatología acompañante (tabla 7).

Mencionamos un caso recogido en nuestra casuística (en la década de los años setenta) en el cuál 2 gemelas univitelinas: una de ellas fue tratada por depresión, existiendo dos intentos severos de suicidio y la otra hermana presentó AN. La madre y la abuela materna habían presentado AN.

Método

La Fluvoxamina o 5-metoxi 4'-(trifluorometil) valerofenona-O-(2-aminoetil) oxima, pertenece al grupo químico de las 2-amino etiloximéteres de las aril-aquilcetonas. En estructura, por consiguiente, difiere de los ADT. Su especificidad y potencia como ISRS está principalmente determinada por la existencia del radical trifluorometil en posición «para» en el anillo fenoxi.

En un estudio de Bradford (1984), se comprueba que la concentración de fluvoxamina para conseguir

una inhibición del 50% en la captación de 5HT o serotonina fue de 0,3 microM/l, muy inferior a la concentración necesaria para inhibir la captación de noradrenalina (41 microM/l) y de dopamina (47 micro M/l). Dicho estudio demuestra el escaso efecto inhibidor de la fluvoxamina en la captación de catecolaminas, por consiguiente la fluvoxamina está prácticamente desprovista de acción sobre los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos y podría justificar la menor presentación de efectos secundarios de este tipo.

La fluvoxamina se absorbe prácticamente de forma total y la concentración plasmática máxima se alcanza entre las dos y ocho horas posteriores. La concentración plasmática estable se logra a los 10 días de iniciado el tratamiento.

Otras características:

- Fijación a las proteínas (%) 77%.
- Volumen de distribución (l/kg) es superior a 20 l/kg.
- El 95% del fármaco se degrada en metabolitos inactivos y aún no se conoce con exactitud la vida media de estos metabolitos, quizás 19 h.
- Aclaramiento Renal en (ml/min) 65 ml/min.
- Porcentaje del fármaco eliminado sin modificar por la orina U (%) es inferior al 4%.
- Semi-vida de eliminación en horas es de 19-22 h (pacientes sin anomalías).
- Semi-vida de eliminación en pacientes con insuficiencia hepática 24-48 h.
- Produce inhibición de los isoenzimas IA2, IIC9, IIIA4 del citocromo P450.

RESULTADOS

En la tabla 5, es importante la aparición o existencia de trastornos depresivos (36,36%) y trastornos de ansiedad (18,18%) por la presunta implicación de la serotonina en ambos trastornos.

Si bien en la tabla 6 no recogemos ningún antecedente psiquiátrico personal, queremos destacar que en 6 casos existía sobrepeso en edad anterior («más bien fuertes, «gorditas»), y si recordamos lo manifestado por Toro y Vilardell (1987) respecto a que el estrés crónico puede inducir a trastorno afectivo, estas pacientes durante cierto tiempo, habían recibido ofen-

- 30 sas hacia sus figuras y si este referido desprecio o menosprecio pudo ser el desencadenante de la AN; también podemos pensar que las pacientes previamente habrían podido presentar síntomas afectivos y no haber sido evaluados.

En nuestra opinión, y por el tema que nos ocupa, es importante la sintomatología recogida en la tabla 7, fundamentalmente la de matiz afectivo (63,64%), por la presunta relación entre trastorno afectivo y AN.

DISCUSIÓN

A pesar de lo reducido de la muestra de pacientes con AN, por los resultados mostrados anteriormente, se puede observar que existen características de comorbilidad con la depresión o bien sintomatología afectiva en las pacientes anoréxicas. Así, en la tabla 5, que muestra los antecedentes psiquiátricos familiares, notamos que un 36,36%, presentan antecedentes de depresión y un 18,18% de T. por ansiedad. Esto ya

había sido indicado por Winokur, Gershon y Chinchilla (ver epígrafe Depresión-Anorexia).

En la tabla 7, destaca el hecho de que un 63,64% de pacientes anoréxicos/as presentan sintomatología afectiva concomitante con la Anorexia Nerviosa; un 27,27% refiere cambios caracteriales, mientras solamente un 9,09% no refiere sintomatología acompañante. Esto también ha sido observado por otros autores (ver epígrafe Depresión-Anorexia).

Consideramos necesaria la exploración psicopatológica exhaustiva y la aplicación de protocolos o escalas de evaluación en este tipo de pacientes para desenmascarar la sintomatología afectiva.

Otro dato a destacar es que los/as pacientes fueron tratados con fluvoxamina, fármaco de perfil serotoninérgico, siendo buena la evolución, ya que todos/as los/as pacientes llegaron al normopeso, y a la reducción de su sintomatología acompañante.

Para concluir, indicamos que aunque sólo se haya mencionado el tratamiento psicofarmacológico, el tratamiento de la anorexia nerviosa debe ser farmacológico, psicoterápico (individual y familiar) y conductual.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Morton R, cit. por Bliss EL, Branch C. Anorexia Nervosa. New York: P. Hoeber; 1960.
- 2 Laségue Ch. De l'Anorexie Hystérique. Arch Gén Méd 1873; XXI:385-403.
- 3 Güll WW. Anorexia Nervosa. Transaction of the clinical society of London; 1874;VII:22-28.
- 4 Déjérine J. cit. de Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. 1ª ed. Ed. Toray-Masson; 1973.
- 5 Freud S.: Obras Completas. 4ª ed. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1981.
- 6 Bruch H. The golden cage: the enigma of anorexia nervosa. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
- 7 Selvini Palazzoli M. Anorexia Nervosa: a syndrome of the affluent society. Transcultural Psychiatric Res Rev 1985; 22:199-205.
- 8 Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatics families: anorexia nervosa in context. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
- 9 Lucas AR, Duncan JW, Piens V. The treatment of Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry 1976;133-139:1034-1038.
- 10 Ploog DW, Pirke KM. Psychobiology of Anorexia Nervosa. Psychol Med 1987;17:843-859.
- 11 Garfinkel PE. Perception of hunger and satiety in Anorexia Nervosa. Psychol Med. 1974;4:309-315.
- 12 Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. Ed. Martinez Roca; 1991.
- 13 Nylander I. The feeling of being fat dieting in a school populations. An epidemiologic interview investigation. Acta Sociomed Scand 1971;3:17-26.
- 14 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 15 Sours JA. Starving to death in sea of objects. The Anorexia Nervosa Syndrome. New York: Jason Aronson; 1980.
- 16 Bliss EL, Branch C. Anorexia Nervosa: Its history, psychology and biology. New York: P. Hoeber; 1960.
- 17 Brill AA. Report of transactions of section of Neurology and Psychiatry. Acad Med Arch Neurol Psychiat 1939;41:842.
- 18 Dubois FS. Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa) Am J Psychiatry 1949;106:107-115.
- 19 Meyer BC, Weinroth LA. Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. Psychosom Med 1957;19:389-398.
- 20 Kay D, Leigh D. The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa based on a study of thirty eight patients. J Ment Sci 1954;100:411-431.

- 21 King A. Primary and secondary Anorexia Nervosa Syndromes. *Br J Psychiatry* 1963;109:470-479.
- 22 López-Ibor Aliño JJ. Los equivalentes depresivos. Madrid: Ed. Montalvo; 1980
- 23 Chinchilla Moreno A. La Anorexia Nerviosa como Equivalente Depresivo. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca; 1978.
- 24 Prieto Aguirre JF. Las melancolías del hombre actual. Discurso de recepción Real Academia de Medicina. Salamanca; 1976.
- 25 Eckert ED, Goldberg SC, Halmi KA, et al. Depression in Anorexia Nervosa. *Psychol Med* 1982;12:115-122.
- 26 Hudson J, Pope HG, Jonas JM, et al. Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Res* 1983;9:345-354.
- 27 Swift WJ, Andres D, Barklage NE. The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 1986;143(3):290-299.
- 28 Winokur A, March V, Mendels J. Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1980;137:695-698.
- 29 Gershon ES, Schreiber JL, Hamovit JR, et al. Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *Am J Psychiatry* 1984;141:1419-1422.
- 30 Chinchilla Moreno A. Anorexia Nerviosa. Barcelona: Ed. Médica Ferrer Internacional. S.A.; 1983.
- 31 Feighner JP, Robins E, Guze SE, et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiat*. 1972;26: 57-63.
- 32 Herzog DB. Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am J Psychiatry*. 1984;141(12):1594-1597.
- 33 Yellowlees AJ. Anorexia and Bulimia in Anorexia Nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *Br J Psychiatry* 1985;146:648-652.
- 34 Laessle RG, Kitte S, Fichter MM, et al. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry*. 1987;151:785-789.
- 35 Altschuler XZ, Weiner MF. Anorexia nervosa and depression: a dissenting view. *Am J Psychiatry* 1985;142(3):328-332.
- 36 Toro J, Vilardell E. Anorexia Nerviosa. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1987.
- 37 Cervera Enguix S, Quintanilla B. Anorexia Nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Pamplona: Ed. EUNSA; 1995.
- 38 CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor y López-Ibor Aliño JJ; 1992.
- 39 Wurtman JJ, Wurtman RJ, Growdon JH, et al. Carbohydrate craving in obese people: supression by treatments affecting serotonergic transmission. *Int J Eat Disorder* 1981;1:12-15.
- 40 Wurtman RJ, Wurtman JJ. Nutritional control of central neurotransmitters. En: Pirke KM, Ploog D, eds. The psychobiology of Anorexia Nervosa. Berlín; 1984.
- 41 Beaumont PJV. Recent advances concerning eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1988;1:155-164.
- 42 López-Ibor Aliño JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry* 1988;153 (3):26-39.
- 43 Van Praag MH. ¿Cuán importante es la serotonina en la Depresión? Actas II Congreso de la SEPB. Madrid: Ed. ARAN; 1989
- 44 Sánchez Avendaño M, Chinchilla Moreno A, de la Calle L. Tratamientos psicofarmacológicos de la Anorexia y Bulimia Nerviosas. Ponencia XVIII Congreso de SEPB. Salamanca. Junio 1990.
- 45 Herzog DB, Copeland PM. Eating Disorders. *N Engl J Med* 1985; 313:295-303.
- 46 Herzholz K, Krieg JC, Emrich HM, et al. Regional cerebral glucose metabolism in anorexia nervosa measured by positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 1987;22:43-51.
- 47 Rey F, Sánchez S, Samino FJ, et al. Fluvoxamina: tratamiento farmacológico alternativo en la anorexia nerviosa. *Rev Psiqui Infantojuvenil* 1993;2:111-117.
- 48 Chinchilla Moreno A. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Madrid: Ed. Ergón; 1994.
- 49 Rodríguez Sacristán J. Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. J. Rodríguez Sacristán. Universidad de Sevilla; 1995.
- 50 Gordon RA. Anorexia y Bulimia: Anatomía de una epidemia social. Barcelona: Ed. Ariel; 1994.

J. A. Serrano

La circulación de la demanda en paidopsiquiatría de enlace

Profesor. Jefe de Clínica. Servicio de Psicopatología (Prof. J. P. Roussaux).
Unidad de Paidopsiquiatría (Prof. J.-Y. Hayez)
Cliniques Universitaires Saint Luc de Bruxelles
Universidad Católica de Lovaina. Bélgica.

Correspondencia:

J. A. Serrano
Servicio de Psicopatología
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Av. Hippocrate 10- Bte 21.60
1200 Bruxelles

The pathways of request consultation in liaison child psychiatry

RESUMEN

El presente artículo presenta las características de la circulación de la demanda en el campo de la paidopsiquiatría de enlace. Después de definir lo que se entiende por psiquiatría de enlace, el autor se refiere a las funciones de mediación y de integración propias a esa práctica. Se describen sus principales características, señalándose las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría de enlace; Mediación; Integración.

ABSTRACT

This article describes the main characteristics of the consultation request circulation in to the liaison child psychiatry field. At the beginning, the author defines liaison child psychiatry, to introduce next the functions of mediation and integration as the core of

its practice. These functions are accurately described pointing out theirs respectively advantages and disadvantages.

KEY WORDS

Liaison child psychiatry; Mediation; Integration.

INTRODUCCIÓN

La participación de psiquiatras, psicólogos clínicos y psicoanalistas de niños en el trabajo clínico de los equipos y servicios pediátricos, traduce el interés creciente de los pediatras por los aspectos afectivos y emocionales que intervienen en el devenir del enfermar infantil.

En la dialéctica de la psiquiatría de enlace, la puntuación de la interacción con los pediatras se desplaza entre las funciones de *mediación* y de *integración*. En este trabajo me propongo describir ambas modalidades de intervención, subrayando sus características, así como sus ventajas y desventajas. Baso la des-

cripción en mi experiencia de paidopsiquiatra de los servicios pediátricos de las Clínicas Saint-Luc y del Centro Neurológico William Lennox dependientes de la Universidad Católica de Lovaina.

A decir verdad, la participación del «psi»¹ en el campo pediátrico no es tarea fácil pues, aún en el mejor de los casos, subsisten ambigüedades y dificultades motivadas, entre otros factores, por la naturaleza de la demanda de intervención, las expectativas subyacentes a la misma o las trabas en la delimitación de papeles entre los diferentes actores.

El campo de la paidopsiquiatría de enlace

La *psiquiatría de enlace*, llamada también de *consulta*², ha sido definida como el dominio de la psiquiatría clínica que trata de los aspectos psicológicos de la enfermedad y de la práctica médica en un hospital general (Lipowski, 1967 a y b). Su campo de aplicación cubre las actividades de diagnóstico, terapia, enseñanza y de investigación dentro de los servicios no psiquiátricos de los hospitales generales (Lipowski, 1974). Esta forma de intervención, «la más favorable para la función de los psiquiatras en el hospital general» al decir de Kaufman (1953), exige una definición realista y correcta de sus alcances, funciones e, incluso, de las dificultades previsibles.

Considero la *psiquiatría infantil de enlace*³ como la *actividad de colaboración*⁴ (mediación, coordinación, facilitación e integración) entre un paidopsiquiatra o un equipo psiquiátrico (psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social, etc) y un pediatra o un equipo

pediátrico en la atención del niño enfermo. Su quehacer engloba y modifica la práctica tradicional de la *interconsulta*, la cual, se limita muchas veces a intervenir en el diagnóstico y en la gestión de "pacientes difíciles" (función correctora o protectora de pseudo-enlace, Roelandts y Mortelmans, 1994) o a «sumar» un saber más acerca del niño, su comportamiento y/o de su disfunción psicológica, sin reconocer necesariamente la demanda profunda del sujeto.

La actividad de la psicopatología infantil de enlace se ha modificado e intensificado considerablemente en el curso de los últimos decenios⁵ (Mrazek, 1985; Lipowski, 1972, 1981; Prugh y Eckhardt, 1979; Pasnau, 1982; Jellinek y Herzog, 1990; Hayez et al, 1991; Scheppens y Roelandts, 1992; Roelandts y Mortelmans, 1994) abarcando actualmente al menos tres vastos campos de intervención:

- El de todo *niño enfermo*, particularmente cuando su padecimiento es de carácter crónico, como por ejemplo, la epilepsia, los trasplantes de órganos, las leucemias, etc (Alby y Alby, 1974; Raimbault, 1974; Serrano, Verougstraete y Ghislain, 1987; Serrano y Schwering, 1992).
- El campo de las llamadas «*afecciones psicósomáticas*», entre otras: el eczema, la pelada, la anorexia, la obesidad, ciertas formas de asma o de diabetes, etc. (Siméon, 1983; Siméon y Malvaux, 1990; Serrano et al, 1992, 1996).
- La evaluación y el diagnóstico de *cuadros psicopatológicos* francos, como son: depresión, la ansiedad, los trastornos de la conducta, los cuadros psicóticos, etc (cfr. Reza et al 1961; Leslie in Garralda, 1993).

Estos tres aspectos se inscriben y se superponen, de alguna manera, en un continuum, aunque el primero corresponda también al campo de la psicología médica y el último al de la psiquiatría general.

El término de *psiquiatría infantil de enlace* constituye entonces una propuesta reciente para designar y ampliar la práctica, más o menos tradicional, de la *interconsulta psiquiátrica*, así como para favorecer la reflexión teórico-práctica acerca del hecho psicósomá-

¹ Es tradicional en nuestro servicio el utilizar el término «psi» para referirse indistintamente a los psiquiatras y psicólogos que participan en las *tareas de enlace* (cfr. Hayez, 1991).

² La denominación de *psiquiatría de consulta* me parece inapropiada. No comparto la posición corriente que consiste en utilizar indiferentemente los términos de «enlace» o de «consulta». El término «enlace» se refiere al objetivo, a largo plazo, perseguido por esta práctica, mientras que el de «consulta» apunta, mas bien, a un método de intervención puntual no específico.

³ Convendría llamarla «*psicopatología de enlace*» puesto que engloba toda la actividad clínica, pedagógica y terapéutica de orden psicológico, ejercida por psiquiatras y psicólogos clínicos en un hospital.

⁴ Los anglosajones utilizan el término de «partnership» para describir esta actividad.

⁵ Tomando en cuenta, por supuesto, los malentendidos relacionados irremediablemente con el acto médico (cfr. Clavreul, 1978; Brody, 1989).

34 tico, cuyas raíces se confunden con el nacimiento mismo de la medicina.

