

Año 1995

Nº 3

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



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
C/ Riera Sant Miquel, 71 pral. 1ª
08006 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Editorial Garsi, S.A.

Av./ Príncipe de Asturias, 20
08012 Barcelona
Tel. (93) 415 45 44
Fax. (93) 416 12 20

Juan Bravo, 46
28006 Madrid
Tel. (91) 402 12 12
Fax. (91) 402 09 54

Copyright 1995

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto
Juvenil
y Editorial Garsi, S.A.

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

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. Rubín Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

Vice-presidente: *M.J. Mardomingo Sanz*

Secretario: *R. Vacas Moreira*

Tesorero: *L. Sordo Sordo*

Vocal: *J. Espín Montañez*

Asesor de Junta: *J. L. Alcázar Fernández*

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

Asociación fundada en 1950

Revista fundada en 1983

Revista Indexada en el Índice Médico Español.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	Los abusos sexuales en la infancia <i>J.M. Velilla Picazo, P. Ruiz Lázaro</i>	141
Artículos originales	Aproximación clínica a las psicosis en la adolescencia <i>M.D. Domínguez, P. López, J.A. Mazaira</i>	144
	Comportamiento suicida en el entorno socio-familiar de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio <i>A. Fernández Rivas, M.A. González Torres, A. Lasa Zulueta</i>	153
	Estudio de una muestra de trastornos afectivos en jóvenes adultos con retraso mental <i>A. Agüero Juan, J. Marín, C. Agüero</i>	158
	Antecedentes familiares de enuresis en niños enuréticos <i>F. Rey Sánchez, F.J. Samino Aguado, M.J. Lorenzo Bragado, A. Pendas Campos, J.R. Gutiérrez Casares</i>	164
	Spect cerebral en el síndrome de Gilles de la Tourette: resultados preliminares <i>J.L. Lampreave, M.J. Mardomingo, V. Molina, J.C. Alonso, P. Domínguez, I. Almoguera</i>	169
	Diseño de un inventario para la detección de los malos tratos psíquicos en la infancia: el I.D.M.I. <i>A. de los Santos Sánchez-Barbudo, P. Massé, J. Rodríguez Sacristán</i>	173
	Asociación clomipramina-fluoxetina en adolescentes obsesivos refractarios a la monoterapia: nivel plasmático y efectos clínicos <i>P. Rodríguez Ramos</i>	179
Artículos de revisión	Diferencias en los trastornos de atención con y sin hiperactividad <i>C. García-Sánchez, A. Estévez-González, C. Junqué</i>	186
	Tres cuartos de siglo de Psiquiatría Infantil Madrileña <i>F.J. Mendiguchía Quijada</i>	191
Carta al director		201
Caso clínico		202
Reseñas terapéuticas		204
Comentario de publicaciones		206
Agenda		207

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

S U M M A R Y

Brief commentary	Child sexual abuse <i>J.M. Vellilla Picazo, P. Ruiz Lázaro</i>	141
Original articles	Clinical approach to adolescence psychosis <i>M.D. Domínguez, P. López, J.A. Mazaira</i>	144
	Suicidal behaviour in socio-familiar network of adolescent and young adult suicide attempters <i>A. Fernández Rivas, M.A. González Torres, A. Lasa Zuheta</i>	153
	Study of affective disorders in a sample of young adults with mental retardation <i>A. Agüero Juan, J. Marín, C. Agüero</i>	158
	Family history of enuresis in enuretic children <i>F. Rey Sánchez, F.J. Samino Aguado, M.J. Lorenzo Bragado, A. Pendas Campos, J.R. Gutiérrez Casares</i>	164
	Brain spect in Tourette's syndrome: preliminary results <i>J.L. Lampreave, M.J. Mardomingo, V. Molina, J.C. Alonso, P. Domínguez, I. Almoguera</i>	169
	Design of an inventory for the detection of infant emotional mistreatment <i>A. de los Santos Sánchez-Barbudo, P. Massé, J. Rodríguez Sacristán</i>	173
	Clomipramine-fluoxetine association in obsessive adolescents showing no response to monotherapy: plasma levels and clinical effects <i>P. Rodríguez Ramos</i>	179
Review articles	Differences between attention deficit disorder with and without hyperactivity <i>C. García-Sánchez, A. Estévez-González, C. Junqué</i>	186
	Seventy-five years of child Psychiatry in Madrid <i>F.J. Mendiguchía Quijada</i>	191
Letter to the editor		201
Clinical case		202
Therapeutical summary		204
Publications commentary		206
Calender		207

Dirección de envío _____

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Suscríbame a:

- REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL**
(4 números al año)
España: 5.900 Ptas.
Internacional: 65\$
Ejemplar suelto: 1.700 Ptas.

Impuestos y gastos de envío incluidos

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		Nº cuenta (10 dígitos)									

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **Editorial Garsi, S. A.**

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:

Editorial Garsi, S. A.

Av./ Príncipe de Asturias, 20

Tel. (93) 415 45 44

Fax. (93) 416 12 20

_____ de _____ de 199__

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Riera Sant Miquel, 71 ppral. 1ª
08006 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 deberían 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.

J. M. Velilla Picazo
P. Ruiz Lázaro

Los abusos sexuales en la infancia

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Clínico Universitario
Zaragoza.

Correspondencia

J. M. Velilla Picazo
Hospital Clínico Universitario
Avda. Gómez Laguna s/n
Zaragoza

Child sexual abuse

Uno de los acontecimientos vitales más traumáticos, por sus consecuencias inmediata y sus repercusiones negativas en el desarrollo de la personalidad, es el maltrato durante los años de la infancia, destacando dentro de éste, el *abuso sexual*, por su especial impacto y las graves consecuencias que producen.

Siempre ha existido el abuso sexual en la infancia, si bien es cierto que en la actualidad, los medios de comunicación se encargan de difundir muchos de estos casos, con la consiguiente alarma social, que no siempre se traduce en una mayor concienciación y mejor prevención de este problema.

El daño producido no va a depender solamente de las *características de la agresión sexual*, (una amplia gama que abarca desde las insinuaciones y conversaciones intencionadas con fines seductores, hasta los actos sexuales más explícitos y violentos), sino que hay que considerar igualmente otros *factores* como el momento evolutivo por el que atraviesa el niño, el desfase de edad del niño con respecto al agresor, la actitud de sometimiento y de coerción que esto conlleva, muchas veces el contexto de deterioro y carencia afectiva en el que la agresión se produce, y en no pocas de ellas, la reiteración del mismo a lo largo del tiempo.

A todo ello hay que añadir un factor especialmente perturbador, que es el hecho revelado por la mayoría de

los estudios, de que el abuso sexual suele producirse en un número importante de casos dentro del contexto familiar o de personas conocidas por el niño, con los consiguientes sentimientos de ambivalencia, situación de dependencia, distorsión de procesos identificadores y un silencio defensivo o impuesto de forma amenazadora (cuando no la mentira justificadora que hacen especialmente difícil la detección y resolución del problema). Asimismo señala Browne⁽¹⁾ la mayor repercusión del abuso sobre el desarrollo de la personalidad y la conducta del niño, cuando existe una pobre relación con sus padres y también testigo de malos tratos conyugales y es maltratado emocionalmente o recibe castigos físicos severos en la familia.

Si nos atenemos pues a la naturaleza, las circunstancias y el contexto de la agresión, surge la especial dificultad que supone para el profesional detectar estos casos, provocar la revelación por parte del niño, comprobar la veracidad y las circunstancias y por lo tanto poder actuar con una doble finalidad terapéutica y preventiva.

En cuanto a la *frecuencia*, hay que decir que las cifras aportadas por diferentes estudios, van a estar lógicamente condicionadas por los múltiples problemas metodológicos que estos estudios plantean. No obstante, conforme van siendo revelados los trabajos más recientes

142 resultan altamente preocupantes. Davenport ⁽²⁾ aporta entre otros, los siguientes:

- En EE.UU. uno de cada dos sujetos drogodependientes recuerdan haber sido objeto de abusos sexuales en su infancia.
- El 90% de las personas que acuden a una consulta de disfunciones sexuales, manifiestan ese mismo antecedente.
- Al menos 8 de cada 10 pacientes psiquiátricos, diagnosticados de "trastornos de la personalidad", han sido objeto de abuso sexual en su niñez.
- Resultados similares se han encontrado en estudios realizados en Nueva Zelanda e Inglaterra, en muestras de población general y en pacientes psiquiátricos; por ejemplo, en algunas de estas investigaciones, más de la mitad de pacientes tratados por "trastornos de la conducta alimentaria", afirmaron haber sufrido experiencias sexuales adversas en su infancia.
- En un estudio llevado a cabo en la ciudad de Cincinnati, en población general que acude al "teléfono de la esperanza", un 27% de mujeres y un 16% de hombres, refieren antecedentes de este tipo de abuso⁽¹⁾.

En España hay que referirse obligatoriamente al reciente trabajo publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales *"Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores"*⁽³⁾, ya que es el primero que de una manera oficial trata de este tema monográficamente. Pues bien, los resultados no se diferencian a grandes rasgos, de los publicados en otros países:

- Nada menos que un 20% de las niñas y niños españoles, menores de 17 años, sufre algún abuso sexual. Además un 44,2% de ellos, padecen estas conductas en más de una ocasión.
- En un 43,5% de casos, el agresor es alguien conocido del menor y en las niñas es más habitual sufrir abusos de algún familiar.
- Incluso se llegan a perfilar algunos rasgos de la posible víctima (a pesar de que no hay que olvidar que cualquier niño o niña está dispuesto a sufrir en algún momento este tipo de conductas): con ciertas posibilidades se tratará de una niña de entre 10 y 13 años (la edad escolar ya ha sido señalada en otros trabajos como la de mayor riesgo)⁽⁴⁾. El agresor suele ser un varón (87%), de entre 31 a 50 años (45%) y más que a la violencia física, va a recurrir a la amenaza, el engaño y la sorpresa. A esto hay que añadir que el abuso suele ser más grave cuando lo produce al-

guien de la familia, por sus consecuencias para el menor.

También hay datos que apoyan que serán mayores los traumas y los problemas de salud mental, en los casos de contacto sexual más violento. Asimismo, la evidencia sugiere que las víctimas más jóvenes pueden resultar más severamente afectadas.

Según Davenport ⁽²⁾, la experiencia del abuso en cada víctima será diferente y su respuesta al mismo estará determinada por sus propios recursos personales y su perspectiva vital, por lo que se puede observar un amplio espectro de *Efectos a corto y largo plazo*. El abuso sexual en sus diferentes formas va a contribuir o a precipitar el inicio de un amplio rango de trastornos, que son consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática mantenida:

- Según la C.I.E.- 10 de la OMS⁽⁴⁾, las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación, se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes, pudiendo observar en muchos de estos casos una serie de reacciones conductuales u otros síntomas patológicos que hacen pensar en "reacción a estrés agudo", "trastorno de estrés post-traumático", o "trastornos de adaptación" (F43-0, F43-1 y F43-2, respectivamente).
- Sintomatología ansiosa a veces con marcado cortejo vegetativo.
- Estrechamiento de la atención con incapacidad para asimilar estímulos con la consiguiente repercusión negativa en los procesos de aprendizaje.
- Alteraciones conductuales que oscilan desde la inhibición, la apatía y la evitación, a la irritabilidad e hiperactividad.
- Trastornos de la esfera vegetativa destacando las alteraciones del sueño.
- Sentimientos negativos de sí mismo, de rechazo, de culpa y de búsqueda de la soledad, que le conducen a una baja autoestima y a la búsqueda del castigo.
- Somatizaciones diversas.
- Trastorno de la esfera afectiva de tinte depresivo, cuando no el inicio de un síndrome depresivo.
- Conductas autolíticas y otras de contenido autoagresivo, como la precipitación hacia el consumo de drogas. Hay que recordar la alta frecuencia de toxicómanos con antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Tenemos que mencionar de forma especial, las consecuencias negativas sobre la posterior evolución de la

sexualidad, ya que se ha podido comprobar que el 25% de estos niños y el 9% de las niñas, comienzan a mostrar un interés prematuro y ambivalente hacia la sexualidad, siendo en ellos el posterior rechazo al otro sexo, tres veces superior a lo normal y tendrán un 60% más de posibilidades de sufrir insatisfacción o problemas sexuales⁽³⁾.