A mi entender, la psiquiatría infantil de enlace comporta en su quehacer un doble engarce:

- El primer engarce es el de la *integración del paidopsiquiatra* en la práctica cotidiana de la pediatría hospitalaria o ambulatoria.
- El segundo pretende establecer una *articulación entre lo psíquico y lo somático*, tanto en la actividad clínica, como en la reflexión teórica y en la investigación.

La reflexión propuesta en el presente trabajo se inscribe en el primero de los engarces mencionados: el de la interfase entre el paidopsiquiatra y el pediatra. Sin embargo, cualquiera que fuese el campo de acción, el *objetivo* central de la paidopsiquiatría de enlace es el de reconocer en el niño enfermo su *calidad de sujeto* deseante⁶, inscrito en una historia que es (la) suya (historia personal) y la de los suyos (historia familiar) e inserto en un contexto socio-familiar dado. Se postula, en resumen, la necesidad de un abordaje global, biopsicosocial, del niño enfermo.

Para Beigler et al (1959, cit. por Lipowski, 1967 a) la psiquiatría de enlace sería «un proceso constituido por una serie de fases en el sentido en que el grado de aceptación del consultante, el tipo de demandas que se le solicita tratar, la eficacia y el valor correlativos de su contribución pasan por una serie de etapas antes de alcanzar un estado óptimo».

Este alcanzar un estado óptimo estable me parece relativo. En efecto, aquello que está en juego en la interacción niño enfermo/padres-pediatra-psiquiatra, a causa de su carácter transferencial movilizador de representaciones de deseo, crea un campo de interacción dinámico y, por lo tanto, sometido al juego de las circunstancias. A partir de esta reflexión me parece ilusorio pretender alcanzar una estabilidad óptima.

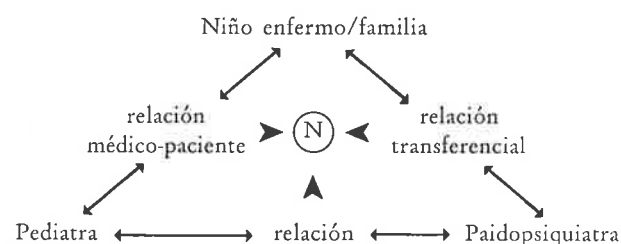
En los hechos, el escenario de la práctica pediátrica y psicopatológica de enlace constituye un *espacio de encuentro* en el cual se dan cita tres polos protagónicos: el *niño enfermo* y su *familia*; el *pediatra* y el *paidopsiquiatra*. Cada uno de estos protagonistas des-

empeña diferentes papeles, —complementarios por definición, a veces, contradictorios en lo cotidiano— y espera algo de la interacción porque ésta suele revelar sus propios deseos y angustias en torno a la dialéctica de la demanda y de la respuesta. Dicho de otro modo, ese espacio de encuentro escenifica un *proceso dinámico constante*, cargado de utopía y de creatividad. En ese escenario, el pediatra, por su formación y su saber hacer, tiende muchas veces a atomizar la problemática del niño, mientras que el psicopatólogo infantil, sin negar la realidad del cuerpo-en-sí del sujeto, orienta su práctica a la escucha de la demanda profunda del niño y de su familia, buscando comprender los aspectos páticos del enfermar.

Entre esos distintos polos protagónicos se establecen tres diadas interactivas: la *relación médica* pediatra-niño enfermo/familia; la *relación transferencial* paidopsiquiatra-niño enfermo/familia, y la *relación interdisciplinaria* pediatra/paidopsiquiatra. Según Roelandts y Mortelmans (1994), que han profundizado el análisis de estas tríadas, el conjunto del campo interactivo permite la función integrativa del enlace (esquema 1) (cfr. también Scheppens y Roelandts, 1992). Dentro de este campo, en la intersección entre las diferentes diadas interactivas, se establece la función integradora del trabajo de enlace en torno al niño (función específica según los autores citados).

Las características de la relación interdisciplinaria pediatra-paidopsiquiatra son de importancia capital para la funcionalidad del proceso, pues la definición de papeles asumidos por cada uno de ellos contribuye ampliamente a preservar la propia identidad y especificidad profesional, garantías necesarias para la calidad de la intervención de enlace.

Esquema 1. Escenario de la psiquiatría de enlace



(Versión modificada de Roelandts y Mortelmans, 1994).

⁶ Según Clavreul (1978): «La medicina (actual) está fascinada por su eficacia a propósito de lo que ella se dota como *objeto*: la enfermedad. No es menos fascinante por lo que ella destituye: el hombre como sujeto de *deseo*».

El pediatra ocupa, desde luego, una posición privilegiada de primera línea en la detección de la problemática afectiva y relacional del niño, muchas veces disfrazada por dolencias somáticas «funcionales». Esas dolencias somáticas se arraigan por supuesto en el discurso colectivo familiar (family complaint style) y social; sin embargo, en el campo del enlace, el discurso pediátrico es el organizador de la dolencia inicial presentada por un niño bien concreto.

La acción psicológica del pediatra, cuyo impacto se mantiene a todo lo largo de las consultas es, sin embargo, poco visible, poco espectacular, pues su acento radica más en la prevención que en la curación. Ella exige del pediatra una capacidad de acogida y de escucha empática que conviene respetar en el trabajo de enlace cuyo objetivo —afirmese de una vez— no es el de psiquiatrizar la pediatría.

La función del pediatra se complica frecuentemente, a causa de las dificultades emergentes del manejo del contenido «extra-enfermedad» presente en el discurso del niño y de sus padres, así como a causa de las trabas «adultomorfias» que impiden «reconocer la palabra» del niño como autónoma. En ese contexto, la demanda del pediatra surge cuando su saber médico no es suficiente para explicar la evolución de una dolencia somática dada, para manejar una situación psicosocial complicada o integrar la dimensión psicosocial como factor patógeno primario o secundario.

Ahora bien, la posición del pediatra, en cuanto al síntoma se refiere, se inscribe en una lógica diferente a la del paidopsiquiatra. No otra cosa afirma Winnicott (1971), psicoanalista de niños venido de la pediatría, cuando insiste en la diferencia de actitud emocional entre el pediatra y el «psi»: «para el pediatra el síntoma representa un desafío a su arsenal terapéutico. En presencia de un niño que sufre, para él es importante que el diagnóstico sea rápidamente efectuado y la causa suprimida. Para el psiquiatra, el síntoma representa una organización sumamente compleja, surgida y conservada a causa de su valor», valor defensivo, valor de signo, valor significativo para el sujeto-niño.

Aunque comparto esta afirmación, creo, sin embargo, que la participación del paidopsiquiatra en los servicios de pediatría ha permitido superar algunos de los conceptos tradicionales de la psiquiatría infanto-juvenil, tales como el respeto absoluto de la relación singular, la necesidad de no «atacar» directamente al

síntoma o la evacuación sistemática de la dimensión biológica. La *preocupación terapéutica* —la desaparición del síntoma— interesa tanto al pediatra como al psiquiatra de enlace, quien, en una práctica de colaboración, no puede «refugiarse» en una posición «solipsista» transferencial. Gracias a la orientación resueltamente biopsicosocial que informa el quehacer paidopsiquiátrico actual, así como al desarrollo del abordaje sistémico en psicopatología, se ha superado la desconfianza especular en los aspectos biológicos, por parte del psicopatólogo y en los psicosociales, por parte del pediatra.

El paidopsiquiatra responde a la demanda del pediatra mediante diferentes modelos de intervención: orientados hacia el paciente, hacia el médico solicitante, y hacia la situación (Lipowski, 1967 a); intervenciones directas o indirectas (Serrano, 1995). En nuestra práctica, orientada hacia el trabajo con el paciente, predominan dos configuraciones interactivas: la *demandas de triangulación —la mediación—*, es decir, la prescripción del psiquiatra, o sea la transferencia del paciente del pediatra al «psi»; la *triangulación de la demanda —la integración* del psiquiatra en el quehacer pediátrico, desde los primeros momentos de la intervención con el niño enfermo.

En este trabajo, valga la aclaración, utilizaré el término de triangulación para designar la introducción de un tercer polo en la relación pediatra-niño enfermo/padres.

El paidopsiquiatra en la función de mediación

Hasta hace poco tiempo la circulación de la demanda en psiquiatría de enlace se caracterizaba, casi únicamente, por la clásica *demandas de consulta psiquiátrica (la interconsulta)*. En este caso el psicopatólogo de enlace asume un papel de *mediación* para facilitar la vinculación entre la psiquiatría general y las demás especialidades médicas⁷ entre el cuerpo y el espíritu⁸. En el campo de la psicopatología infantil de

⁷ Consultation liaison psychiatry stands between psychiatry and the rest of medicine» (Pasnau, 1982).

⁸ Existe, a la vez, una interdependencia y una autonomía funcional entre los niveles biológico y psíquico que participan en la arquitectónica del ser humano (cfr Serrano, Charlierin Hayez et al, 1991).

36 enlace, la mediación se sitúa entre el pediatra y el niño (y sus padres), entre los pacientes y los miembros del equipo pediátrico, entre la salud somática y la salud mental⁹. Dicho de otro modo, la mediación se ejerce entre la dolencia somática (el cuerpo-en-sí) y la vivencia subjetiva (el alma), las cuales forman parte del devenir de todo enfermar humano.

La tarea principal del psicopatólogo de enlace sería la de mejorar la comunicación niño/familia-equipo médico, contribuir a la comprensión de las motivaciones de la conducta del paciente y manejar los conflictos emergentes de la misma y, por ende, contribuir a mejorar la relación médico-paciente. El papel de intermediario (go-between) desempeñado por el «psi» posibilita la mediación entre ideologías y prácticas médico-biológicas y las psiquiátrico-conductuales. Se refuerza de este modo el saber médico.

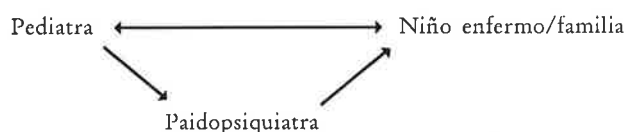
En ese sentido, considera la mediación como parcial e incompleta, puesto que, como afirman Schepens y Roelandts (1992), la especificidad de la función de enlace no puede limitarse a una posición diagnóstica, objetivante o descriptiva, transformada en la prolongación del lenguaje médico-científico organicista (función correctriz o de pseudo enlace).

Pese a estas limitaciones, la función de mediación conserva todo su valor en su búsqueda de mejorar las condiciones de la práctica médica y de reconocer (rehabilitar) como válidos el discurso y el comportamiento del paciente, muchas veces juzgados como «artefactos» por el cuerpo médico.

El escenario típico de la demanda de triangulación es el siguiente: un niño definido como «enfermo» es conducido por sus padres —muchas veces la madre— a una consulta (o servicio) pediátrica. El pediatra, al cabo de un examen minucioso del cuadro clínico, y en ausencia de un diagnóstico preciso, decide «prescribir un examen psi» (esquema 2). Y esta prescripción, muchas veces de último momento cuando se trata de una hospitalización, se encuentra incluida en un caleidoscopio de exámenes médicos complementarios en cascada.

La demanda de triangulación, conviene precisar aún más, se define entonces como la introducción com-

Esquema 2. Demanda de triangulación.



plementaria de un «psi» en una relación médica pediatra-niño enfermo ya establecida. El psiquiatra ocupa, de hecho, una posición tercera frente a la demanda inicial la cual se encuentra así «triangulada».

Al introducir un tercer término en el contexto diagnóstico y terapéutico se modifica la demanda inicial dirigida por los padres al pediatra. La demanda asumida en un primer tiempo por el pediatra, y reorientada luego hacia el «psi», transforma radicalmente la naturaleza del campo transferencial. Los padres se ven emplazados a renunciar a toda explicación o etiqueta somática y a reconstruir una nueva representación de la enfermedad del niño. Para los padres, el diagnóstico somático, no se olvide, es, en general, más tranquilizante, pues les evita todo cuestionamiento de tipo personal. La transformación de la dolencia somática en sufrimiento psicológico supone entonces una ruda prueba para los padres, tanto más cuanto ellos adhieren a la imagen de «médico de locos» atribuida al psiquiatra por el imaginario social.

Ahora bien, definir la función del psiquiatra de enlace exclusivamente como la de un especialista de la patología mental, es encerrarlo dentro de una cierta ideología, respecto al hecho psíquico, frente al substrato somático. Además de marginalizarle, esta definición despierta inevitablemente una serie de profundas fantasías tanto en el pediatra como en el niño y su entorno familiar.

Esta referencia latente justifica, además, al menos parcialmente, las dudas del pediatra para pedir su intervención. «Quisiera que vieses al niño fulano» —me decía un día un colega pediatra— «pero prefiero esperar un poco...» se apresuraba a añadir. Se trataba de un «esperar» pleno de sentido: la familia podría molestarse por la intervención del «psi»: «¿Por qué pedir un examen «psi»?», «¡Nuestro hijo no está loco!», «¿Acaso no somos buenos padres? ¡Somos una familia sin problemas!», son algunas de las reacciones tí-

⁹ Lipowski (1972) subraya este aspecto de mediación entre la psiquiatría y la medicina somática.

picas de los padres sorprendidos por la «prescripción del psi». Otras intervenciones del pediatra son del mismo estilo cuando propone por ejemplo: «¿Podrías examinar al niño zutano sin decirle que eres psiquiatra?» ¡¡!!

El pediatra, imbuido de tales imágenes y reticencias, cargadas emocionalmente, respecto al psiquiatra¹⁰, corre el riesgo de transmitir las inconscientemente a la familia. Ésta presiente la ambivalencia del pediatra, la cual refuerza aún más su actitud defensiva. Se establece así un escenario pre-transferencial análogo al descrito por Mannoni (1967) en otro contexto.

Por otra parte, el paidopsiquiatra, en su deseo de responder a la demanda pediátrica implícita de «curar al niño» o de «suprimir la causa», puede comprometerse en un «actuar» buscando obtener resultados a cualquier precio (cfr. Lachaud, 1975). Al intervenir de este modo, el paidopsiquiatra crea condiciones negativas para la terapia y problematiza aún más la práctica de enlace. Es como si ambos protagonistas no pudiesen contener la circulación de la angustia, debido a la ausencia de representación simbólica de la demanda, así como de una clara definición de las funciones y expectativas respectivas.

La demanda de triangulación exige la clarificación de las expectativas propias a los protagonistas del enlace. Se trata muchas veces de constatar la impotencia del pediatra a tratar un niño dado: «Hemos ensayado todo tipo de tratamientos, pero su hijo no mejora. Tendrá que consultar con un psiquiatra». Examinada de cerca, esta intervención banal comporta también una coloración pesimista («No soy capaz de curar a su hijo»), así como una cierta descalificación del propio prescriptor («No he tenido éxito y me resigno a confiar el tratamiento a otro colega»). En este contexto, la intervención del «psi» constituye un último recurso propuesto sin entusiasmo.

El pediatra demandante (solicitante) puede entonces definirse a sí mismo como un diagnosticador («He comprendido el problema del niño») o como un terapeuta impotente, ya se dijo, («No sé cómo ayudar al niño»). Confiar el paciente al «psi» significa, en definitiva, asumir los límites del saber médico, aunque

persista la esperanza de que el «psi» encuentre, como buen «mago» (Selvini et al, 1980), la solución al problema.

Otra modalidad de recetar el «psi», bastante frecuente, se expresa así: «Su hijo no tiene nada; es psicológico, tiene que consultar un psiquiatra». La intervención «psi» equivale a «ocuparse de nada», lo cual acentúa de paso el clivaje psíquico/soma. El psiquiatra se transforma en «especialista de nada» y el paciente confronta una paradoja: se le prescribe un «psi» para ¡¡curarse de nada!! Por supuesto el paciente se aferra a esa paradoja para rechazar el examen «psi»: «¿por qué buscar la ayuda de un médico, si se tiene «nada», lógica implacable resultante de una intervención involuntaria. Vemos entonces cómo, los aspectos inconscientes de la demanda (cfr. Berger y Lauras, 1979)¹¹, lo que se juega entre bambalinas, complican aún más la colaboración pediatras-paidopsiquiatras.

La demanda de triangulación plantea, a mi entender, aún otras interrogantes ¿a cuál demanda responde el «psi» de enlace? ¿a la del niño, a la de los padres o a la del pediatra? ¿Cómo puede no responder, al menos en un primer momento, a la demanda del pediatra? puesto que los padres no le han formulado ninguna demanda personal. ¿Cómo manejar estas situaciones ambiguas?

Para responder, al menos parcialmente a estas interrogantes, conviene, en un primer momento, discutir la demanda con el pediatra consultante, es decir, precisar sus expectativas o ponerse de acuerdo sobre la manera de proponer la intervención del «psi» a la familia, por ejemplo. Además, durante la primera entrevista con el paciente y sus padres, es indispensable indagar acerca de la significación y la vivencia de la familia de cara a la propuesta del pediatra y al encuentro con un «psi». Estos intercambios preliminares facilitan el pasaje y, por ende, la calidad de la intervención del paidopsiquiatra.

El pediatra, se dijo anteriormente, espera del «psi» una serie de proposiciones concretas en vista a la solución rápida del problema, fuente de angustia para él (niños agresivos, ansiosos, que se niegan a respetar

¹⁰ Por supuesto, el psicólogo clínico e incluso el psicoanalista despiertan menos resistencias de este tipo.