Antes hemos hecho referencia a las dificultades con que los profesionales nos encontramos a la hora de *detectar y valorar estos casos*, teniendo que recurrir a diversas estrategias para provocar la revelación, como son técnicas de juego, pruebas proyectivas, entrevistas diagnósticas psiquiátricas estructuradas, valoración de la familia, informes sobre aspectos conductuales etc.... No resulta menos complejo el *abordaje terapéutico*, ya que el tratamiento no es sólo al niño sino también a la familia, haciendo una doble distinción entre "familias cuyos niños fueron agredidos por un tercero exterior a ésta" y "familias productoras de abusos sexuales intrafamiliares". Se han mostrado eficaces en estos casos diferentes modalidades de terapia individual, terapia de pareja, terapia familiar, terapia de grupos y grupos de autoayuda. Pero indudablemente el mejor tratamiento de este problema es la puesta en marcha de medidas preventivas eficaces. Desgraciadamente se comprueba la falta de información a los padres sobre cómo mantener seguros a sus hijos, sobre todo cuando los dejan al cuidado de otras personas, la carencia de programas específicos dirigidos a profesionales que trabajan en las redes de atención sanitaria y especial-

mente a profesores y educadores. Diferentes autores coinciden en valorar la escuela como el lugar idóneo para que los niños aprendan a reconocer cuando pueden ser víctimas de un abuso sexual y saber cómo reaccionar frente a ello, cómo informar a la familia o a sus educadores y comprender que una experiencia de este tipo se supera con ayuda.

En el trabajo mencionado anteriormente, publicado en nuestro país por el Ministerio de Asuntos Sociales⁽³⁾, destacan entre otros algunos datos que por su trascendencia nos deberían hacer reflexionar muy seriamente:

- La población general piensa que la incidencia de los abusos sexuales en la infancia, es la mitad de frecuente de lo que las estadísticas revelan.
- Se tiene la falsa idea de que los agresores son "enfermos mentales", cuando la realidad demuestran que suelen ser personas aparentemente normales con una conducta adaptada.
- A la pregunta "¿Denunciaría o pediría ayuda si se enterara de que su hijo o hija ha sufrido abusos sexuales?", la mayoría de encuestados responde que "sí".

Sin embargo, la realidad nos ofrece una impactante respuesta: un 9% de las víctimas no son creídas por las personas a quienes cuentan lo sucedido, un 12% de estos niños son castigados o reñidos tras contarlos y por último, sólo un 12% de las personas a las que se lo comunican, lo denuncia. Las madres en particular son reacias a hacerlo cuando el agresor es otro miembro de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Browne KD. Child sexual abuse. En: Archer J, ed. *Male violence*. London: 1994:210-30.
- 2 Davenport C. Opinions on the traumatic effects of child abuse: Evidence for consensus. *Child abuse and neglect* 1994;18.
- 3 López Sánchez F. *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- 4 Sardinero E, Pedreira JL. Características del maltrato en la edad escolar. *Psiquis* 1995;1(16):41-50.
- 5 C.I.E. 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Forma, 1992.

M. D. Domínguez
P. López
J. A. Mazaira

Aproximación clínica a las psicosis en la adolescencia

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela.

Correspondencia:

M. D. Domínguez Santos
R. Raiola 1
15/02 Santiago de Compostela (A Coruña)

Clinical approach to adolescence psychosis

RESUMEN

Los autores se plantean el problema del diagnóstico de psicosis en la adolescencia a partir del estudio de 33 historias clínicas de sujetos de edades comprendidas entre los 12 y los 20 años de edad. Analizan la sintomatología que da lugar al diagnóstico inicial y la evolución del mismo a lo largo del tiempo. Consideran además los factores hereditarios, antecedentes personales y los precipitantes de los cuadros clínicos. Por último plantean la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la salud mental para un correcto planteamiento de la exploración, diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con trastornos mentales de características psicóticas.

PALABRAS CLAVES

Psicosis; Adolescencia; Esquizofrenia.

ABSTRACT

The authors make some considerations about diagnostic problems in adolescence psychosis throughout a clinical study focused on 33 12 to 20 year-old subjects. Symptoms at first diagnosis and clinical outcome are assessed. It's considered as inherited factors, individual backgrounds and precipitant variables of psychosis. They suggest the importance of mental health professional training to make a good diagnosis and treatment of adolescents with mental disorders with psychotic features.

KEY WORDS

Psychosis; Adolescence; Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos planteamos este trabajo asistíamos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Xeral de Galicia a un incremento de las consultas de adolescentes con sintomatología psicótica, sugerente por lo general de Trastornos de tipo Esquizofrénico.

Se nos planteaban numerosas dudas que giraban en torno a varios aspectos: el diagnóstico correcto, la perspectiva evolutiva y la intervención terapéutica, pero también tenían que ver con el temor a adjudicar una etiqueta diagnóstica que comporta connotaciones evolutivas y terapéuticas de gran trascendencia para las personas, máxime cuando se trata de sujetos tan jóvenes. La reiteración en la literatura respecto de la similitud de algunas manifestaciones sintomatológicas con procesos intrapsíquicos propios de la adolescencia que pueden llevar a error y que sintetizamos en el comentario de Steinberg⁽¹⁾ "las creaciones mórbidas de la Esquizofrenia pueden estar soterradas debajo de lo que puede ser un primer signo de la idiosincrasia adolescente", nos hacían preguntarnos sistemáticamente sobre la existencia de un proceso patológico o la exacerbación de unas características normales. El debate sobre los trastornos psicóticos en la adolescencia⁽¹⁻³⁾ es ya tradicional y ha constituido el acicate para el desarrollo de nuestro modesto estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado 33 historias clínicas de sujetos adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 20 años, todos ellos atendidos y diagnosticados en los tres últimos años.

En todos ellos ha habido en algún momento del contacto clínico la sospecha diagnóstica de trastorno psicótico. En la mayoría de las historias esta sospecha se produjo ya en el primer contacto y lo habitual es que el diagnóstico responda a ella, sólo en dos historias clínicas una de ellas con diagnóstico aplazado y la otra con el de V61.20: Problemas Paterno-Filiales (DSM-III-R), la sospecha de trastorno psicótico se planteó a lo largo de la evolución transcurrido más de un año.

Inicialmente hemos dividido la muestra por grupos de edad (12-15 y 16-20) y sexo, a fin de observar posibles diferencias en las manifestaciones clínicas, relacionadas con estas variables; luego a la vista de la

escasa representación de los sujetos de la franja de edad inferior los hemos considerado conjuntamente. La variable sexo se ha mantenido en el estudio del perfil clínico de los diagnósticos predominantes.

Las 33 historias clínicas proceden de:

- Una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil que atiende a menores hasta 18 años de edad (nueve historias).
- Hospitales psiquiátricos gallegos en los que han sido atendidos pacientes de todas las edades y en los que hemos seleccionado hasta los 20 años de edad (24 historias).

Hicimos un intento de revisar los casos existentes en las restantes Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil pero nuestras dificultades personales no lo permitieron.

El tratamiento que hemos hecho de las historias clínicas ha considerado diferentes cuestiones reflejadas en la bibliografía referentes a las características que hoy día se consideran determinantes en el diagnóstico de este tipo de trastornos: la sintomatología, los antecedentes familiares, los antecedentes personales, incluyendo la personalidad premórbida y los acontecimientos vitales o desencadenantes de los cuadros clínicos y que hemos sintetizado como sigue: (D-2).

1. Descripción de los diagnósticos realizados en el primer contacto clínico.
2. Descripción de la sintomatología que presentaban los sujetos en el primer contacto clínico y que determinó en gran medida el diagnóstico.
3. Descripción de la evolución de los diagnósticos, desde el inicial al definitivo.
4. Descripción de los antecedentes familiares, personales y acontecimientos vitales próximos a la aparición del cuadro.
5. Descripción del tratamiento administrado y de la evolución habida hasta finales del 93.

RESULTADOS

Diagnósticos iniciales

En la tabla 1, podemos observar los diagnósticos realizados en el primer contacto con los pacientes.

El mayor número de ellos corresponde a la esquizofrenia y afecta a los sujetos de edad superior y de sexo masculino. Nos llama la atención la frecuencia de este primer diagnóstico, que suele requerir una larga evalua-

Tabla 1 Diagnóstico inicial por sexo y edad

	Hembras		Varones		Total
	12-15	16-20	12-15	16-20	
	Esquizofrenia	0	4	0	
Brote psicótico	2	4	0	4	10
Trast. afectivos	0	2	1	1	4
P.M.D.	1	1	0	0	2
Aplazado	0	0	1	1	2
V.61.20	0	0	1	0	1
Total	3	11	3	16	33

ción y que en este caso se hace ya en el primer contacto.

En segundo lugar encontramos el diagnóstico de *Síndrome Psicótico* o *Brote Psicótico* que predomina también en sujetos de edad superior mientras que tiende a equilibrarse en lo que respecta a la variable sexo.

A continuación encontramos un grupo diagnóstico-sindrómicamente bajo el epígrafe de *Trastornos Afectivos* que tiene una menor representación y dos casos etiquetados de *Psicosis Maníaco Depresiva* que mantenemos separado porque una vez más nos sorprende un diagnóstico nosológico que requiere una concienzuda evaluación y que se hace en el primer contacto clínico.

Descripción de la sintomatología en el diagnóstico inicial

Esquizofrenia

Podemos observarla en la figura 1, en el que se ha distribuido por sexos. Hemos tenido en cuenta las sugerencias actuales⁽⁶⁾ para el diagnóstico de este trastorno a la hora de ordenar los datos y hemos considerado los síntomas positivos y negativos. Posteriormente hemos añadido el epígrafe "otros" para recoger un gran número de síntomas que aparecían en nuestras historias.

La sintomatología predominante han sido delirios y alucinaciones entre los síntomas positivos y retraimiento social entre los negativos, acompañados de un conjunto de síntomas inespecíficos que hemos recogido bajo el epígrafe "otros" y entre los que destacan los trastornos conductuales. En general nos ha llamado la atención la pobreza sintomatológica referida y nos ha

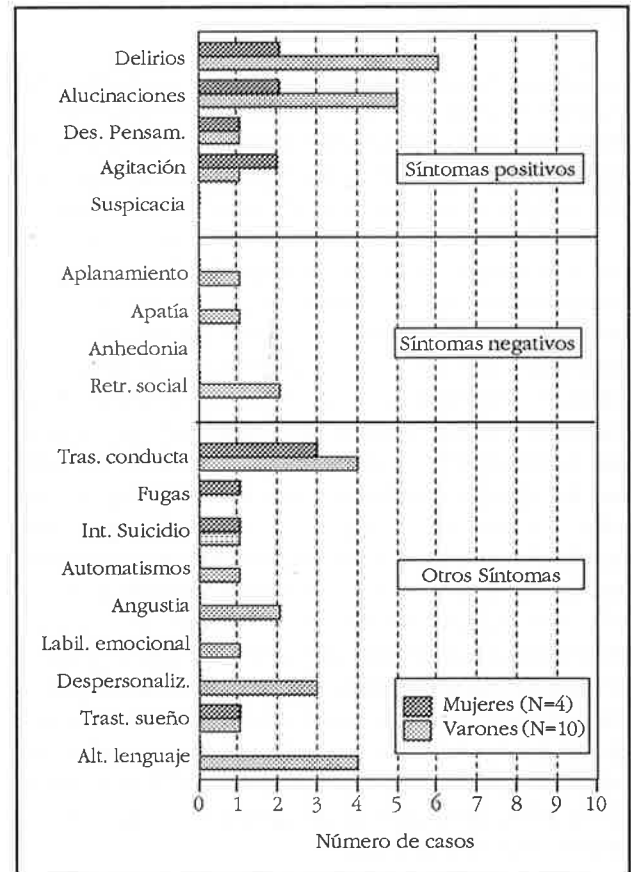


Figura 1. Diagnóstico inicial de esquizofrenia y sintomatología.

hecho pensar en la utilización de otros criterios diagnósticos no explicitados en la historia clínica así como la posible precipitación en la evaluación diagnóstica, aunque como veremos más adelante este diagnóstico se mantiene para la mayoría de los casos.

Brote psicótico

El perfil sintomatológico (Fig. 2) que se presenta tiene similitud con el anterior: predominio de delirios y alucinaciones entre los síntomas positivos. No aparecen síntomas negativos y se reproduce la existencia de un grupo de síntomas inespecíficos entre los que destacan los trastornos del sueño y no aparecen en comparación con el anterior los trastornos conductuales.

Al analizar y comparar la sintomatología pensamos que podrían haber sido diagnosticados de entrada de

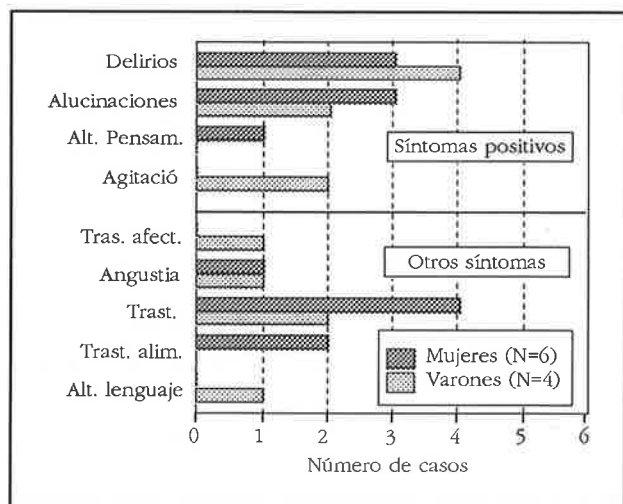


Figura 2. Diagnóstico inicial de brote psicótico y sintomatología

esquizofrenia, igualmente que los anteriores y tampoco encontramos una explicación clara de por qué no se ha hecho así. Pudiera deberse al clínico que los recibe (la mayoría de los casos en este diagnóstico proceden de la USM-IJ). Quizás en el grupo anterior la presencia de trastornos conductuales haya determinado en gran parte el diagnóstico, pese a no ser considerados síntomas relevantes.