¹¹ Estos autores utilizan el término de triangulación de la demanda cuando el pediatra acude al «psi» para introducir la función tercera (la Ley, la separación) dentro de una relación niño/padres fusional o patógena.

- 38 su tratamiento, niños gravemente enfermos, etc). «Responder» eficazmente a las angustias del equipo pediátrico, manejar la depresión y la ansiedad del niño, son otras tantas interrogantes que interpelan al psicopatólogo de enlace.

La integración del paidopsiquiatra en el quehacer pediátrico

La *triangulación de la demanda* es un modelo de trabajo de enlace que pretende superar los escollos propios a la «prescripción del psi» y al tránsito del paciente de un especialista al otro, que acabamos de describir. Ella implica un cierto grado de *integración* del paidopsiquiatra en el campo del quehacer pediátrico.

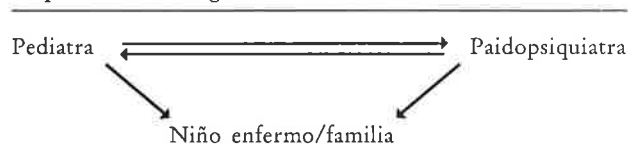
En este contexto, el «psi» se define desde el inicio como un miembro más del equipo terapéutico; recíprocamente, el «psi» sugiere de entrada la participación del pediatra cuando la demanda se le dirige en primer lugar. La base teórica de este tipo de intervención terapéutica es el reconocimiento explícito del carácter global, tanto del enfermar del sujeto-niño como de su abordaje terapéutico.

En efecto, la triangulación de la demanda implica un acuerdo básico, más o menos compartido, acerca de la naturaleza psicossomática de toda práctica pediátrica y, en particular, de ciertas formas de patología definidas específicamente como «psicossomáticas» (pelada, eczema, anorexia, obesidad) o biopsicossociales. Esos cuadros patológicos han sido mencionados en el marco de los dos primeros campos de acción de la psicopatología de enlace. La triangulación de la demanda supone además una delimitación clara de las modalidades específicas de intervención, como se verá más adelante.

La demanda expresada por los padres acerca del niño enfermo, sea ésta dirigida originalmente al pediatra o al «psi», se reenmarca o redefine en un campo del enlace como un pedido que «les liga a ambos». La diada pediatra-psicopatólogo de enlace impone entonces un marco preciso a la demanda formulada por los padres del niño, «a sus espaldas», me atrevería a decir.

La triangulación de la demanda configura el escenario del enlace como la intervención conjunta de la diada pediatra-paidopsiquiatra frente a la demanda de los padres (esquema 3). Ella permite la emergencia de una mirada y de un discurso interdisciplinario a pro-

Esquema 3. *Triangulación de la demanda.*



pósito del niño enfermo y de su medio familiar (función de integración de la psiquiatría de enlace); se establece, de este modo, un campo de interacción particular dentro de una estrategia que confirma la integración de la psiquiatría en el campo médico y la articulación psicossomática de las dolencias «propuestas» por el niño.

Sin embargo, la integración de la psiquiatría en el quehacer médico no permite concluir, como ciertos autores pretenden que la psiquiatría se definirá, en lo sucesivo, como una «disciplina médica»¹². A mi parecer, a la psiquiatría le interesa respetar su especificidad, vale decir: definirse como una disciplina científica médico-psicológica ampliamente condicionada por el contexto familiar y socio-cultural. Y es manteniendo la fidelidad a sí misma que podrá asumir mejor su integración en el quehacer médico gracias a la práctica de enlace.

En la práctica, la triangulación de la demanda se traduce particularmente mediante la llamada *co-consulta*, aunque otros métodos de intervención responden también a idénticos objetivos: la participación a las reuniones de staffs clínicos, diagnósticas o terapéuticas; el apoyo psicológico de los equipos pediátricos, etc. Propuse, en otro contexto (Serrano, 1995), denominarla consulta integrada o conjunta, puesto que exige, por un lado, la integración del «psi» en los equipos pediátricos, y por otro, la presencia simultánea de ambos profesionales durante la entrevista, dentro de una atmósfera de colaboración franca, de estima y de reconocimiento recíprocos.

La diada «interdisciplinaria» se define como solidaria, tanto en el proceso diagnóstico como terapéutico. Se evita, de este modo, reforzar una cierta dicotomía profesional, así como la indiferenciación de

¹² Consultation-liaison psychiatry provides a fit vantage point for watching the changes that permit prediction of the future directions in psychiatry as a *medical discipline* (Lipowski, 1974).

papeles que acechan la práctica de psicopatología de enlace. La triangulación de la demanda permite sortear estas y otras dificultades al introducir modalidades de intervención propicias al tratamiento de ciertas formas graves de patología pediátrica o psiquiátrica.

El interés bifocal de la consulta conjunta se traduce tanto mediante la protección del cuerpo-en-sí en cuanto realidad objetiva (cuerpo vital, cuerpo biológico), función asumida por el pediatra, como mediante el reconocimiento del mundo afectivo y relacional del niño, función asumida prioritariamente por el «psi». La experiencia del cuerpo-para-sí (cuerpo vivenciado) y del cuerpo para-los-otros (cuerpo relacional), latente en el discurso del niño y de sus padres, revela las características de la trama deseante que les une. Y la vivencia de esta trama deseante constituye el objeto de la intervención psicopatológica.

El escenario de la triangulación de la demanda supone así la existencia inaugural y simultánea de dos polos de enlace (esquema 3) la relación interdisciplinaria pediatra-«psy» y la relación médica establecida por esta primera diada con el niño enfermo/familia.

Pese a la integración del paidopsiquiatra en el sistema terapéutico pediátrico, este modelo plantea, en la práctica, una serie de interrogantes: ¿Están los padres dispuestos a aceptar sin más una tal definición de la práctica médica? ¿Pueden ellos comprender el porqué de esta propuesta? ¿No será que la triangulación de la demanda crea una cierta confusión de lenguajes al psicologizar (psiquiatrizar) la pediatría o al medicalizar la psiquiatría? ¿Cuál es el interés de establecer inicialmente un espacio de encuentro y de palabra «otro», que implica para los padres y para el niño la necesidad de enunciar (re-enunciar) su dolencia de «otro modo». En el proceso de identificación y de diferenciación de discursos ¿el «psi» corre el riesgo de descuidar su función de «escucha»? Al subrayar su integración plena en el equipo pediátrico ¿puede el psicopatólogo de enlace mantener la suficiente distancia como para ejercer su papel de interrelación, sin «perder su alma»?

A decir verdad, en el quehacer cotidiano, se siente el psicopatólogo de enlace escindido entre la necesidad de conseguir la aceptación de los pediatras (necesidad de reconocimiento) y el deseo de escuchar «de otro modo» la demanda del niño y de sus padres.

Lograr la aceptación de los equipos pediátricos constituye, sin duda, una necesidad vital para la psicopatología de enlace. Sin embargo, esta necesidad difiere según las coyunturas: es mayor durante la fase de implantación del trabajo de enlace, y más flexible luego a medida en que la confianza y el respeto recíprocos se consolidan. El «psi» de enlace, insisto de nuevo, en cualquier circunstancia, ejerce una «misión específica: crear un espacio de palabra «otro» diferente del discurso médico objetivante. Ese espacio permite movilizar la palabra del niño y de sus padres en una búsqueda del sentido de las quejas somáticas, restableciendo así la continuidad de la relación del sujeto con su propio cuerpo y con su historia personal y familiar.

La triangulación de la demanda permite establecer una práctica médica centrada en el *contrato terapéutico* (Serrano et al, 1992 b et 1996), el cual consolida la alianza entre pediatras, paidopsiquiatras y niño/padres. Esta alianza es particularmente fecunda en ciertas formas graves de patología como son la anorexia mental o los trastornos del comportamiento. Al «triangular la relación en la realidad» (cfr. Berger et Lauras, 1979), el contrato propuesto a los padres busca especificar la función de los terapeutas para reducir los riesgos de pasaje al acto tan frecuentes en dichas patologías psicosomáticas graves.

La colaboración con los pediatras en el tratamiento de preadolescentes y adolescentes anoréxicas hospitalizadas en una unidad pediátrica confirma esta hipótesis (Serrano et al, 1992 b et 1996). En esos casos, la construcción de un marco terapéutico relativamente estructurado permite instaurar un programa integrado de intervención que toma en cuenta, sobre todo durante la fase de hospitalización, tanto los aspectos somáticos como psicológicos individuales y familiares. En torno al contrato, propuesto conjuntamente a la familia por el pediatra y el paidopsiquiatra, se implanta un trípode terapéutico abarcando las intervenciones a nivel somático (aspectos nutricionales y actividades físicas), a nivel psicológico individual (entrevistas de apoyo) y a nivel psicosocial (terapia familiar, actividades escolares y lúdicas, etc). Para llevar correctamente a cabo un tal proyecto conviene fomentar en el sistema terapéutico pediátrico-psiquiátrico una atmósfera de aceptación del paciente, así como la coherencia del equipo y la estabilidad del contexto terapéutico.

40 Mi trabajo en un centro de neurología pediátrica confirma también la validez de la triangulación de la demanda. En ese centro, el proceso diagnóstico y terapéutico moviliza tanto a los neuropediatras y paidopsiquiatras como a los psicólogos, trabajadores sociales, ortofonistas, neuropsicólogos, etc. Las familias de los niños hospitalizados mantienen contactos regulares con algunos de los miembros del equipo interdisciplinario, generalmente un médico acompañado por un «psi» o un trabajador social y un educador o enfermero de la unidad. La entrevista con la familia sirve para mantenerla informada acerca de la evolución del proyecto terapéutico, para definir actitudes comunes, para ayudar a los padres a desarrollar gestos educativos adecuados y para escucharlos en sus angustias y esperanzas. El diálogo interdisciplinario y la fluidez de la comunicación son factores determinantes para la buena marcha de los proyectos terapéuticos, los cuales se elaboran, vale la pena subrayarlo, en función de las características y prioridades de cada paciente.

Sin duda, la presencia del «psi» ayuda a «taponar las brechas» abiertas por la angustia vivenciada por los equipos pediátricos, tanto como el pediatra tranquiliza al «psi» en cuanto al funcionamiento del cuerpo. El enlace podría, de este modo, inscribirse en la ilusión de superación de insuficiencias recíprocas y en el incremento del poder terapéutico ... en la ilusión de llenar la falta, la incompletud de cada uno. Para el «psi» significa la seguridad de una atención del cuerpo del paciente en su realidad objetiva, preservándole, si no de la muerte, al menos de la falta de cuidados (evitar equivocarse de diagnóstico: «falsa anorexia, tumor verdadero»). Para el pediatra, representa ahorrarse las interrogantes personales acerca del contenido «extra-enfermedad», de la autonomía de la palabra infantil y del discurso «parasitado» afectivamente de los padres.

Más allá de la ilusión, la definición de la complementariedad de papeles —complementariedad jerárquicamente horizontal cuando el psiquiatra interviene— permite superar ciertas situaciones de rivalidad simétrica o de descalificación explícita o implícita. Los rasgos de una relación mal definida en el campo de la psicopatología de enlace se refieren, entre otros, a la puesta en marcha de decisiones tomadas sin concertación, el cuestionamiento del liderazgo frente a las familias, la centración de discursos sobre hechos ais-

lados o las decisiones terapéuticas parciales y parcializadas. Estas modalidades de interacción complican las tareas de enlace porque ellas confirman o reflejan el «desorden» preexistente vivido por ciertas familias. En esos casos, existe el riesgo de que la hospitalización pediátrica reproduzca especularmente la interacción vivida en el seno de la familia. Dicho de otro modo, el omitir una distribución funcional de papeles conduce muchas veces a reproducir los disfuncionamientos y conflictos vividos por el sistema familiar y a debilitar la capacidad del equipo terapéutico para afrontar la manipulación de ciertos pacientes diestros en ese arte.

En el campo del enlace, tanto los pediatras como los psicopatólogos están llamados a permanecer abiertos al diálogo y a la interpelación mutuos, evitando en la medida de lo posible, las amalgamas fáciles, las negociaciones superficiales o el silencio en torno a los conflictos. El diálogo interdisciplinario no busca la expresión de temores o de expectativas individuales, fruto de las fantasías propias a cada uno de los protagonistas, sino la circulación de la demanda y la identificación de sus características, así como de los medios a emplear para responder mejor a las necesidades del niño y de sus padres.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha sido consagrado a subrayar el carácter dinámico de la psiquiatría de enlace. Su práctica se inscribe en la dialéctica existente entre la demanda de triangulación que privilegia la función de mediación y preconiza la transferencia al «psi», y la triangulación de la demanda que postula la integración del «psi» en los equipos pediátricos y favorece las consultas conjuntas. Se han descrito ambas formas de intervención para concluir que ellas no se excluyen, sino responden a lógicas y límites de espacio y de tiempo diferentes.

Una de las condiciones comunes esenciales para consolidar su eficacia es la de definir claramente la complementariedad y la especificidad de papeles tanto de los actores médicos como psicopatólogos. Esta complementariedad permite preservar la identidad de cada uno de ellos, garantizando además la creación de un espacio de diálogo, espacio de intercambios enriquecedores en torno tanto de la realidad concreta

del niño como de los aspectos teóricos referentes a su unidad psicosomática o biopsicosocial. Más allá de la dicotomía y de la indiferenciación, el trabajo de enlace permite abordar al niño en la totalidad de su

persona, como unidad biopsicosocial a vocación trascendente. Es mi convicción profunda que al actuar de este modo se sientan las bases para el ejercicio de una medicina más humana y eficaz.

41

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alby N, Alby JM. Le médecin et l'enfant qui va mourir. En: Anthony EJ, Koupernik C, eds. L'enfant dans la famille. Vol. 2. L'enfant devant la maladie et la mort. Paris: Masson et Co; 1974:121-130.
- 2 Beigler JS, et al. Report on liaison psychiatry at Michael Reese Hospital. 1950-1958. AMA Arc Neupapel 1959;81: 733, cit. par Lipowski (1967 tr. 1969 p. 35).
- 3 Berger M, Luras B. Réflexions sur la relation pédopsychiatre-pédiatre: les demandes inconscientes de triangulation. Psychol Medecale 1979;11-12:2573-2578.
- 4 Brody EB. New horizons for Liaison psychiatry: biomedical technologies and human rights. Am J Psychiatry 1989;146(3): 293-295.
- 5 Clavreul J. L'ordre médical. Paris: Ed. du Seuil; 1978.
- 6 Hayez JY, Charlier D, Serrano JA, et al. Le psychiatre à l'hôpital d'enfants. Paris: Presses Universitaires de France; 1991.
- 7 Jellinek MS, Herzog DB. Handbook of Psychiatric aspects of general hospital pediatrics. Chicago-London: Year Book Med. Pub.; 1990.
- 8 Kaufman RM. A psychiatric unit in a general hospital. J Mount Sinai Hosp 1957;24:572.
- 9 Lachaud JC. Le pouvoir médical source de maladie. Toulouse: Privat; 1975.
- 10 Leslie SA. Psychiatric and paediatric liaison: development of a service. En: Garralda ME, ed. Managing children with psychiatric problems. London: British Medical Journal 1993: 126-135.
- 11 Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. Psychosom Med. 1967a; 29:153-171 [article traduit et publié en 1969 par la Revue de Médecine Psychosomatique 11(1):31-55].
- 12 Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. Psychosom Med. 1967b;29:201-224. [Article traduit et publié en 1969 par la Revue de Médecine Psychosomatique 11(2):171-203].
- 13 Lipowski ZJ. Psychiatric Liaison with neupapology and neurosurgery. Amer J Psychiat 1972;129:136-140.
- 14 Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. Am J Psychiatry 1974;136(6):623-630.
- 15 Lipowski ZJ. New prospects for Liaison psychiatry. Psychosomatics 1981;22:806-809.
- 16 Mannoni M. L'enfant, sa maladie et les autres. Paris: Ed. du Seuil; 1967.
- 17 Mrazek D. Child psychiatric consultation and liaison to paediatrics En: Rutter M, Hersov L, eds. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. 20^a ed. Oxford-London: Blackwell Scientific Pub.; 1985.
- 18 Pasnau R. Consultation-Liaison Psychiatry. Current concepts. Michigan: Upjohn; 1982.
- 19 Prugh DG, Eckhardt LO. Child psychiatry and pediatrics. En: Noshpitz JD, ed. Basic handbook of child psychiatry. Tomo IV. New York: Basic Books; 1979.
- 20 Raimbault G. Problèmes psychologiques dans les néphropathies chroniques de l'enfant. En: Anthony EJ, Koupernik C, eds. L'enfant dans la famille. Vol. 2. L'enfant devant la maladie et la mort. Paris: Masson et Co; 1974.
- 21 Reca T, et al. Problemas psicopatológicos en pediatría. Buenos Aires: EUDEBA; 1961.
- 22 Roelandts A, Mortelmans A. "Psychiatries de liaison": modes d'intervention à la recherche d'un modèle. 1994 (inédit).
- 23 Scheppens P, Roelandts A. La psychiatrie de liaison en question(s). Doual Analg 1992;2:59-68.
- 24 Selvini M, et al. Le magicien sans magie. Paris: Editions Sociales de France; 1980.
- 25 Serrano JA, Verougstraete C, Ghislain Th. Psychological evaluation and support of pediatric patients and their parents. Transplant Proceed 1987;19:3358-3362.
- 26 Serrano JA, Schwering KL. Systèmes, liaisons et désir autour de l'enfant malade chronique. Rev Méd Psychosomat 1992a;30/31:157-174.
- 27 Serrano JA, van den Bosch M, Roelandts A, Cornu G. La hospitalización del pre-adolescente y del adolescente anoréxico en una unidad pediátrica. Psicopatología (Madrid) 1992b; 12(2):47-53.
- 28 Serrano JA. La consulta en psiquiatría infantil de enlace. En: Rodríguez Sacristán J, ed. Psicopatología del niño y del adolescente (2 volúmenes). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios; 1995:1146-1161.
- 29 Serrano JA, Jetten P, Cornu G, Charlier D. Prise en charge intégrée des pré-adolescents et des jeunes adolescents anorexique. 1996;44(8):352-361.
- 30 Siméon M. L'enfant diabétique, sa famille, ses soignants. Thér Fam. (Génève) 1983;4-3: 252-269.
- 31 Siméon M, Malvaux P. Maigrir sans m'aigrir. Thér Fam. (Génève) 1990;11(2):103-116.
- 32 Winnicott DW. La consultation thérapeutique et l'enfant. Paris: Editions Gallimard; 1971.

J. L. Pedreira Massa

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

Unidad de Salud Mental Infantil del Area Sanitaria de Avilés
Profesor Asociado del Area de Psiquiatría
Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo

Correspondencia:

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

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

VI. LA CUARTA FASE DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN (*ejecución/trabajo de campo e informe final*)

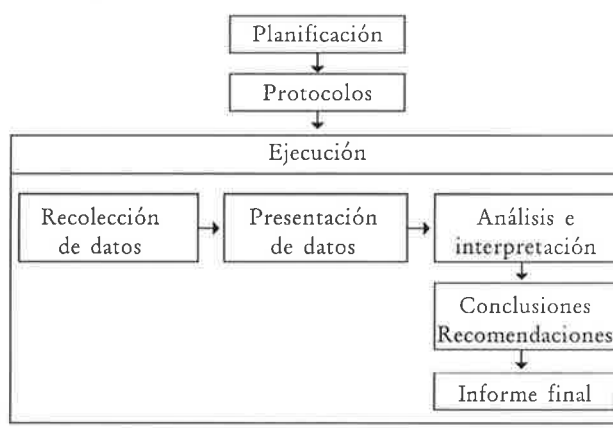
INTRODUCCIÓN

En este apartado, nos interesa plantear la última fase del proceso de investigación que tiene la importancia de representar la ejecución del proyecto y la presentación, de cara al exterior, de los resultados obtenidos.

EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tras la planificación del proyecto y la elaboración/selección de los protocolos de investigación, es la hora de llevar a la práctica el trabajo de investigación. La ejecución viene marcada por el trabajo de campo (recolección de los datos) y el trabajo de tabulación de los datos obtenidos (tratamiento estadístico y análisis e interpretación de los datos), que se complementa con la obtención de conclusiones y, en su caso, planteamiento de recomendaciones que termina con la redacción del informe final (tabla 10).

Tabla 10 Proceso de investigación IV



Tabulación y análisis de los datos

Tabulación de los datos

Tabular no es una tarea fácil por ser un proceso lento y, en no pocas ocasiones, tedioso. Precisa múltiples comprobaciones (tanto al azar como de forma sistematizada) para evitar errores que comprometan los resultados finales.

1. Entre los *mecanismos* para la tabulación dos son los más significativos y utilizados:

- a. Manual: Es el método clásico y que ha sido descrito con anterioridad, es el conocido como *tabla de doble entrada* y que sistematiza la información recogida en base a dos ejes fundamentales: los sujetos (numerados de forma ordinal y correlativa) y las variables evaluadas con una forma específica de agrupar sus características. De esta forma, se puede ver si el sujeto X ha puntuado en la variable Y, simplemente trazando las correspondientes líneas y ver dónde se cruzan. A pesar de todos los avances acontecidos, se sigue utilizando: como entrenamiento, como sistematización y como comprobante y forma de guardar los datos.
- b. Ordenador: Consiste en realizar una base de datos y trabajar con ella, de tal suerte que se permita la introducción de nueva información a medida que sea preciso. Hoy en día casi desde cualquier modelo de PC y con múltiples programas comercializados se pueden realizar estas bases de datos.

2. *Tipos de tabulación*: Puede ser el sistema binario (presencia/ausencia) de una variable o condición o de posibilidades múltiples (para cada variable o condición pueden darse varias respuestas, a cada una de las cuales se le asigna un número diferente). Por la forma de tabular puede ser alfa-numérico (combina letras y números) o numérico nada más.

3. *Cruce de variables*: Precisamente porque las investigaciones en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia presentan relaciones multicausales y responden a la ley de los sistemas complejos, en casi todas las ocasiones es preciso investigar la relación existente entre dos o más variables, lo que determina una cuidadosa elección de las variables que se quieren estudiar para establecer la relación existente entre ellas (cruce de variables). El cruce de variables debe responder a criterios de posibilidad real para que las variables seleccionadas puedan tener algún tipo de relación, de coherencia de criterio en la selección y de rigor metodológico en la investigación. Hay una serie de variables clásicas para cruzar, p. ej. sexo y edad con motivo de la demanda; otras podrían ser más discutibles, p. ej. mejoría clínica con un solo tipo de intervención terapéutica; otros cruces son francamente inconsistentes,

p. ej. delirios y color de los ojos; para colmo de curiosidad en ocasiones este último tipo de cruces podría resultar hasta con significación estadística, lo que no significa que deba interpretarse como relación causal.

Análisis de datos

Tipo de los análisis de los datos

Hay varios caminos para valorar la fiabilidad de las medidas. El más conocido es el método test-retest en el que se da una medida dos veces al mismo informante en un periodo corto de tiempo. Entonces se analizan la correlación entre las dos puntuaciones aportadas por el informante y ésta debe ser alta si el instrumento de medida es fiable. Este método tiene limitaciones ya que descansa en la hipótesis de que no ocurre ningún cambio en la variable medida entre las dos mediciones, y también por los efectos posibles de la primera medición sobre los resultados de la segunda (p. ej. efectos de la memoria, verdaderos cambios inducidos por la medida, etc). Si ocurren cambios en lo que se ha medido, esto podría conducir a una infravaloración de la fiabilidad. Los efectos de la memoria actúan en dirección opuesta, inflando artificialmente los coeficientes correlativos. Se busca que el tiempo ocurrido entre las dos administraciones no sea ni demasiado largo ni demasiado corto (normalmente dos o tres semanas). Pero también, en el caso de investigaciones sobre investigaciones de la infancia, debemos tener en consideración el efecto «cansancio» de las figuras parentales o de otros informantes, lo que representa una importante desventaja que se debe evaluar correctamente.

Otros métodos como «split-half» la correlación ítem-total, la correlación con otra forma alternativa del test, se han utilizado para evitar las limitaciones del método test-retest. Cuando una escala incluye una parte de ítems midiendo el mismo rasgo o constructo, entonces la evaluación de la consistencia interna con el *coeficiente alfa de Cronbach* provee el mejor camino para acceder a la fiabilidad de un instrumento, tal y como atestigua Nunnally y que en nuestra experiencia resulta de elección. El coeficiente alfa refleja el promedio de la correlación inter-ítem del instrumento y se incrementa como una función del número de ítems incluidos en la escala. Una puntuación de 0,75-0,8, o superior, sería deseable y el conocimiento

- 44 de los coeficientes de fiabilidad se pueden usar para corregir el valor de las asociaciones entre variables por la atenuación debida a la imperfecta fiabilidad de los instrumentos.

Cuando lo que pretendemos medir es un diagnóstico formal psiquiátrico o cualquier otra medida categórica, o cuando la fiabilidad inter-tasas se evalúa para tener dos o más puntuaciones accediendo independientemente al mismo material clínico la fiabilidad, entonces puede ser computada usando estadísticas diferentes, como el coeficiente Kapa u otras medidas de asociación para las variables categóricas. Como regla general, la fiabilidad de un instrumento se considera satisfactoria cuando el índice estadístico que la mide está en el rango de 0,8 a 1 (véase el coeficiente de correlación de Pearson, el coeficiente de correlación intraclass o el coeficiente de Kappa). Las medidas con índices de fiabilidad evaluadas por debajo de 0,7 deben ser miradas con mucha precaución.

La valoración de la validez es más compleja. Las teorías clásicas psicométricas diferencian varios tipos de validez. La validez de criterio es la de más fácil acceso. En ese caso, el investigador tiene que demostrar que el instrumento que se investiga va a aportar una diferenciación satisfactoria entre los sujetos que presentan la condición psicopatológica en estudio de aquellos otros sujetos que no la tienen. Una forma sencilla de hacerlo sería, por ejemplo, comparar las puntuaciones obtenidas por niños/as deprimidos y no deprimidos en una escala de depresión, o también comparar las puntuaciones en psicopatología general obtenidas en un listado de niños/as atendidos en consultas psiquiátricas con las puntuaciones de los controles comunitarios. Estos procedimientos se han utilizado extensamente para demostrar la validez discriminativa de todas las escalas existentes. Una limitación de este procedimiento radica en la validez del otro criterio con el que se compara el instrumento. En los anteriores ejemplos, necesitaríamos tener una buena evaluación independiente de la depresión hecha por un examen clínico y confiar en que la atención de los servicios psiquiátricos es una buena predictora de la psicopatología. Otros tipos de validez (validez de contenido y validez de constructo) pueden ser evaluados con técnicas más sofisticadas, aunque vale la pena conocer que los desarrollos metodológicos más importantes en este área se han llevado a

cabo en los diez últimos años, usando las técnicas «estructural equation modelling techniques».

Técnicas estadísticas

La mayoría de los datos de investigación actualmente se computan para casi todas las aplicaciones en investigación. Muchos «softwares» demuestran que reparten adecuadamente el manejo de datos, datos de entrada y análisis de datos. Los productos de «softwares» más importantes son *SAS*, *BMDP*, *SPSS*, *SIGMA-2* o *SYSTAT*. Como una regla, siempre que se pueda, será aconsejar a los investigadores a que usen el «software» que ya ha sido verificado y usado por otros investigadores de forma satisfactoria, en vez de contar con productos «caseros». Muchos de los software funcionan en ordenadores personales y los equipos de investigadores suelen tener fácil acceso a ellos.

De esos productos de «software», el paquete *EPI/Info* es de una gran valía por su amplia difusión alrededor del mundo por el «Center for Disease Control» (CDC), de Atlanta. Este «software» no está registrado pero se puede conseguir por una pequeña cantidad de dinero, que es accesible a la mayoría de los equipos de investigación. Tiene un buen programa de entrada y puede exportar e importar datos en varios formatos. También puede realizar la mayoría de los análisis estadísticos requeridos para la mayor parte de los proyectos de investigación, sobre todo, epidemiológicos e incluye estudios estadísticos sobre factores de riesgo y puede producir gráficos.

No obstante, como orientación ofrecemos un resumen sobre los diferentes niveles medida (nominal, ordinal, de intervalo o de índice) en relación a diferentes posibilidades de investigación en consonancia con las operaciones matemáticas, las propiedades matemáticas y las posibilidades estadísticas más adecuadas para cada tipo de estudios de investigación (tabla 11). Así, p. ej. si pretendemos realizar una investigación acerca de escalas de evaluación de la personalidad, el nivel de medida se corresponde con el de intervalo, las propiedades matemáticas serían: la identidad, magnitud e intervalos iguales; las operaciones matemáticas serían: la adición y sustracción; nos interesan los datos relativos al lugar de las muescas o puntos de corte del instrumento de evaluación, las estadísticas más frecuentemente utilizadas son el test-t y la ANOVA.

Tabla 11 Algunos contenidos de las escalas de medida

	<i>Niveles de media</i>			
	<i>Nominal</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Intervalo</i>	<i>Índice (ratio)</i>
Ejemplo	Categorías diagnósticas Afiliación política o religiosa	Clase social Rango	C. I. calculado Escalas de personalidad y actitudes	Peso Talla Tiempo de reacción Número de respuestas
Propiedades matemáticas	Identidad	Identidad Magnitud	Identidad Magnitud Intervalos iguales	Identidad Magnitud Intervalos iguales Punto cero genuino
Operaciones matemáticas	Ninguna	Orden del rango	Adición Sustracción	Adición Sustracción Multiplicación División
Tipo de datos	Nominal	Ordenados	Lugar de las muescas	Lugar de las muescas
Estadísticas usadas más frecuentemente	Chi-cuadrado	Test del Signo Test Mann-Whitney	Tes-t ANOVA*	Test-t ANOVA*

* Análisis de la varianza con programa de computadores: SPSS, BMDP, SAS, Minitab

En el momento actual, se están desarrollando nuevos modelos estadísticos para mediciones cualitativas, tal cual es el caso de la psicopatología del desarrollo, basadas en los modelos de regresión logística. Este procedimiento comporta toda una forma de analizar los resultados de gran relevancia y novedad.

REDACCIÓN DEL PROTOCOLO E INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN

Representa el último escalón del diseño metodológico de la investigación, tiene la gran importancia de ser lo que sale hacia el exterior del trabajo realizado. En este apartado solamente nos vamos a referir a los aspectos generales, pues en uno posterior desarrollaremos las diferentes posibilidades con los formatos más adecuados. No obstante, el protocolo puede ser considerado como la presentación y/o solicitud de ayuda, para el inicio de la investigación y el informe final, como la presentación de los resultados obtenidos en el desarrollo de dicha investigación.

Protocolo de la investigación

Las partes principales de un protocolo de investigación difieren del estamento convocante, pero en España se han unificado bastante (tanto el FISS, como los programas I+D o los de formación a la investigación suelen tener formatos parecidos). Las partes fundamentales son las siguientes:

Componentes introductorios

1. Título: No es tan sencillo de poner, a ello se ha referido con profusión ECO: directo, preciso, conciso y descriptivo. No debe dejar lugar a dudas, pero tampoco debe ser un tratado. El equilibrio no es fácil de obtener.
2. Contenido: Se refiere a los apartados de resumen estructurado con sus palabras clave fundamental para luego realizar el rastreo bibliográfico y para que nuestra investigación aparezca en los archivos bibliográficos); la presentación o prólogo y el índice del protocolo. También debe aparecer la descripción del director del proyecto de la investigación, los integrantes del

46

equipo de investigadores, los curricula profesionales y los datos identificatorios del centro de investigación.

Componentes principales

1. Introducción: Consta de dos partes fundamentales: interés del tema e interés social del proyecto.
2. Problema: consiste en la definición del problema que se pretende investigar de forma clara, concisa y sencilla.
3. Objetivos: con la clásica división de objetivo general y objetivos específicos.
4. Marco teórico: el de referencia del proyecto.
5. Hipótesis: respondiendo a las características expresadas en otro apartado del presente trabajo.
6. Variables: definición, lo más precisa posible, del tipo de variables que se pretenden evaluar en la investigación. Sobre todo, la forma con la que se pretende neutralizar las variables extrañas.
7. Diseño metodológico: lo expuesto con anterioridad nos posibilita abordar los diferentes contenidos de este apartado.

Componentes complementarios

1. Referencias: tanto del equipo investigador como del protocolo que se presenta.
2. Bibliografía: en la mayoría de los protocolos de investigación se sugiere que sea una bibliografía comentada y sólo la básica.
3. Anexos: aquellos documentos que vayan a servir de base para el trabajo de investigación, así como aquellas otras documentaciones que se crean pertinentes.

Informe final

El trabajo ha llegado a su fin, debe ser conocido por diversos estamentos: académicos, científicos y administrativos. Por lo tanto el informe debe contemplar la difusión a estos tres niveles y respetar las características que le son propias a cada uno. No obstante, los contenidos básicos son los siguientes:

Presentación de los datos

Son los clásicos resultados, tal y como los hemos obtenido de la investigación.

Análisis de los datos

Tras los resultados, se analizan en base a los procedimientos empleados.

Interpretación de los datos

Tanto la que realiza el equipo de investigación, como la que se puede obtener por la comparación con otros resultados de investigaciones similares. Es el clásico apartado de discusión y comentarios.

Conclusiones

De forma clara y estructurada, en relación a la hipótesis y a los objetivos de la investigación.

Recomendaciones

Si de la investigación se derivan algunas consideraciones prácticas, se realizan las recomendaciones pertinentes para los diferentes niveles que competan.

VII. LAS ÁREAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN

La investigación en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia es un terreno que tiene escasas décadas de desarrollo, pero que tiene ante sí un futuro esperanzador. La investigación es una tarea de equipo, por ello la correcta relación entre el personal asistencial y el investigador representa un paso previo fundamental.

El reto de la metodología científica aplicada a la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia debe intentar dar respuesta a dos aspectos fundamentales: la posibilidad de comprobar los resultados y la generalización de esos resultados. Estos principios están en un debate permanente, dado que la cuantificación de las variables investigadas resulta claramente insatisfactorio y la utilización de la estadística se encuentre con limitaciones muy evidentes.