Trastornos afectivos

En los cuatro casos estudiados destaca una sintomatología variada, sugerente en parte de este tipo de trastornos pero en absoluto específica. Observamos delirios y alucinaciones en algún caso, aislamiento y negativismo en otros mientras que los síntomas característicos de afectación del estado de ánimo se observan en dos casos únicamente. No encontramos una justificación para este diagnóstico aunque sí reconocemos que se adopta la cautela diagnóstica.

Psicosis maníaco depresiva

De nuevo nos encontramos con un diagnóstico nosológico en el que no parece representada la sintomatología característica del trastorno bipolar, ni considerado el polo depresivo ni el maníaco. Aparecen trastornos del pensamiento y de la percepción junto con inhibición conductual que a nuestro juicio podrían sugerir características psicóticas sin más.

Diagnóstico aplazado y V61.20

En estos tres casos la sintomatología es muy variada como cabría esperar. Como ya comentamos al principio sólo en uno de ellos se sospechó al principio un trastorno de tipo psicótico, debido a la presencia de síntomas referidos a trastornos del pensamiento de tipo delirante que luego no se confirmaron, de hecho este diagnóstico evoluciona en el definitivo al epígrafe de Trastorno de Conducta Antisocial (V71.02, DSM-III-R).

En los otros dos casos, uno de Diagnóstico Aplazado y el otro V61.20, las características clínicas no plantearon ni remotamente la sospecha de trastorno psicótico, ni al inicio del contacto ni durante gran parte de su evolución. La orientación terapéutica fue prudente en el sentido del seguimiento y acompañamiento del adolescente así como el abordaje psicoterapéutico de la problemática planteada. En ambos casos se produjo un abandono de las consultas para reaparecer algún tiempo después con sintomatología típica de PMD, en el caso del diagnóstico aplazado y de esquizofrenia en el V61.20.

Hemos profundizado al máximo en estos dos casos a fin de identificar posibles factores de riesgo que se estaban manifestando ya en las anteriores consultas, pero no hemos podido hallar nada sugerente ya que la aparición del cuadro definitivo fue brusca y precedida de una aparente ausencia de síntomas que había provocado el abandono de la consulta.

Evolución de los diagnósticos

En la tabla 2 y figuras 3 a 6, podemos observar la evolución de los diagnósticos. El resumen se observa en el primero de ellos. Se ha ampliado el marco diagnóstico de cuatro a siete categorías, y sólo en un caso se mantiene un diagnóstico inespecífico de brote psicótico; el resto tiende a establecer una categoría diagnóstica estable, excepto en los tres casos que se han perdido a lo largo de la evolución.

La esquizofrenia ha sido el diagnóstico que más se ha engrosado, recibiendo la mayoría de los casos del diagnóstico de brote psicótico. Pierde con seguridad uno de ellos que pasa a trastorno esquizoafectivo. El criterio fundamental que se utilizó en este caso fue la respuesta negativa al tratamiento de la esquizofrenia y la favorable a la introducción de litio. Respecto a la clínica hay que señalar que no había síntomas llamados negativos y sí existían síntomas de la esfera afectiva.

148

Tabla 2 Diagnóstico definitivo por sexo y edad

	Hembras		Varones		Total
	12-15	16-20	12-15	16-20	
Esquizofrenia	2	5	1	13	21
Brote psicótico	0	0	0	1	1
Tr. esquizoafectivos	0	1	0	0	1
Depresión psicótica	0	1	1	0	2
P.M.D.	1	1	1	0	3
Depresión neurótica	0	1	0	0	1
Conducta antisocial	0	0	0	1	1
Desconocido	0	2	0	1	3
Total	3	11	3	16	33

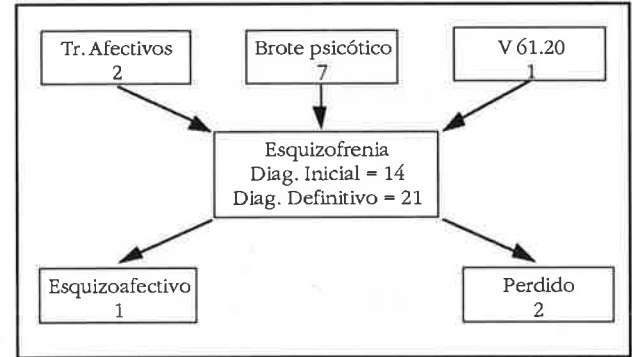


Figura 3. Evolución del diagnóstico.

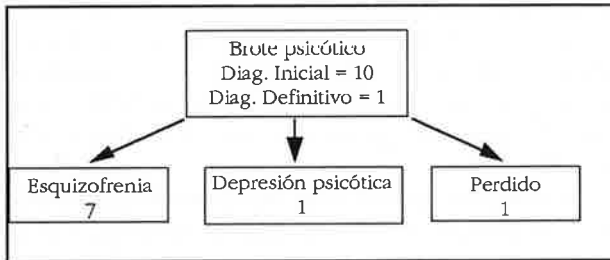


Figura 4. Evolución del diagnóstico.

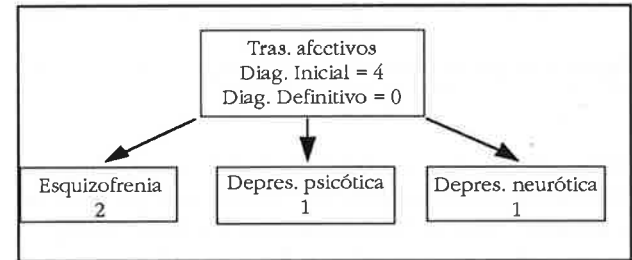


Figura 5. Evolución del diagnóstico.

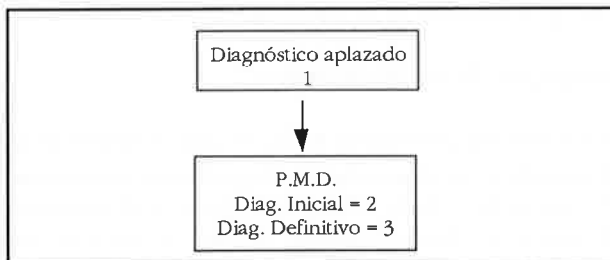


Figura 6. Evolución del diagnóstico.