A todo lo anterior se debe añadir algunas circunstancias de especial significación en el momento actual: la importancia del desarrollo (somático, psicológico y social) de la infancia y la adolescencia; la

dependencia íntima y prolongada del contexto de los niños/as y adolescentes; el avance de los proyectos GENOMA humano y de las técnicas de diagnóstico por imagen, etc, son sólo algunas de las dificultades añadidas a la investigación en Psiquiatría General.

CAMPOS BÁSICOS DE INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Epidemiología

Debe reunir las siguientes características:

1. Tender a integrar los estudios de campo con las labores asistenciales.
2. Se debe partir de la existencia de dispositivos asistenciales adecuados para atender a los problemas psíquicos de la infancia y la adolescencia.
3. Se debe tener en cuenta la dificultad de la nosología psiquiátrica en la infancia y la adolescencia y, además, la consecuencia de las dificultades de las tabulaciones estadísticas.
4. La creciente importancia de los sistemas de registro acumulativos de casos psiquiátricos, aplicados a la atención de la infancia y la adolescencia (RACP-IJ), con las siguientes características:
 - a. Recogida sistemática y unificada de datos.
 - b. Territorio definido.
 - c. Implicar en la recogida de datos a la totalidad de los servicios existentes en ese territorio.
 - d. Un RACP-IJ evita la duplicidad de casos.
 - e. Supone la existencia de un feed-back informativo entre el sistema de registro y los servicios asistenciales.
 - f. El RACP-IJ debe asegurar la confidencialidad.
 - g. No debe ser sólo para temas puntuales.
 - h. Debe tener continuidad en el tiempo.
 - i. Se deben establecer unos objetivos claros con los datos que se quieren registrar.
 - j. Se debe realizar un periodo de tiempo de ajuste experimental.
 - k. Se debe delimitar un procedimiento para todo el proceso de registro.
1. El RACP-IJ posibilita la creación de un «capital» de investigación.

5. Se debe articular una metodología de evaluación que sea coherente con:
 - a. Los objetivos que se establezcan.
 - b. La evaluación debe incluir no solo la técnica cuantitativa, sino que se debe tender a incluir una comprensión cualitativa de los datos recogidos.
 - c. Será capaz de definir indicadores que cumplan las condiciones de objetividad, fiabilidad y manejabilidad.

47

Investigación en el desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia

La descripción, interpretación y explicación del desarrollo de la infancia y la adolescencia ha sido, creemos que aún hoy debe ser, una línea abierta de investigación y profundización en los conocimientos con vista a:

1. Establecer una aproximación al desarrollo normal en nuestro contexto social.
2. Comparar el desarrollo normal con el desarrollo en otros niño/as con déficits sensoriales (p. ej. sorderas, cegueras, PCI, etc).
3. Definir los factores de riesgo y situaciones que pueden originar interferencias en el desarrollo infantil (p. ej. hospitalizaciones precoces, afecciones crónicas, institucionalización, abandonos, adopciones, fertilizaciones in vitro, malos tratos, etc).
4. Acercarnos a una visión diferente de la clínica infanto-juvenil y de los procesos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia.

Base orgánica de los procesos psíquicos

Es un campo de gran interés, sobre todo en aquellos puntos relativos al funcionamiento cerebral, a la aportación de las bases genéticas, a las disfunciones metabólicas, etc.

Las pruebas complementarias

Tanto las de tipo psicológico (p. ej. escalas de evaluación de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, pruebas psicométricas y de personalidad, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, etc), como las técnicas de imagen convencional (p. e. EEG, TAC, potenciales evocados visuales, auditivos y somatoes-

- 48 tésicos, gammagrafías, ultrasonidos, etc) o bien los más modernos (p. ej. RNM, PET, etc), todos pueden aportar valiosas informaciones, pero deben ser utilizados de una forma contextualizada, definir la contextualización es un campo de investigación.

La psicofarmacología

Definir los criterios clínicos de utilización es de un gran interés, por lo que:

1. Establecer controles precisos, sobre todo la farmacovigilancia de los efectos secundarios y colaterales.
2. Pautar y protocolizar su utilización en el seno de un diseño de la intervención y no como un fin terapéutico en sí mismo.
3. Desaconsejar el uso de productos cuyos principios farmacológicos, su farmacocinética y farmacodinámica no estén lo suficientemente claros.
4. Enfatizar el uso de fármacos sin mezclas de principios activos, por las vías de administración adecuadas a las dosis pertinentes (por kg/peso/día) y con controles periódicos.
5. Debatir el ritmo y la duración de los tratamientos psicofarmacológicos en la infancia y la adolescencia, así como los efectos secundarios.

Las psicoterapias

La definición indicación y evaluación de las psicoterapias en la infancia y la adolescencia es un punto de especial significación, sobre todo para diferenciar las psicoterapias propiamente dichas de aquellas otras intervenciones que poseen cierto efecto terapéutico, aunque no sean *sensu strictum* una psicoterapia.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Existen dos temas básicos de gran interés en Psicopatología de la infancia y la adolescencia: *las interacciones del ambiente sobre el desarrollo del niño/a y, en segundo lugar, las diferencias individuales que modifican las influencias de los factores ambientales.*

En el primer caso, se estudia cómo afecta el contexto ambiental al curso del desarrollo: qué factores influyen en éste, en qué forma y con qué intensidad, lo que permite especificar: ¿qué propiedades del contexto favorecen los procesos del desarrollo humano? ¿qué contextos son patógenos para el desarrollo y cómo inciden en la expresión de los trastornos? ¿cómo influyen terceras personas (estudio de las relaciones triádicas) actuando como soporte y estímulo de sistemas evolutivos? ¿cómo interactúan diferentes medios sobre el desarrollo, favoreciéndolo o retrasándolo, según sea el tipo de interacción?

En la segunda línea de investigación, se intenta describir, lo más precoz posible, los patrones de reacción diferencial en la infancia y su interacción con el desarrollo, es decir, se trata de investigar sobre: las características de estos patrones, los efectos de ellos sobre el desarrollo del niño/a y sobre el ambiente, la posible perdurabilidad y estabilidad a lo largo de la vida del niño/a y del joven posteriormente y la posible existencia de rasgos patológicos.

De la interacción de ambos puntos surge la tendencia actual a la investigación sobre la multicausalidad de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia. Las aplicaciones prácticas que se obtienen serían:

- En el *campo de la prevención primaria*: evitar y modificar las variables patógenas (una vez correctamente identificadas éstas y su forma de interactuar con las restantes variables) y fomentar el desarrollo del sujeto (en este sentido cabe el proyecto investigación-acción iniciado por OMS-Europa sobre la promoción del desarrollo psicosocial desde los servicios de atención primaria y del que formamos parte desde hace varios años).
- En la *prevención secundaria*: la detección de población infantil de alto riesgo psiquiátrico (individuos vulnerables o con varios factores de riesgo: las investigaciones de screening de trastornos en diversos medios precisan de la existencia de servicios asistenciales en ese territorio para dar cobertura a los casos detectados).
- Para la *prevención terciaria* se debe investigar sobre los niveles de intervención posible, es decir, dónde, cómo y con quién hay que actuar, por fin la posible evaluación de la intervención diseñada.

Ya la propia OMS recomendaba prioritariamente los siguientes campos de investigación:

- *Descripción de datos que apunten a mejorar la salud mental y del desarrollo psico-social de los niños/as.* Ha iniciado una investigación multinacional (de la que formamos parte integrante), basada en una metodología de investigación-acción y dirigida a los tres primeros años de vida y desde los servicios de atención primaria, pero con la supervisión y dirección por parte de los servicios de salud mental infantil.
- *Utilizar criterios de salud y de desarrollo más que de procesos psicopatológicos en sí mismos.* Las tendencias de la investigación en psicopatología del desarrollo se orientan en este sentido y aportan informaciones de gran riqueza y variedad que precisan una comprobación y contrastación mayor con la práctica.
- *Inclusión y valoración del contexto del niño en su desarrollo y forma de enfermar.* Las investigaciones sobre la influencia del contexto en la expresión de la conducta infantil y la modificación o no de los hallazgos de la genética. Las investigaciones etológicas aportan luz, sobre todo con las recientes aportaciones realizadas en el campo de la psicopatología de los lactantes.
- *Prioridad en el estudio de los problemas de salud mental que tienen una prevalencia máxima y se acompañan de una grave disfunción psico-social.* En este sentido los trastornos conductuales y de adaptación, los fracasos escolares, los problemas de adaptación familiar (familias monoparentales, divorcio, muerte de una de las figuras parentales, malos tratos y abusos sexuales en la familia, etc) y las afecciones crónicas que cursan con discapacidades, son campos prioritarios para la mayor parte de grupos de investigadores. Las investigaciones longitudinales y el empleo de instrumentos de medida adecuados para ello (p. ej. los RACP-IJ) son de gran interés.
- *Realización de estudios de epidemiología comparada* entre sectores y condiciones de vida diferente, entre grupos con distintas prevalencias, etc, con el fin de poder detectar factores de riesgo más importantes y con mayor peso den-

tro de grupos homogéneos para poder determinar las características y las diferencias individuales que hacen que existan grupos de niños/as con una evolución normal y otros con problemas de salud mental, en cada uno de esos ambientes. Los trabajos sobre factores de riesgo y factores protectores, así como las investigaciones acerca de la vulnerabilidad son ejemplos demostrativos de gran valor.

- *Evaluación de las intervenciones para poder evaluar su eficacia real en el momento actual.* Los grandes avances acontecidos en los psicofármacos no están totalmente contrastados en las etapas infantiles. Casi ningún grupo defiende, en el momento actual, una forma única de intervención en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, pero las diferencias son importantes a la hora de la evaluación de la intervención, sobre todo con una perspectiva longitudinal. También en las intervenciones en la infancia se inician los estudios de eficacia-eficiencia-efectividad (la farmacoeconomía, el grado de satisfacción con el tratamiento, etc).

RESUMEN DE LAS ÁREAS DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIAS EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Psicopatología del desarrollo

Referente a los patrones de reacción infantil

1. Determinar los patrones de la reacción infantil, sobre todo los que originan una mayor vulnerabilidad del niño/a frente al ambiente.
2. Determinar los rasgos de personalidad que favorecen o dificultan la adaptación del niño/a a su ambiente.
3. Estudiar y determinar las posibilidades de modificación de estos rasgos a través de la intervención sobre el ambiente.
4. Posible perdurabilidad y estabilidad en edades más avanzadas: estudios longitudinales.
5. Variables individuales que actúan sobre esos patrones (sexo, déficits sensoriales, etc).

50

6. Repercusión de las experiencias prenatales sobre estos patrones (p. ej. hasta el momento actual se habían limitado, casi exclusivamente, al papel sobre las deficiencias mentales, en el momento actual se están desarrollando investigaciones sobre la relación entre los estados de ansiedad maternos en la gestación y la posterior presencia de trastornos hiperquinéticos en la infancia).

Papel del ambiente en el proceso de desarrollo de los trastornos mentales en la infancia

Entre los numerosos trabajos de investigación en salud mental de la infancia y la adolescencia se han descrito ciertos factores de riesgo: prematuridad (con su constelación relacional y de componente orgánico), sufrimiento perinatal, enfermedades somáticas agudas, enfermedades crónicas, separaciones tempranas del medio familiar, retraso en el desarrollo intelectual, disminución del rendimiento escolar, maltrato y abandono, disarmonía en la pareja parental, familias mono-parentales, padres menores de edad, figuras parentales con afecciones crónicas o mentales, emigración, patrones de comunicación y/o educación patógenos, bajo nivel socio-económico-cultural, presión escolar, etc. Pero hay que saber si estos factores son sólo de riesgo evolutivo o, en alguna medida, existen factores protectores y qué grado influyen en cada niño/a.

1. Evaluación del ambiente:
 - a. Condiciones que se han de dar en el contexto para que el desarrollo sea óptimo.
 - b. Descripción de contextos patológicos.
2. Relación sujeto/ambiente:
 - a. Investigación sobre la influencia de las interacciones de unas variables con otras (favoreciendo el desarrollo, disminuyendo la influencia de los factores de riesgo o aumentándola).
 - b. Posibilidad de influir en el curso del desarrollo a través de terceras personas.
 - c. Influencia de los rasgos de la personalidad en el contexto.
 - d. Efecto sobre la personalidad de contextos posiblemente patógenos.
3. Análisis institucional:
 - a. Análisis y características de los diferentes grupos psicosociales e instituciones que están en relación con la vida y el desarrollo del niño/a.

- b. Influencia de estos grupos e instituciones sobre el desarrollo infantil favoreciéndolo o dificultándolo).
- c. Consideración de los grupos e instituciones como posibles factores de riesgo.

Temas de investigación en Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia

Diagnóstico de caso/trastorno mental en la infancia y la adolescencia

Es de una gran relevancia tanto la tipología como la denominación de los trastornos mentales en la infancia.

1. Las clasificaciones uniaxiales pronto se vieron insuficientes para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, entre otras cosas por la cantidad de variables que interactúan en su presentación, tipificación, evolución, reagudización y, en su caso, desaparición. La serie DSM (III, III-R y IV) han sido de una gran ayuda, pero claramente insatisfactorias para la infancia y la adolescencia. Pero ha sido la clasificación de Rutter de tipo multiaxial la que abrió un nuevo panorama, más perfeccionada ha sido la aportada por la escuela francesa de Mises et al. No obstante, la CIE-10 permite multitud de posibilidades, aún por explorar, y ya el propio Rutter ha aportado el eje V utilizando los códigos Z de este sistema de clasificación para la infancia y la adolescencia.
2. No obstante, el sistema de clasificación no deja de ser una parcela pequeña (aunque importante), en este apartado la presentación clínica, las variables que influyen en la evolución de los trastornos, el pronóstico (seguimiento longitudinal) la posible identidad o diferencia con los trastornos mentales de la edad adulta, etc, son solo alguno de los campos de singular relevancia en la investigación psicopatológica acerca del concepto de trastornos mental en la infancia y la adolescencia y del diagnóstico de caso.
3. En esta dimensión cabe señalar la investigación sobre instrumentos de diagnóstico de caso, en este sentido señalar que para el diagnóstico

general ya parece que existen suficientes instrumentos (quizá el más completo sea la serie CBCL de Achenbach), pero para trastornos específicos existen pocos instrumentos fiables y se precisa profundizar en el diseño y validación.

4. Las investigaciones causales, sobre todo los avances derivados de las aportaciones de la genética (Proyecto GENOMA Humano) y sus consecuencias. P. ej. las posibles relaciones, hoy muy confusas y con resultados contradictorios, entre fragilidad del cromosoma X y el autismo infantil, la influencia genética de los trastornos por déficit de atención, etc. Pero, sobre todo, de la diferencia entre carga genética y presencia de un trastorno mental en un sujeto, lo que abre una pregunta ¿el medio ambiente, el contexto de desarrollo de un niño/a, es capaz de modificar los efectos de una carga genética en la presentación de trastornos mentales en la infancia?

Disfunciones sensoriales

Los niños/as con disfunciones sensoriales son niños/as diferentes pero no anormales, por lo que tienen un perfil evolutivo distinto que debemos investigar, sobre todo para señalar los puntos críticos de la evolución tanto para el aprendizaje como para la adaptación social y la autoestima. Entre las características de especial relevancia cabe señalar: dificultad para percibir, procesar, almacenar, recuperar, emitir y expresar la información, lo que afectará a la totalidad del sistema de interacciones (p. ej. no ver los gestos maternos en el caso de los niños/as ciegos). Es importante investigar acerca de las variables medioambientales que favorecen los procesos de aprendizaje, la intervención familiar más correcta, educación de las otras facetas comunicacionales, etc. No se debe psiquiatrizar el tema, ya que la influencia fundamental se encuentra en la rehabilitación (desarrollo de prótesis adecuadas para cada déficit) y con la atención primaria (detección precoz en los exámenes periódicos de salud) o con la institución escolar (educación y aprendizaje), pero no debemos olvidar el impacto sobre las etapas del desarrollo (p. ej. la adolescencia) y la posible apari-

ción de trastornos de adaptación o de la relación familiar y social. 51

Disfunciones o lesiones cerebrales

Está demostrado que en estas circunstancias se incrementan las tasas de prevalencia de trastornos mentales, pero hay que profundizar sobre las causas indirectas: falta de estímulo sensorio-motor adecuado, privaciones afectivas, disminución de la autoestima, actitudes negativas de la colectividad y tensiones propias del tratamiento médico (p. ej. recaídas, hospitalizaciones, medicamentos, etc).

Disfunciones cognitivas

Tanto los derivados del propio deterioro cognitivo como de los derivados de las experiencias repetidas de fracaso escolar (p. ej. reeducaciones, programas de integración, etc).

Disfunciones socio-familiares

También en este campo hay que poseer una perspectiva del desarrollo del sujeto:

1. Repercusiones en el sujeto infantil de las actitudes de la figura materna hacia el embarazo, así como de las relaciones entre ambas figuras parentales.
2. Adopción: cuándo debe establecerse y con qué procedimiento, lo que implica la detección precoz de los casos de abandono para evitar los efectos secundarios en el desarrollo de la adopción. Hay que empezar a considerar la importancia de la adopción internacional (p. ej. el impacto de otra raza, otra cultura, etc).
3. Familia: El estado de salud mental de los miembros de la pareja parental, de la armonía entre ambos. También es importante conocer cómo disminuir el riesgo modificando otras variables (p. ej. figuras parentales sustitutas adecuadas, etc). La presencia de violencia familiar y malos tratos/abandono/abuso sexual hacia el niño/a.
4. Escuela infantil: Proceso de separación precoz del contexto familiar y su influencia en el desarrollo del niño/a, proceso de socialización y estímulo del aprendizaje, etc.

52

5. Escuela: Se precisa un amplio análisis de esta institución de tanta importancia en la vida y desarrollo del niño/a: sociabilización, aprendizaje, los otros (pares y adultos), etc. Sin psiquiatrizar, pero sin minimizar la presencia de trastornos y disfunciones.
6. Sociedad: Los cambios culturales actuales y su impacto en el desarrollo infantil (p. ej. la violencia, la sexualidad, disminución de horas con las figuras parentales, etc).
7. Medios de comunicación: TV, video, y PC: su papel en la agresividad, sexualidad, incitación al consumo, nuevos modelos identificatorios, etc. Pero con visión crítica: no solo los efectos negativos, sino también señalar los posibles efectos positivos.
8. Medio hospitalario: El efecto de la hospitalización bien sea directa (p. ej. causa del proceso que originó el ingreso, precocidad del ingreso, repetición de ingresos, procesos agudos y/o crónicos, etc) o indirecta (p. ej. organización del hospital en cuanto a visitas, ornamentación, actitudes del personal, etc).
9. Otras instituciones asistenciales y/o terapéuticas para la infancia y la adolescencia: su organización y funcionamiento (p. ej. en ocasiones pueden organizarse en base a los intereses de los profesionales y sus campos de experiencia, pero no se adaptan a las necesidades de los niños/as).
10. Medio laboral: trabajo precoz, explotación de la infancia, etc.

Pruebas diagnósticas

Picométricas

Las que existen (tanto para evaluar nivel de desarrollo cognitivo o de personalidad) precisan de un afinamiento mayor y de una actualización a las circunstancias de hoy.

Diagnóstico por imagen

El avance de estas técnicas es innegable TAC, RNM, PET, etc, son de capital importancia y tienen su indicación precisa.

Diagnóstico neurofisiológico

El EEG aporta poca información, salvo clínica neurológica previa. Los PE son de especial significación para el diagnóstico diferencial de algunos procesos (p. ej. sordera perceptiva y autismo, ceguera con trastornos histérico o conversivos, etc).

Determinaciones biológicas (bioquímicas, inmunológicas y genéticas)

Están en pleno desarrollo y los resultados obtenidos son contradictorios, lo que permite decir que una cosa es la detección de una alteración y otra es que esa alteración sea la causa del proceso, por lo que se precisa una investigación multidisciplinaria para evaluar el impacto real de sus resultados.

Investigación psicofarmacológica

Existen pocas investigaciones en esta dirección, sobre todo desde la difusión de los nuevos avances en psicofarmacología que han aparecido en los últimos tiempos. Las dificultades son de diverso tipo, pero hay que prevenir también de su uso indiscriminado por la tendencia a tratar el síntoma del niño/a sin llegar al fondo del problema o bien lo contrario: creer que el psicofármaco es algo nocivo para el niño/a. En muchas ocasiones, el consumo de psicofármacos en la infancia no está directamente prescrito por un psiquiatra infantil, sino por médicos generales, pediatras o psiquiatras generales y, además, existen psiquiatras infantiles que tienen dificultades para integrar diversos tipos de intervenciones terapéuticas ante un mismo problema. Frecuentemente se han expuesto razones de tipo ético para oponerse a la realización de ensayos terapéuticos en niños/as, pero hay que saber que es más peligroso autorizar el uso de un fármaco cuya utilidad en relación a un tipo concreto de indicación no hay sido lo suficientemente contrastada e investigada y cuya posología no tome en consideración las características metabólicas propias del proceso de crecimiento del sujeto humano. Los datos obtenidos del adulto no son directamente extrapolables al niño/a, por lo que se puede decir que en este área nuestra ignorancia es muy superior a nuestros conocimientos. El criterio fundamental para la evaluación terapéutica no ha de ser sólo la eficacia, sino que se debe evaluar la tole-

rancia a la medicación, el grado de aceptación por parte del niño/a y de su familia, la frecuencia de abandonos o incumplimientos de las instrucciones terapéuticas. De forma específica para la evaluación de la eficacia terapéutica en la infancia se podrán utilizar: el marco educativo del niño/a, funcionamiento familiar, relaciones con sus pares, comportamiento en el juego, escalas autoaplicadas, etc.

Las psicoterapias

53

Tres campos fundamentales: el concepto de psicoterapia en la infancia, incluye la diferencia de otras intervenciones que pueden tener un cierto efecto terapéutico. En segundo lugar, las indicaciones clínicas y la técnica a emplear. Por fin, la evaluación a corto, medio y largo plazo y los instrumentos utilizados para esta evaluación.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS REPERCUSIONES CLÍNICAS DE LA INMIGRACIÓN EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

En este caso clínico, pretendemos aproximarnos a algunas de las repercusiones psicológicas que pueden aparecer como consecuencia de la inmigración. En general, la inmigración es una experiencia dolorosa y difícil de elaborar emocionalmente. Nuestro propósito es centrarnos principalmente en las consecuencias que el duelo mal elaborado por parte de los padres que han debido inmigrar a otra región, obligados por motivos laborales, puede repercutir en sus hijos a pesar de que éstos hayan nacido ya en la región autóctona. Presentamos un caso clínico, que responde a estas características.

La vida, independientemente de las circunstancias específicas de cada individuo, conlleva en sí una permanente elaboración de cambios, continuamente hay que enfrentarse a la aceptación de pérdida de estados o situaciones anteriores, y enfrentarse al temor que despierta lo desconocido. En este sentido, Grinberg⁽¹⁾ señala que cualquier cambio implica entrar en algo desconocido, embarcarse hacia hechos futuros imprevisibles y afrontar las consecuencias. Esto puede ser tan costoso para algunas personas que, frecuentemente, provoque sentimientos de ansiedad y depresión y tendencia a agarrarse a lo conocido, a lo familiar con la finalidad de evitar la experiencia nueva.

Perrota [citado en Grinberg⁽¹⁾] describe una serie de condiciones que posibilitan el proceso de cambio, como por ejemplo, la capacidad del individuo de no dejarse destruir en este mismo proceso de cambio; que lo que se ha cambiado entre en un proceso de asimilación compatible con la supervivencia y no en un proceso de destrucción o expulsión; que haya un marco de suficiente estabilidad; y que el resultado final después del cambio mantenga puntos de contacto con el estadio original, como para que se pueda reconocer el vínculo entre los dos.

Un hecho, sin duda, muy importante es que en todo proceso de cambio haya, junto a los elementos que cambian, elementos que permanezcan estables precisamente para permitir el cambio y evitar el sentimiento de desintegración. En general, el individuo tiene la sensación que hay alguna cosa que permanece constante dentro de él, aunque se sucedan cambios y vicisitudes externas a su persona. Pero ciertas circunstancias pueden causar que el sujeto no resista los cambios de la realidad, esto puede,

entonces, amenazar el sentimiento de identidad del mundo externo y consecuentemente, el sentimiento de identidad del propio individuo. Además, cuando el cambio es en el orden de lo social se deben enfrentar temores muy primarios, como el miedo a la pérdida de estructuras ya establecidas y a la pérdida de acomodación a pautas pre-instauradas en el ámbito social que generan graves sentimientos de inseguridad, aumentan el aislamiento y la soledad y especialmente se debilita el sentimiento de pertenecer a un grupo preestablecido. Otro temor primitivo que aparece frecuentemente en estas situaciones es el miedo al ataque que surge porque el individuo siente que ha salido de su estereotipo anterior y no se ha instrumentado suficientemente como para poder protegerse de los peligros atribuidos a la situación nueva.

Los cambios, en general, despiertan tanto ansiedades paranoides, por el peligro que implica lo desconocido, como ansiedades depresivas, por la pérdida de la situación familiar conocida que suscita el temor de perder las partes del self ligadas a ella y, como consecuencia, la pérdida de la identidad.

Sin duda, abandonar el país o la ciudad de origen supone muchas pérdidas: pérdida del entorno familiar, del entorno social, cultural, costumbres, idioma, etc. En todas estas pérdidas, el individuo queda expuesto a perder los vínculos que mantenía con todas estas situaciones, así como las partes de su propia personalidad ligadas a estos vínculos.

Calvo⁽²⁾ destaca que cualquier persona afectada por una pérdida de un ser querido o una situación, si está en su medio habitual sociofamiliar, dispone, para poderse enfrentar a esos sentimientos dolorosos, de la presencia y ayuda de sus familiares y amigos, así como de los lugares y objetos pertenecientes a la persona o situación perdida. En cambio, el inmigrante no puede contar con todo estos recursos. Además, mientras que la persona afligida por un duelo puede normalmente tener durante un tiempo posibilidad de dejar sus actividades, trabajo, ocupación, etc, para momentáneamente centrarse en sus sentimientos, el inmigrante debe enfrentarse inmediatamente a un trabajo desconocido, a un ambiente extraño, con gente no conocida y a las que puede sentir como hostiles.

La inmigración provoca experiencias emocionales muy dolorosas, a las que el sujeto responderá según su forma habitual de responder ante una situación de pérdida. Estas reacciones emocionales no son diferentes de las que tenía la persona antes de inmigrar, pero éstas son ahora reactivadas ante el duelo que supone la pérdida del país de origen. Elaborar el duelo supone aceptar lo perdido, sin idealizaciones, ni negaciones, ni rechazos, aceptando el dolor que la pérdida supone e integrándolo como parte de

su experiencia, sólo así se puede pensar en aceptar un país nuevo y un medio distinto.

En el proceso del duelo del inmigrante, se pone en marcha toda una serie de mecanismos de defensa primitivos, como por ejemplo, la idealización, la negación y la proyección. Se puede idealizar tanto el lugar perdido como el nuevo, negar el valor de lo dejado atrás o las repercusiones del cambio, proyectar en el país natal o en el país de acogida tanto lo bueno como lo malo. Estos mecanismos defensivos, en cierto modo, forman parte del proceso de duelo normal y necesario que tiene que afrontar el inmigrante, pero si son muy acentuados contribuyen a dificultar el proceso de integración. Atxotegui⁽³⁾ remarca que la completa integración de los inmigrantes no se logra hasta la tercera generación y que, por lo tanto, también a los individuos autóctonos les toca elaborar una parte del duelo.

Para conseguir una buena adaptación e integración, tal como señala Calvo⁽²⁾, hay que poder valorar lo que el país aporta, lo bueno, lo aprovechable, lo novedoso. En cambio, la persona que no puede adaptarse, siente que ha tenido la mala suerte de perder lo bueno y ahora se enfrenta con lo malo. Por otra parte, el rechazo de lo nuevo dificulta el proceso de adaptación, pero rechazar el país perdido también dificulta la integración; lo que realmente facilita el proceso es que el país perdido, con todo lo bueno y todo lo malo, no se niegue ni se olvide sino que pase a integrarse a la experiencia vivida de la persona.

Hay situaciones que dificultan aun más el proceso de integración en un nuevo lugar como, por ejemplo, vivir en barrios homogéneos, que puede contribuir a que el duelo se mantenga congelado⁽⁴⁾. Esta situación que no se elabora puede expresarse, entonces, a través de trastornos mentales o conflictos psicológicos, psicosociales o somatizaciones.

A otro nivel, la tierra de origen representa simbólicamente a la madre, separarse de la tierra natal significa separarse de la madre y ello suscita ansiedades de separación. Las posibilidades de elaborar el duelo dependen, por tanto, del tipo de vínculo establecido con la madre y de cómo se han podido elaborar las ansiedades de separación respecto a ella. En este sentido, consideramos que para que un individuo se pueda separar ha de poseer una cierta capacidad para la formación de símbolos, capacidad que depende de como se ha elaborado la posición depresiva⁽⁵⁾. El proceso de formación de símbolos posibilita que los cambios puedan ser aceptados, que en el caso concreto del inmigrante le posibilitará encontrar en la ciudad nueva, a pesar de las diferencias, aspectos parecidos a la ciudad perdida, con los cuales tendrá más facilidad para conectarse. La formación de símbolos también posibilitará la capacidad para poder interiorizar los vínculos, es decir que haya un vínculo interno con el país natal y todos los aspectos implícitos en él, que puedan ser conservados como representaciones internas, a pesar de la distancia real.

En individuos que presentan dificultades para separarse y diferenciarse de los padres y otras personas y/o situaciones, les es más difícil sentirse físicamente alejados de éstos porque la proximidad es lo único que les sirve para aplacar las ansiedades persecutorias y confusionales, y los sentimientos de vacío y soledad. Además, la inmigración por sí misma, como situación estresante, favorece principalmente en los primeros momentos que se desarrollen aspectos funcionales y simbióticos del grupo que emigra [Petrella y Weis; Carta et al; citados en Tizón⁽⁴⁾]. En ocasiones, una gran idealización, por parte de los niños, del lugar de origen y de las costumbres de los padres, a pesar de no conocerlo o no comprenderlas demasiado, puede ser una forma más o menos consciente de reconciliarse con los padres e incluso de evitar las ansiedades de separación que el crecimiento infantil conlleva. Todo ello ocurre especialmente en chicos con relaciones bastantes fusionales o simbióticas con la madre.

Los padres que por dificultades personales no pueden elaborar el duelo pueden proyectar en sus hijos el sentimiento melancólico respecto a lo perdido y el sentimiento de rechazo respecto al país que los ha acogido, rechazo que es debido a que al no haber sido posible elaborar el duelo por lo perdido no se puede aceptar lo nuevo. Ello puede tener especial relevancia en los primeros años de vida, época en que los niños son especialmente sensibles a las proyecciones que los padres les transmiten [Kramer, citado en Palacio⁽⁵⁾].

Por otra parte, Tizón et al⁽⁴⁾ en una revisión efectuada sobre el tema, encuentran en estudios empíricos que si la madre inmigró durante el embarazo o inmediatamente después del parto es más probable que el hijo padezca trastornos psicopatológicos o psicosociales y añaden que seguramente ello es debido tanto a la disminución de la capacidad de contención de la madre como a la transmisión de ansiedad de ésta al hijo.

CASO CLÍNICO

Sergio tiene 8 años en el momento que sus padres acuden a la consulta. El motivo que les lleva a consultar es porque el niño presenta muchas dificultades en su adaptación a la escuela y en las relaciones con los otros chicos. Estas dificultades se dan desde que el niño empezó a acudir al parvulario a la edad de 4 años.

Historia clínica

La madre queda embarazada de Sergio en el mismo mes que llegan, obligados por un destino laboral, a una nueva y gran ciudad. El padre es funcionario y le ofrecen una vivien-

56 da en unos bloques de pisos donde todos los vecinos son también funcionarios que provienen de otras ciudades. Ambos padres procedían de una ciudad pequeña y con muy pocos habitantes y en la que habían vivido hasta el momento de la inmigración.

Los padres, con 27 y 24 años respectivamente, llevaban casados un año. La madre proviene de una familia muy numerosa con diez hermanos.

La madre tuvo cinco embarazos seguidos a pesar que reconoce que sólo habían pensado tener dos hijos y de una forma mucho más espaciada. Sergio es el mayor de cinco hermanos, de 7, 6, 4 y 2 años, respectivamente.

La madre se muestra muy culpabilizada por todo lo que le ocurre al niño, principalmente porque durante todo su embarazo estuvo muy deprimida y porque piensa que el tener tantos hijos y tan consecutivos ha producido que el niño se haya sentido desplazado. Reconoce que no se ha podido adaptar a la nueva ciudad y que sólo sueña con los veranos para poder volver a su ciudad natal.

Sergio se pasó el primer año de vida llorando, sin que los padres ni los médicos encontraran ninguna causa. Desde siempre ha tenido pesadillas con frecuencia. No tolera los cambios de ninguna clase, ni en las comidas ni en otras situaciones. Vomita con facilidad. Le gusta mucho leer, mirar la televisión y, en general, actividades tranquilas que él puede realizar en su casa. Prácticamente no juega nunca.

Otros datos evolutivos relatados por la madre son normales.

Su comportamiento social es de retraimiento, con muchos miedos. En el colegio no quiere participar en las actividades normales que se organizan, en la hora de recreo se niega a comer el bocadillo y a jugar con otros niños, y tampoco quiere participar en los actos festejos que se organizan en la escuela o en el barrio. En general, su rendimiento escolar no es bueno por la falta de colaboración. Su conducta provoca las burlas de los compañeros.

Exploración psicológica

El Wisc da un CI de normal-medio, con una diferencia importante entre el CI Verbal, donde obtiene una puntuación mucho más elevada que en el CI Manipulativo.

El HTP y el CAT muestran rasgos fóbicos, esquizoides y desconexión de la realidad. No fue posible efectuar la hora de juego diagnóstica debido a la inhibición que el niño presenta en el ámbito lúdico.