El diagnóstico de brote psicótico prácticamente desaparece, quedando un caso en el momento de terminar la revisión, que en la actualidad está diagnosticado de esquizofrenia. La evolución diagnóstica se hizo a expensas del incremento de síntomas positivos y negativos en los siete casos que se refieren.

El diagnóstico de trastornos afectivos desaparece y engrosa en parte el de esquizofrenia, lo que era esperado cuando valorábamos los criterios diagnósticos del

inicio. Otros dos casos se mantienen en la esfera de los trastornos del estado de ánimo. Una vez más el incremento de síntomas característicos de esquizofrenia decide el diagnóstico.

Por último el diagnóstico de PMD se incrementa a partir de un diagnóstico aplazado como ya hemos comentado.

En resumen, la tendencia que se observa es al mantenimiento del diagnóstico dentro de la esfera psicótica, perdiendo sólo dos casos esta característica. Observamos también escasa movilidad de los diagnósticos más importantes.

Diagnóstico definitivo y antecedentes

Hemos revisado estos datos sobre todo para el diagnóstico de Esquizofrenia ya que es el diagnóstico definitivo predominante.

De los 21 sujetos diagnosticados de esquizofrenia encontramos (Fig. 7) antecedentes en *familiares de primer grado* en nueve, éstos son muy variados aunque

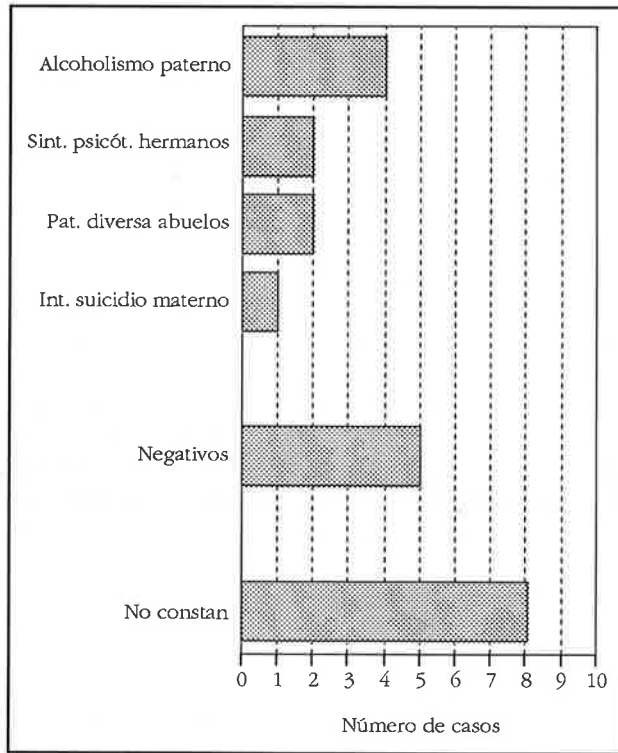


Figura 7. Diagnóstico definitivo de esquizofrenia. Antecedentes familiares de primer grado.

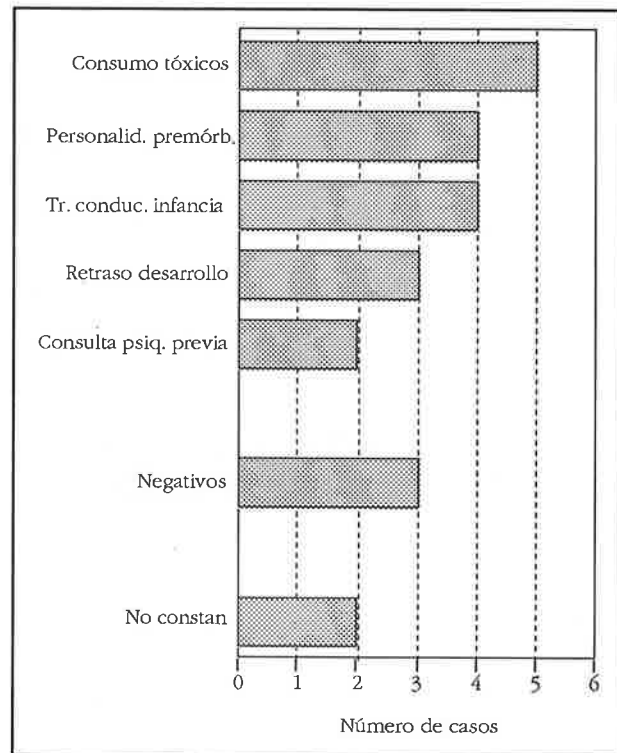


Figura 8. Diagnóstico definitivo de esquizofrenia (N=21). Antecedentes personales.

predomina el alcoholismo paterno, el antecedente de patología psicótica sólo aparece en dos casos. Los datos son escasamente significativos ya que hay ocho sujetos en que no se ha investigado el dato.

Los *antecedentes personales y la personalidad premórbida* (Fig. 8) parecen tener mayor relevancia ya que han sido investigados en 19 casos. Destacan el consumo de tóxicos, los rasgos de personalidad esquizotípica y los trastornos psiquiátricos previos al contacto en el que se hace el diagnóstico.

Por último, los *acontecimientos Vitales o desencadenantes* (Fig. 9) aparecen en nueve sujetos frente a 12 en los que no se detectan, pese a ser un dato exhaustivamente buscado.

Con respecto a los sujetos no diagnosticados de esquizofrenia hemos de decir que la situación es similar. En siete sujetos aparecen antecedentes familiares, en ocho se describen antecedentes personales y sólo en tres hay constancia de acontecimientos vitales relevantes.

Tratamiento y evolución

El tratamiento que ha predominado ha sido la medicación neuroléptica que aparece en todos los casos revisados, excepto en los ya señalados anteriormente (diagnóstico aplazado y V61.20), acompañada en algunos casos de tratamiento antidepressivo y en todos los sujetos procedentes de los psiquiátricos de hospitalización; los sujetos tratados en la USM-IJ, fueron ingresados en menor cuantía.

La evolución de los sujetos ha sido favorable para los casos de patología no psicótica. También se recoge una evolución tendiente a la estabilidad y/o remisión en los sujetos diagnosticados de trastornos afectivos en general.