Conclusiones

Nos parece que la madre de Sergio actúa a través de los sucesivos embarazos, producidos año tras año, su incapaci-

dad de elaborar el duelo de su situación de inmigrante, intentando llenar su sentimiento de vacío. Ya vimos más arriba que la madre de Sergio se embarazó de él justo en el mismo momento de llegar a la nueva ciudad. Es probable que con sus continuas gestaciones intente negar y superar el sentimiento de soledad y de aislamiento ocasionada por su inmigración. Al mismo tiempo, embarazarse puede suponer recuperar a su propia madre, que quedó en su ciudad natal, identificándose con ella, que como hemos visto anteriormente tiene diez hijos.

Por otro lado, basándonos en las teorías de Winnicott⁽⁷⁾, la mujer desarrolla a partir de los primeros meses de embarazo y hasta los primeros meses postnatales un estado emocional, denominado preocupación maternal primaria, que le permite concentrarse plenamente en el hijo, dejando de lado, en esos momentos, el resto de experiencias. Sin embargo, pensamos que una madre deprimida, por la pérdida reciente que supone la inmigración, no estará en condiciones de poder desarrollar este estado emocional necesario para el bebé. Nos planteamos ¿cómo va a ser posible que se quite de la cabeza su mayor preocupación, es decir, todo aquello que ha tenido que abandonar, cómo va a poder mirar hacia delante, hacia su hijo, si está pensando en lo que dejó atrás, en su pasado, cómo va a poder cumplir con la función materna si aún no ha podido elaborar el duelo por su propia tierra-madre? En este sentido, pensamos que el llanto del niño durante el primer año de vida expresaba tanto las ansiedades de Sergio que la madre no podía contener como las propias ansiedades maternales, sus ganas de llorar que probablemente le eran proyectadas masivamente. Pensamos que la conducta de inadaptación y aislamiento del niño refleja la situación de duelo no elaborada por los padres, en especial de la madre. Los padres, sin darse cuenta, están transmitiendo, a través de sus proyecciones, el sentimiento de rechazo de todo lo que les envuelve, lo cual es vivido como hostil y desagradable. Al mismo tiempo, el chico, a través de su conducta de aislamiento de los demás, está provocando la burla y el rechazo de éstos, con lo que está haciendo actuar en los otros chicos sus propios sentimientos.

Los padres de Sergio presentaban muchas dificultades para aceptar los cambios. Pensamos que estas dificultades no elaboradas, probablemente estén actuadas en el niño, de manera que es él el que no puede tolerar ningún cambio, «no puede tragar, y tiene mucha facilidad para vomitar».

El hecho de que la familia residía en un medio homogéneo junto a otros inmigrantes tampoco facilitaba, como anteriormente hemos explicitado, el proceso de integración.

Entendemos que Sergio se mostraba atrapado en un sentimiento de idealización de todo aquello perdido que le era proyectado por sus padres, a pesar de que él sólo lo

había podido conocer durante períodos breves en vacaciones. Esa intensa idealización no le permitía acercarse a otras situaciones a las que realmente él tenía acceso, por ejemplo a las actividades escolares o extraescolares. Huía de todo ello, alegando que todo era muy aburrido, que los otros chicos eran muy antipáticos, que las maestras eran muy serias, etc. Nada le parecía bien; en cambio, hablaba de la ciudad natal de sus padres con exagerado entusiasmo, allí los chicos eran simpáticos, los maestros encantadores y las actividades lúdicas y festivas eran divertidas. Esta actitud frenaba la posibilidad de acercarse y enfrentarse a la realidad, hecho que hubiera podido ayudar a desvanecer esas fantasías.

Pensamos que abordar este tipo de casos requiere de una visión amplia, donde no cabe limitar el problema únicamente al chico, que se convierte solamente en el portador de un síntoma familiar. A pesar que es evidente que Sergio requiere tratamiento terapéutico, pensamos que en estos casos también es preciso un abordaje terapéutico de los padres que les ayude a poder elaborar el proceso de duelo no resuelto.

57

G. Gallicó Cantalejo
Departamento de Personalitat,
Avaluació y Tractament Psicologic
Universitat de Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Grinberg L. Identidad y Cambio. Barcelona: Paidós Ibérica; 1980.
- 2 Calvo F. Qué es ser emigrante. Barcelona: Biblioteca Salud y Sociedad. La Goya ciencia; 1977.
- 3 Atxotegui J. Conferencia de clausura del Simposio Los Servicios Sociales en una Sociedad multicultural. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 8 de marzo de 1995.
- 4 Tizón J, et al. Migraciones y Salud Mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya. Barcelona: PPU. Pedagogía y Psicología; 1993.
- 5 Segal H. Notes on symbol formation. *Int J Psychoanal.* 38:391-397.
- 6 Palacio F. Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-niños. Su lugar en la Psicoterapia infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil.* 1:99-111.
- 7 Winnicott DW. Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa; 1971.

El pasado mes de septiembre tuvo lugar en Amsterdam el 9º Congreso del European College of Neuropsychopharmacology, facilitando así una ventana con vistas a una bella ciudad con la ocasión de una panorámica a lo último en psicofarmacología, donde nos pararemos en la psicofarmacología paidopsiquiátrica.

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CRÓNICO CON NALTREXONA EN LA CONDUCTA HIPERACTIVA DE NIÑOS AUTISTAS

Sistemas opioides: son tres los sistemas opioides del cerebro conocidos: el sistema pro-opio-melanocortina (POMC), el pro-dinorfina y el sistema pro-enkefalina. Atribuyendo a los péptidos POMC la participación en la regulación de la conducta social y los característicos empeoramientos sociales de los individuos autistas.

Así ha sido propuesto que anomalías en el sistema POMC serían la razón fundamental de la conducta autística. Un agente que influye en el sistema POMC es el antagonista opioide la naltrexona. La hipótesis de Panksepp de una actividad opioide cerebral excesiva en las personas con autismo sugiere que un antagonista opioide debería mejorar su conducta. Sin embargo, los estudios doble ciego control-placebo con naltrexona en humanos, no muestra unos significativos efectos grupales en la conducta social o en la conducta estereotípica. En cambio, un destacado hallazgo consistente es el efecto de la naltrexona en la hiperactividad⁽¹⁾. De aquí que este grupo de Utrecht, continuando esta línea de investigación, se planteara qué ocurría en caso de tratamientos crónicos, presentando sus resultados⁽²⁾.

Willemsen-Swinkels et al realizaron un estudio tipo caso control con los niños que se comprobó que sí respondían a la naltrexona en un ensayo de tratamiento diario con 1 mg/kg durante 4 semanas (participando 23 niños autistas, entre 3 y 7 años de edad). Muestra: se identificaron 7 niños con respuesta a la naltrexona, uno de los que se marchó al extranjero.

Los restantes 6 niños (de edad entre 5 y 8 años y medio, y unas edades de desarrollo entre 2 y 6 años) fueron tratados con 50 mg/d de naltrexona durante 6 meses, tras un periodo mínimo de 2 meses sin haber tomado fármaco alguno. Valorándose por los padres, con la Aberrant Behavior Checklist (ABC), el momento inicial de tratamiento, al mes, 3 y 6 meses de tratamiento. Además se realizó un perfil psicoeducativo inicial y final.

Resultados: el tratamiento crónico con naltrexona tiene un efecto moderado sobre la hiperactividad. Al mes

desciende significativamente los índices de hiperactividad del ABC, sin casi variación a los 3 y 6 meses, indicando un mantenimiento con el tiempo. Todo ello sin efectos en la conducta social.

EFICACIA DE LA PEMOLINA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS HIPERACTIVOS

Winsberg, Klee, Pollack et al, de New York, presentan en este trabajo⁽³⁾ los resultados de su estudio de la eficacia, y, por ende, la posible indicación de la pemolina en niños hiperquinéticos refractarios al tratamiento con metilfenidato.

La muestra estaba constituida por 8 niños tratados con metilfenidato a las dosis máximas toleradas, sin respuesta alguna.

Inicialmente planearon tratar a los niños con una asignación aleatoria a una de las tres posibles dosificaciones, a saber: 37,5, 75 y 112,5 por día durante un periodo de una semana. Con una valoración, con dos escalas, al final de cada semana. Desafortunadamente 3 niños, de los primeros 5 incluidos en el estudio, desarrollaron graves estereotipias tipo estimulante incluyendo: conducta autolesiva, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, precisando la suspensión del tratamiento. Todos los síntomas se resolvieron en 24 horas. Modificando el plan: omitiendo la dosificación de 112,5 e incrementando la dosificación paulatinamente con una secuencia escalar.

Resultados: los análisis de los datos de los primeros 8 niños que completaron el protocolo no muestran efecto alguno de la pemolina en oposición con lo esperado.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Recientemente Amor y Rodríguez-Ramos señalaban⁽⁴⁾ como el interés por el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) viene incrementándose en los últimos 10 años, siendo el TOC una afección cuya sombría perspectiva terapéutica ha mejorado con los antidepresivos serotoninérgicos⁽⁵⁾.

El TOC tiene una prevalencia de vida en la infancia de un 1% y en la adolescencia de un 1,9%⁽⁶⁾, presentándose con unas altas tasas de comorbilidad: entre el 50 y el 84% según los diversos autores⁽⁴⁾. El TOC afecta entre el 2% y 3% de la población⁽⁷⁾ y aproximadamente el 65% de los adultos con TOC refieren el inicio de sus síntomas antes de los 25 años⁽⁸⁾.

El papel de la serotonina en el TOC se basa en la específica eficacia de la inhibición de la recaptación de serotonina, así como en la capacidad de los agonistas de la serotonina de exacerbar el cuadro.

Todo ello explica el creciente interés por la utilización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS o SSRI en su abreviatura inglesa) mejor tolerados que la eficaz clomipramina.

TRATAMIENTO DEL TOC CON FLUOXETINA

En este trabajo, Baysal y Ünal⁽⁹⁾ examinan la seguridad y eficacia de la fluoxetina, ISRS bicíclico, en niños y adolescentes con TOC. Estos autores, que amablemente nos facilitaron el texto íntegro de su trabajo, pertenecen al Departamento de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia de la Universidad Hacettepe de Ankara.

Su trabajo corresponde a un estudio abierto con dosis fija (20 mg/d), durante un periodo de 20 semanas en niños y adolescentes cumpliendo criterios DSM IV de TOC y valorados por dos paidopsiquiatras diferentes.

La muestra estaba formada por 25 niños y adolescentes, entre 8 y 16 años (edad media: 11,83 años y desviación estándar = 2,37 a). Eran 13 chicas (52%) y 12 chicos (48%). Once casos (40%) tenían también el diagnóstico de Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) y dos tenían depresión. Tres casos (12%) tenían antecedentes parentales de TOC. Ninguno tenía antecedentes de tratamientos psicofarmacológicos previos a la fluoxetina y en 11 casos (44%) se administró concomitantemente pimozide.

Los pacientes mostraron un significativo descenso en la severidad de la sintomatología con unos índices de respuesta por encima del 85,5%. Sin embargo, uno de los 11 pacientes que presentaban TOC con SGT, presentó una exacerbación de la severidad de los tics por lo que se suspendió la fluoxetina a las 4 semanas mejorando sus síntomas ticosos.

La fluoxetina fue en general bien tolerada. En 3 pacientes (12%), se presentó dispepsia y náuseas y uno (4%) presentó una erupción cutánea. Los efectos secundarios fueron relativamente leves y no lo bastante severos como para suspender el tratamiento. No presentando cambios en el ECG, ni anomalías en los análisis de laboratorio, presión sanguínea o cambios de peso durante el estudio.

TRATAMIENTO DEL TOC CON FLUVOXAMINA

Riddle et al presentan los resultados de un estudio multicéntrico en USA (17 centros investigadores), a ciego sim-

ple con la fluvoxamina, ISRS monocíclico, en pacientes entre 8 y 17 años afectados de TOC, con un tiempo mínimo de presentación de 6 meses, cumpliendo criterios DSM III-R.

De los 120 sujetos reunidos y repartidos aleatoriamente, completaron las 10 semanas del estudio 74 pacientes (38 con fluvoxamina y 36 con placebo). La mayoría de los 44 sujetos que finalizaron precozmente (22 con placebo y 9 con fluvoxamina) lo hicieron por falta de mejoría en la 6ª semana. Sólo 4 pacientes (3 con fluvoxamina y 1 con placebo) abandonaron el tratamiento por los efectos secundarios, ninguno de los que fue considerado grave.

Los pacientes mostraron una significativa diferencia con la fluvoxamina frente al placebo, en la 6ª y 10ª semana, con tendencia a significarse la 8ª semana.

Los efectos secundarios más comunes fueron: insomnio, agitación, hiperquinesia, somnolencia y dispepsia. No existieron casos clínicos significativos en la analítica o en los parámetros del ECG durante el corto plazo del tratamiento con fluvoxamina.

TRATAMIENTO DEL TOC CON SERTRALINA

Presentado como póster, Wolkow et al, expusieron su estudio diseñado para valorar la seguridad, eficacia y farmacocinética de la sertralina en niños y adolescentes con depresión o TOC⁽¹¹⁾.

La muestra estaba formada por 61 niños y adolescentes entre 6 y 17 años (edad media: 12,8) afectados de TOC (n=16), depresión mayor (n=44) o ambos (n=1), cumpliendo criterios DSMIII-R. Siendo 28 chicos y 33 las chicas.

Todos los pacientes recibieron una dosis inicial de 50 mg de sertralina para, 7 días más tarde, empezar un periodo de tratamiento de 5 semanas con incremento cada 3-4 días de 25 mg o semanalmente incrementos de 50 mg hasta 200 mg.

Los parámetros farmacocinéticos observados en los niños y en los adolescentes fueron similares a los previamente presentados en los adultos.

Los pacientes, tanto con TOC como con depresión, mejoraron significativamente respondiendo a las 5 semanas de tratamiento. Presentando una mejoría similar en niños (6-12 años) y en adolescentes (13-17 años).

La dosificación inicial de 50 mg fue tolerada por todos los pacientes y la dosificación forzada de 200 mg fue tolerada por el 95% de los pacientes. Los efectos secundarios más comunes fueron gastrointestinales: náuseas, dispepsia y anorexia, presentando también cefalea, insomnio, y somnolencia. No presentando diferencias en función del sistema de dosificación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Willemsen-Swinkels SHN, Buitelaar JK, Weijnen FG, van Engeland H. Placebo-controlled acute dosage naltrexone study in young autistic children. *Psychiatr Res* 1995;58:203-215.
- 2 Willemsen-Swinkels SHN, Buitelaar JK, van Engeland H. The effect of chronic naltrexone treatment on hyperactive behaviour in children with autism. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996;6(Supl 4):166.
- 3 Winsberg BG, Klee S, Pollack J. Effectiveness of pemoline among hyperkinetic children who fail to respond to methylphenidate. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996;6(Supl 4):166.
- 4 Amor M, Rodríguez Ramos P. Comorbilidad del trastorno obsesivo en niños y adolescentes. Análisis de estudios en población general y clínica. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1996;3:212-218.
- 5 Rodríguez-Ramos P. Asociación clomipramina-fluoxetina en adolescentes obsesivos refractarios a la monoterapia: nivel plasmático y efectos clínicos. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1995;3:179-185.
- 6 Flament MF, Whitaker A, Papoport JL, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:764-771.
- 7 Mundo E, Smeraldi E, Belloni L. Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with clomipramine. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996;6(Supl 4):139.
- 8 Ramussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1984;45:450-457.
- 9 Baysal ZB, Ünal F. Fluoxetine treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorders: A open-label trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996;6(Supl 4):142-143.
- 10 Riddle MA, Claghorn J, Caffney G, et al. Fluvoxamine for children and adolescents with Obsessive Compulsive Disorder: A controlled multicenter trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996;6(Supl 4):144-145.
- 11 Wolkow R, Johnston AJ, et al. Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder or depression. Póster del 9º Congreso del European College of Neuropsychopharmacology. Amsterdam, 21-25 de septiembre de 1996.

**CARENCIA AFECTIVA, HIPERCINESIA,
DEPRESIÓN Y ALTERACIONES EN LA INFANCIA Y
EN LA ADOLESCENCIA**

N. Bassas, J. Tomàs (coordinadores)

"Pediatria: 6, Cuadernos de Paidopsiquiatría-I"
Barcelona: Editorial Laertes, 1996:281 págs.
(incluye índice de la obra)

El original título de la obra responde a su contenido: una serie de trabajos a cargo de "profesionales de reconocido prestigio y con experiencia práctica sobrada..." que buscan ser "textos de reflexión sobre aquello que aqueja a los niños y adolescentes que diariamente atendemos" señala la introducción que adivinamos del Dr. Josep Tomàs.

Josep Tomàs es el impulsor, coordinador y coautor de la obra, y Jefe de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebrón cuyo equipo, a través de la "Unidad d'estudi del Comportament de la Unitat de Paidopsiquiatría" se propone crear un punto de encuentro que facilite la actualización de nuestros conocimientos. Así, con esta obra se inicia una colección denominada "Cuadernos de Paidopsiquiatría" que busca a través de la exposición común de distintos enfoques aumentar la progresión en la formación continuada, pudiendo constituirse en un buen complemento a la literatura disponible en lengua castellana.