Los sujetos diagnosticados de esquizofrenia tienen un pronóstico más sombrío, pues no encontramos ninguna remisión; algunos de ellos la experimentaron en un principio, pero posteriormente se presentó la recaída, con gran intensidad en la sintomatología. Predomi-

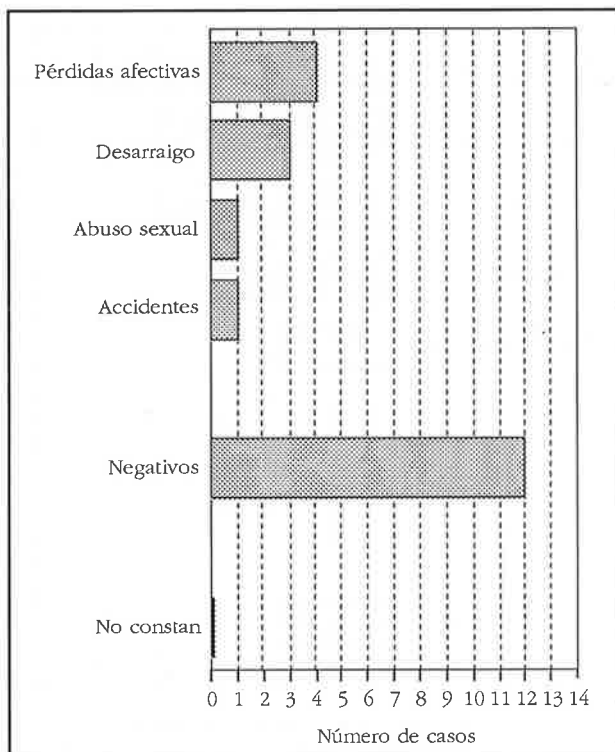


Figura 9. Diagnóstico definitivo de esquizofrenia (N=21) y acontecimientos vitales.

nan en las historias los reingresos y la permanencia de sintomatología activa aún con tratamiento (9 casos), mientras que en los restantes hay una evolución estable, mantenida con medicación y en uno no se mantienen síntomas activos.

DISCUSIÓN

Respecto de los diagnósticos iniciales y de la sintomatología, sorprende, como ya hemos señalado, la frecuencia de diagnósticos de esquizofrenia que se hacen en el primer contacto clínico y que contradicen las recomendaciones generales de ser cautos en el diagnóstico cuando de adolescentes se trata⁽⁵⁾, sobre todo si consideramos las dificultades diagnósticas que ofrece esta etapa del desarrollo cuyas características propias pueden inducir a error⁽¹⁻³⁾.

Los criterios diagnósticos actualmente aceptados⁽⁴⁾ tampoco parecen ser tenidos en cuenta por los clínicos,

así interpretamos la escasez de síntomas negativos en los diagnósticos iniciales de esquizofrenia, aunque sí se utilicen para los definitivos; quizás esto sea más disculpable en los diagnósticos de brote psicótico. Se ha planteado la dificultad para la evaluación de estos síntomas⁽⁶⁾, lo que podría explicar su escasa detección en las historias, sobre todo si añadimos el que las coincidencias más importantes se producen en los síntomas positivos descritos por Werry y Taylor⁽⁴⁾, en concreto: delirios y alucinaciones y, en cierta medida, los desórdenes del pensamiento que señalan también otros autores⁽⁷⁾. Tenemos que pensar que en la mayoría de los casos se utilizan criterios tomados de la psiquiatría de los adultos sin considerar la especificidad de la adolescencia; de hecho también se ha señalado el incremento de los síntomas positivos a medida que avanza la edad^(7,8), es decir, en la presentación más característica del adulto y la mayoría de los sujetos están al principio en la franja de edad superior, algunos en torno a los 20 años.

En nuestras historias hemos encontrado un epígrafe de síntomas denominados "otros" en los que predominan los trastornos conductuales, síntoma que nosotros hemos pensado que ha tenido un importante valor diagnóstico; hemos encontrado su consideración también en la bibliografía⁽⁹⁾, aunque siempre detrás de los ya señalados.

Respecto de los antecedentes familiares, hemos recogido en la bibliografía como buenos predictores del desarrollo de esquizofrenia, el diagnóstico de trastornos de este tipo en familiares^(8,10) y también la historia familiar psiquiátrica sin especificar^(9,11). Nuestros datos no permiten una comparación fiable, debido en parte al número de sujetos en los que no consta. El hecho de que el antecedente de mayor peso sea el del alcoholismo paterno nos hace pensar en la existencia de un clima familiar alterado, ampliamente reconocido en los estudios sobre el tema, que pudiera constituir un factor de influencia en el sentido que señalan algunos autores de la existencia de un estrés en las relaciones interpersonales⁽⁷⁾.

Respecto de los antecedentes personales se ha señalado el consumo de drogas y la personalidad esquizotípica⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Ambos datos tienen bastante consistencia en nuestro grupo de historias y a ello se suman los antecedentes psiquiátricos previos.

El último aspecto estudiado es el de los acontecimientos vitales o desencadenantes, según los autores,

señalados en la literatura, desde los que sugieren la existencia de un acontecimiento vital inmediato que califican de mayor^(5,15), hasta los que señalan un gran número de acontecimientos vitales menores a los que los psicóticos, especialmente los esquizofrénicos son muy vulnerables⁽¹⁶⁾. En nuestras historias hemos encontrado una notable presencia de acontecimientos vitales, lo que pudiera interpretarse en el sentido de los autores que sugieren la existencia de acontecimientos vitales menores por lo que su detección sería más difícil y por esa razón, de modo similar que con los síntomas negativos, no se ha reflejado. De todas maneras en la línea contraria hay autores que han buscado también este dato sin encontrarlo en sus muestras⁽⁷⁾.

Por último comentar brevemente la sombría evolución de los casos que hemos revisado. La mayoría de los autores dan una perspectiva más positiva con mayor número de remisiones. Suponemos que hay más de una reflexión que hacer a este respecto, la precocidad de aparición siempre ha sido sugerente de peor pronóstico⁽¹⁾. Nosotros nos inclinamos a considerar también la escasa atención que la adolescencia recibe en las unidades de adultos, de las que proceden la mayoría de nuestros casos y quizás los escasos recursos terapéuticos no sólo para adolescentes pero especialmente para ellos.

CONCLUSIONES

En conjunto, de la revisión de las 33 historias hemos obtenido una impresión relativamente negativa.

Hemos disipado algunas dudas teóricas pero nos hemos formulado otras muchas en la práctica.

Nuestra impresión es que el problema de las Psicosis de la adolescencia tiene hoy día un tratamiento bastante amplio en la bibliografía que no siempre trasciende a la práctica clínica, sobre todo cuando esta etapa del desarrollo no recibe una consideración específica.

Detectamos una marcada tendencia a utilizar criterios diagnósticos de gran peso nosológico y el mantenimiento de los mismos a lo largo de la evolución.