Los temas y capítulos tratados son: La valoración de la familia en crisis; Divorcio; Carencia Afectiva; Hipercinesia; Hiperactividad y familia; Trastornos psicósomáticos: en la primera infancia; en la infancia y la adolescencia; Atención terapéutica en grupos: Padres y niños paralelamente; niños; Trastornos neuróticos; Estrategias terapéuticas; Líneas guía de diagnóstico; Adolescencia: Psicología; diagnóstico diferencial; incidencia de patología mental; Bases biológicas del TOC; Depresión: clínica y epidemiología en la adolescencia, en la infancia y la adolescencia; y entrevista clínica.

En fin, nos congratulamos con esta obra que confirma la actividad y pujanza de la Paidopsiquiatría española, felicitando a sus autores (muchos miembros de nuestra Asociación) y deseando, con este feliz nacimiento, que sea el inicio de una muy numerosa familia.

R. Vacas

**EL NIÑO Y LA ESCUELA INFANTIL.
ACTUALIZACIONES Y CONTROVERSIAS**

J. Sasot Llevadot, F. A. Moraga Llop (eds.)

Barcelona: Prin-Center, 1ª ed., 1997:177 págs.
(incluye índice de la obra)

En esta obra, un paidopsiquiatra: Jordi Sasot y un pediatra: Fernando Moraga (editores y coautores de la obra) recogen los trabajos presentados en el Symposium Interdisciplinario de Pediatría Psicosocial celebrado en Barcelona los recientes días 28 de febrero y 1 de marzo, que contó con la participación destacada de Frances Page Glascoe, de la Universidad de Vanderbilt (Nashville, Tennessee, USA).

El temario: Saber escuchar a los padres; El Síndrome de la muerte súbita del lactante, Niños que no aprenden, Estimulación en la infancia, Supervisión de la salud física del niño, Supervisión de la salud mental del niño y el Abordaje terapéutico no farmacológico de la problemática psicopatológica de 0 a 6 años orientan sobre los actuales temas de interés Psicosociopediátrico y el contenido de la obra.

Los autores, 19 autores (pediatras, psiquiatras, paidopsiquiatras, neurofisiólogos y psicólogos), todos ellos de amplia experiencia y reconocido prestigio profesional consiguen un texto que destaca por su claridad y orientación práctica.

X. Gastaminza

MANUAL DE TERAPIA INFANTIL GESTÁLTICA

L. Z. Cornejo Parolini

Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 1996:182 págs.
(incluye índice de la obra)

Loretta Zaira Cornejo presenta en esta obra la aplicación de la Teoría de la Psicoterapia infantil, exponiendo su forma de trabajo.

La obra tiene un estilo concreto, claro, fresco, en ocasiones ingenuo y siempre muy didáctico, todo lo que facilita una agradable lectura.

Su contenido podría parecer simplista a fuer de sencillo, revelando una experiencia con niños y sentido común.

Para profesionales en formación puede ser una guía de práctica inicial y para el paidopsiquiatra puede ser fuente de algunas ideas prácticas para la psicoterapia de niños.

R. Vacas

HISTORIA ELEMENTAL DE LAS DROGAS

A. Escobotado

Barcelona: Editorial Anagrama, 1996:244 págs.
(incluye índice de la obra e índice temático)

62 HISTORIA GENERAL DE LAS DROGAS (3 TOMOS) I, II, III

A. Escobotado

I: "El libro de bolsillo: 1384", 397 págs.

II: "El libro de bolsillo: 1393", 424 págs.

III: "El libro de bolsillo: 1404", 440 págs.

Madrid: Alianza Editorial, 1ª ed. 1989

(incluye índices: de la obra, temático, de nombres y referencias bibliográficas).

El consumo, abuso y dependencias de tóxicos es un tema, desgraciadamente, cada día más presente en el ejercicio de la paidopsiquiatría. Tema que aunque de relativamente reciente irrupción en la práctica clínica presenta una larga historia que enlaza con la historia general de la humanidad. Éste fue el tema de una larga investigación de Escobotado publicada por primera vez en 1989, en tres tomos y con cinco reimpresiones hasta la fecha que con motivo de su último libro retomamos.

Antonio Escobotado presenta con su último libro: la Historia elemental de las drogas un "resumen drástico..." de investigación, donde simplemente ordena hechos básicos para presentar una crónica esquemática dedicada al lector que "...quiera informarse por encima, a grandes rasgos tan sólo...". Sin duda una obra interesante, mucho más accesible al lector general, si bien nos permitimos recomendar la obra madre: "Historia General de las drogas".

R Vacas

ESQUIZOFRENIA. CUADROS AFINES Y CUADROS DELIRANTES

D. Barcia (ed.)

Madrid: Editorial Libro del Año, 1997:550 págs.

(incluye índice de la obra, referencias bibliográficas y datos biográficos de los autores).

La naturaleza no es blanca o negra, es de colores y con múltiples tonos y tonalidades, lo sabemos y nuestra práctica clínica nos lo recuerda diariamente. Ahora bien, el conocimiento fácilmente olvida, escotomiza, reduce, se convierte en simplista, partidista, parcial o sigue los dictados del tiempo ("moda") frente a la solidez de la sabiduría. La sabiduría o conocimiento profundo de una materia o ciencia, solo lo da el estudio y la experiencia o sea el tiempo (que al final es el filtro o cedazo que separa el grano de la paja).

Este aspecto está abordado magistralmente por el Prof. Barcia en la introducción de la obra y su análisis referido

a la Psiquiatría actual y a la peculiaridad española que, a expensas del predominio actual de la literatura norteamericana, ha supuesto el olvido de la psiquiatría europea de antes de 1970 con "...la ignorancia de la Psiquiatría fenomenológica... y... una clínica sin apenas Psicopatología.

Todo ello ha impulsado al Prof. Barcia a publicar esta obra que recoge una selección de autores españoles representativos ("...o de poderosa influencia...") en el período de 1940 a 1970 (Sanchís Banús, Mira y López, Rodríguez Lafora, López Ibor, Sarro...) con el deseo de dar a conocer, sobre todo, a los psiquiatras jóvenes una muestra de la excelente producción científica de la época de valor no solo histórico sino actual y efectivo. La selección de textos esta realizada en torno al tema de la Esquizofrenia y cuadros relacionados.

Un texto recomendable para ayudar a pasar del conocimiento al conocimiento profundo o sabiduría.

R Vacas

LAS ESQUIZOFRENIAS

A. Chinchilla Moreno (ed.)

Barcelona: Masson, 1996:411 págs.

(incluye bibliografía, índice de capítulos e índice alfabético de materias)

Este es un libro de revisión y actualización sobre la esquizofrenia hecho por Chinchilla y colaboradores, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Un libro muy documentado que, orientado básicamente hacia el clínico, ha sabido plasmar la experiencia profesional de sus autores sobre la puesta al día que realizan. Así, manteniendo el rigor, han conseguido un texto ágil y claro que, conforme desea y señala Chinchilla en su prefacio, rebosa espontaneidad.

R. Vacas

GUÍA DE ESTUDIO DEL TRATADO DE PSIQUIATRÍA DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS. SEGUNDA EDICIÓN

J. Berman, R. E. Hales, S. C. Yudofsky

Barcelona: Ancora, 1997:245 págs.

(incluye índice de la obra, versión española de Montserrat Gomá Freixanet y Nuria Bará Cartil)

Esta obra ha sido desarrollada para facilitar un sistema de evaluación de conocimientos en psiquiatría clínica así

como de la asimilación del material presentado en el Tratado de Psiquiatría de la American Psychiatric Press, segunda edición (que ya fue objeto de un comentario de publicación en esta sección, ver nº: 3/96).

De esta forma presentan una serie de preguntas, tipo elección múltiple, agrupadas por temas tras las que dan las respuestas correctas, explicadas, con la referencia correspondiente a la página del Tratado donde se expone el tema.

R. Vacas

CHILD AND ADOLESCENT CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY

W. H. Green

Baltimore (USA): Williams & Wilkins, 1995:298 págs.
(incluye índice de la obra, índice temático y referencias bibliográficas)

Green, profesor asociado de Psiquiatría clínica señala, en su prefacio, que muchas cosas han pasado en la psicofarmacología desde la primera edición de esta obra en

1991. Destacando tres áreas de cambio: a) los nuevos datos sobre fármacos ya en uso, b) la introducción de nuevos fármacos (como los IRSS o los antipsicóticos atípicos) y c) el aumento de la utilización del tratamiento múltiple o polifarmacológico. Cambios que siendo motivo de optimismo suponen un aumento de la necesidad de precaución.

El libro revisa los temas y los fármacos más representativos utilizados en la psicofarmacología de niños y adolescentes desde una perspectiva práctica y orientada a la clínica, buscando proporcionar una información fidedigna del uso seguro y efectivo de las medicaciones psicoactivas en los niños y adolescentes.

Esta obra, que sigue la nomenclatura DSM IV, está dividida en dos secciones: una general (de introducción y principios generales) y otra específica (de tratamientos farmacológicos específicos).

Concreta, concisa, clara (con cuadros y tablas) y avalada por una extensa bibliografía que conforma un magnífico libro que evidencia la obra de un experimentado psicofarmacólogo clínico.

X. Gastaminza

IV JORNADA DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha: 25 de abril de 1997 (viernes).

Hora: De 9,30 de la mañana a 7,30 de la tarde.

Lugar: Salón de actos del Hospital de La Princesa. Diego de León, 62; Madrid (no confirmado).

Organiza:

Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Colabora: Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Comité Organizador:

Dr. José Luis Alcázar
Dr. Jerónimo Saiz
Dr. Javier San Sebastián
Dra. Petra Sánchez

Programa

- 9.30-11.30 h *Primera mesa redonda* (modera Dr. J. L. de Dios)
Trastorno hiperquinético
— Dr. J. E. de la Fuente (Barcelona)
— Dr. P. Benjumea (Sevilla)
— Dr. M. A. Catalá (Valencia)
- 12-14 h *Segunda mesa redonda* (modera Dr. P. Rodríguez-Ramos)
Trastornos del control de los impulsos
— Dr. J. L. Carrasco (Salamanca)
— Dr. J. Saiz (Madrid)
— Dr. J. San Sebastián (Madrid)
- 14-16.30 h Comida de trabajo
- 16.30-19.30 h *Tercera mesa redonda* (modera Dr. J. Mendiuchía)
Nuevas formas de trastornos del comportamiento en la adolescencia
— Dr. J. C. Pérez de los Cobos (Barcelona)
— Dr. G. Morandé (Madrid)
— Prof. César Manzano (Universidad País Vasco)
— Inspectora Jefa del GRUME (Madrid)

La inscripción es gratuita.

Información e inscripciones:

Dr. J. San Sebastián Cabasés
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Ramón y Cajal
Carretera de Colmenar, Km. 9,100
28034 Madrid
Tels. (91) 336 90 50 y 336 90 53.

Imprescindible la inscripción previa para obtener el certificado de asistencia.

35ª REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Fecha: del 29 al 31 de mayo de 1997

Lugar: Puerto de la Cruz, Tenerife.

Programa provisional

29 de mayo

- 20.00 h Ceremonia de apertura.
21.30 h Cóctel de bienvenida.

30 de mayo

- 9.00 h Entrega de documentación y credenciales.
9.30 h Ponencia: "La familia como factor de riesgo y como marco terapéutico".
11.30 h Coffee break.
11.30 h Continuación de la Ponencia.
13.30 h Resumen y Discusión.
14.00 h Almuerzo de trabajo.
17.00-19.30 h Comunicaciones libres y Sesión de pósters.
17.00-18.00 h Taller de Trabajo.
18.00-19.00 h Taller de Trabajo.
19.30 h Reunión Administrativa de la AEPIJ.
21.00 h Cena

31 de mayo

- 9.30 h Mesa redonda: "Neuroimagen y Psiquiatría infanto-juvenil".
11.00 h Coffee break.
11.30 h Continuación de la Mesa redonda.
12.30 h Resumen y Discusión.
14.00 h Almuerzo de trabajo.
13.00-14.00 h Conferencia de clausura.
21.30 h Cóctel de despedida.
22.00 h Cena de clausura.

Secretaría Técnica: FORUM Congresos. Teobaldo Power, 25º; 38003 Santa Cruz de Tenerife. Tel. (922) 24 04 38/24 04 91/29 05 70. Fax. (922) 24 07 29.

VI CONGRESO EUROPEO SOBRE MALTRATO Y ABANDONO INFANTIL

Barcelona, del 19 al 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, del 24 al 25 de octubre de 1997

Organización: Hospital General Universitario "Gregorio Marañón".

Tema: Estados depresivos en la adolescencia.

Secretaría: Tel. (91) 586 87 43/586 88 47.

17th WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

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

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

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

9º CONGRESO DEL COLEGIO EUROPEO DE NEUROPSICOFARMACOLOGÍA (9th CONGRESS ECNP)

Amsterdam, septiembre 1996

Entre los días 21 y 25 de septiembre de 1996 se ha desarrollado en Amsterdam el 9º Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología (ECNP).

Tres conferencias plenarias, veintisiete simposiums con ciento ocho intervenciones, y seis sesiones de pósters con más de 288 pósters, se acompañaron de varios simposiums satélites.

Aunque se trata de congresos muy focalizados hacia la psicofarmacología, y mantenidos por el mecenazgo de la industria psicofarmacológica, también trata sobre neurociencias biológicas como genética del sistema nervioso y

de los psicofármacos, neuroimagen, desarrollo del sistema nervioso o psicopatología animal.

En relación con la psiquiatría del niño y el adolescente, pueden resaltarse:

A. Simposiums:

— Functional imaging: promises and pitfalls.

— Treatment of obsessive compulsive disorder:

- Natural course of OCD.

- The place of cognitive therapy in the treatment of OCD.

- PANDAS: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Strep, Is this a new species of childhood-onset obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome?

— Genes and targets in psychopharmacology.

— Relevance of animal stress models for psychiatry.

— Treatment of social phobia:

- Social phobia: Treatment usage in general health care.

- Cognitive and behavioural therapies for social phobia.

— Early environmental effects on neural and behavioral development and psychopathology:

- The development of brain and behavior.

- Neonatal pain and stress: neural adaptation and long-term consequences.

— Practical applications of molecular genetics:

- Finding susceptibility genes for schizophrenia.

- New molecular genetic studies in affective disorders.

- Anticipation and dynamic mutations in psychiatry.

- Genetic bases of temperamental traits.

— Refractory obsessive compulsive disorder:

- Genetics of the Gilles de la Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder.

- Neuroimaging in children with Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder.

B. Pósters.

— The effect of chronic naltrexone treatment on hyperactive behaviour in children with autism.

— Effectiveness of pemoline among hyperkinetic children who fail to respond to methylphenidate.

— Fluvoxamine for children and adolescents with Obsessive Compulsive Disorder:

- A controlled multicenter trial.

— Fluoxetine treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorders: a open-label trial.

El número monográfico de la revista European Neuropsychopharmacology (Vol. 6, Suppl. 4, 1996), editado por

- 66 Elsevier Science, recoge los resúmenes de todas las aportaciones al congreso.

El próximo congreso del ECNP se celebrará en Viena, en Septiembre de 1997.

P. Rodríguez Ramos

3ª CONFERENCIA TRIENAL DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA PARA LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Munich, septiembre 1996

Entre los días 11 y 14 de septiembre de 1996 se celebró en Munich la 3ª Conferencia de la European Association for the History of Psychiatry (EAHP).

Bajo el título genérico de «Conocimiento y Poder: perspectivas en la Historia de la Psiquiatría» se celebraron dos Sesiones Plenarias, en la inauguración y la clausura, y 30 Secciones monográficas sobre aspectos específicos.

El método de trabajo de las Secciones monográficas consistía en la exposición y discusión de un máximo de cuatro aportaciones al tema, con una duración total de 90 minutos.

En referencia a la psiquiatría de la infancia y la adolescencia destacan:

- A. Una Sección Monográfica, «Childhood and Youth», con las siguientes aportaciones:
- The Nineteenth-century discovery of mental disorders in childhood.
 - Anorexia nervosa and its analogues: A retrospect on British fatalities.

- Child abuse and neglect in History of Medicine.
- The history of Anorexia Nervosa at the Mayo Clinic.

B. Aportaciones a distintas secciones:

- Old patterns of parricide and the relevance for actual cases.
- The origin of Madness in Prince Don Carlos.
- Freud and the Diagnosis of Gilles-de-la-Tourette's Disease.
- Temperament perspectives during the Modern Age.

Otras dos aportaciones eran referentes a la psiquiatría española:

- The Institutions which gave birth to Spanish Psychiatry.
- Publications on the History of Spanish Psychiatry: A bibliometrical analysis.

No se publican resúmenes de los trabajos, por lo que no es posible ofrecerlos aquí.

La próxima Conferencia de la EAHP tendrá lugar en Suiza en 1999.

Las personas interesadas en el tema o en contactar con los autores de las aportaciones mencionadas pueden solicitar información complementaria a P. Rodríguez-Ramos (Servicios de Salud Mental, Maudes 32, 28003 Madrid).

La revista trimestral *History of Psychiatry*, que editan G. E. Berrios y R. Porter (Alpha Academic, Halfpenny Furze, Mill lane, Chalfort St Giles, Bucks HP8 4NR England), publica algunos de los trabajos presentados en esta Reunión, además de artículos originales dedicados al tema y traducciones al inglés de obras clásicas en la historia de la psiquiatría.

P. Rodríguez-Ramos



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.
P^a de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17