No encontramos una adecuada sistematización para la exploración de los adolescentes que presentan trastornos de tipo psicótico y esto parece tener repercusión en la orientación terapéutica y las consideraciones evolutivas.

Por último, no podemos evitar reseñar la ausencia de pautas, sino dispositivos específicos, para el tratamiento de estos sujetos que tradicionalmente han permanecido en tierra de nadie y que en el momento actual están empezando a constituir un grave problema, debido a la gravedad de sus manifestaciones clínicas, para la asistencia a la Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Steinberg D. Psychotic and other severe disorders in adolescence. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
- 2 Marcelli D, Braconnier A, Ajuriaguerra J. *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Barcelona-México: Masson, 1986.
- 3 Basquin M, Martinot-Paillere ML, Ouvry O. *Psychoses à l'adolescence*. Editions Techniques. Encycl. Med. Chir. (Paris-France): *Psychiatrie* 1992;**30**(4):37-215.
- 4 Werry JS, Taylor E. Schizophrenic and Allied disorders. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994.
- 5 Hill P. Schizophrenia. En: *Adolescent Psychiatry*. Londres: Churchill Livingstone, 1989.
- 6 Fields JH, Grochowski BA, Lindemayer JP, Kay SR, Grosz D, Hyman RB, Alexander, G. Assessing Positive and Negative Symptoms in children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 1994;**152**(1):249-253.
- 7 Scanda H, Wörgötter G, Berner P, Gabriel E, Küfferle B, Knecht G, Kieffer W. Predicting course and outcome in delusional psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1991;**83**(6):468-475.
- 8 Remschmidt H. Childhood and adolescent schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1993;**6**:470-479.
- 9 Oyewumi LK. Inpatient adolescent in psychiatry in a teaching hospital in Nigeria. *Acta Psychiatr Scand* 1989;**80**(6):639-643.
- 10 Erlemeyer-Kimling L, Cornblatt BA, Rock D, Roberts S, Bell M, West A. The New York High-Risk Project: Anhedonia, Attentional Deviance, and Psychopathology. *Schizophr Bull* 1993;**19**(1):141-153.
- 11 Agranovski ML. The role of endogenous and exogenous factors in the development of paroxysmal schizophrenia. *Zh Nevropatol Psikhiatr* 1992;**92**(1):110-113.
- 12 Borga P, Widerlov B, Stefanson CG, Cullberg J. Social conditions in a total population with long-term functional psychoses in three different areas of Stockholm Country. *Acta Psychiatr Scand* 1992;**85**(6):465-473.

- 152** 13 McGlashan T. Predictor of shorter, medium, and longer-term outcome in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986;**143**:50-55.
- 14 Werry JS, McClellan JM. Predicting Outcome in Child and Adolescent (Early Onset) Schizophrenia and Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:147-150.
- 15 Guinness EA. Brief Reactive Psychosis and Major functional Psychoses: Descriptive Case Studies in Africa. *British Journal of Psychiatry* 1992;**60**(16):24-41.
- 16 Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foester A, Murray R, Toon B, Lewis S. Life events and Psychosis. Initial Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry* 1993;**162**:72-79.

A. Fernández Rivas¹
M. A. González Torres
A. Lasa Zulueta

1 Centro de Salud Mental de Portugalete,
Portugalete, Vizcaya.

Correspondencia:

A. Fernández Rivas
Alameda Recalde, 77-7C
48012 Bilbao (Vizcaya)

Comportamiento suicida en el
entorno socio-familiar de
adolescentes y jóvenes adultos
que realizan tentativas de
suicidio

*Suicidal behaviour in socio-
familiar network of adolescent
and young adult suicide
attempters*

RESUMEN

Se realiza un estudio comparativo caso-control emparejado sobre el antecedente de comportamiento suicida (tentativas de suicidio y suicidio consumado) en familiares, pareja y amigos de adolescentes y jóvenes adultos que han realizado un intento de suicidio.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la mayor frecuencia de comportamiento suicida en el entorno social (amigos) de los adolescentes que han realizado una tentativa de suicidio. Ni en familiares o pareja de adolescentes, ni en el entorno socio-familiar de los jóvenes suicidas se halla el antecedente de conductas suicidas con mayor frecuencia que en el grupo control.

Se discuten los resultados haciendo una breve exposición de la literatura nacional e internacional al respecto.

PALABRAS CLAVE

Tentativa de suicidio; Entorno socio-familiar;
Adolescente; Joven adulto.

ABSTRACT

A comparative case-control matched study is performed on antecedents of suicidal behaviour (completed and attempted suicide) in a group of relatives, friends and partners of adolescents and young adults who have made a suicide attempt. The results collected clearly show a higher frequency of suicidal behaviour in the social network (friends) of the adolescents who have made a suicide attempt. The antecedent of suicidal behaviour with a higher frequency than the control group has been found neither in relatives or partners of adolescents nor in social-familial network of the young adults sample. Final results are discussed with a brief exposition of national and international literature on the subject.

KEY WORDS

Suicide attempt; Socio-familial network; Adolescent; Young adult.

154 INTRODUCCIÓN

El antecedente de comportamiento suicida en el entorno socio-familiar de adolescentes y jóvenes ha sido considerado como un factor de riesgo de comportamiento suicida para estos sujetos.

Se calcula que el 60% de los adolescentes fallecidos por suicidio tienen algún familiar adulto fallecido por el mismo motivo⁽¹⁴⁾.

En relación a los adolescentes que han realizado un intento de suicidio, Davidson y Choquet⁽³⁾ señalan que en el 10,3% de los casos (frente al 3,8% de los controles) hay familiares con antecedente de suicidio, así como un 25% (frente al 8,1% en controles) con antecedente de tentativas de suicidio.

Otros autores refieren datos semejantes. Así, Tishler⁽⁵⁾ encuentra un llamativo 22% de comportamiento suicida en padres de chicas adolescentes las cuales habían realizado un intento de suicidio.

El hallazgo de una mayor frecuencia de comportamiento suicida en amigos de adolescentes que han realizado un intento de suicidio o fallecido de suicidio ha sido referido, entre otros, por Hazell y Lewin⁽⁴⁾. Sin embargo, otros investigadores como Brent y cols.⁽¹⁾, no obtienen este resultado, tan sólo ven incrementada la tasa de primeros episodios de Trastorno depresivo mayor.

Son diversas las explicaciones que se han barajado para el entendimiento de estos hechos.

El antecedente de conductas suicidas en el entorno familiar de estos jóvenes podría actuar como factor de riesgo de que desarrollaran un comportamiento suicida bien debido a la transmisión genética de determinados trastornos psiquiátricos que los familiares padecen, o bien en base al desequilibrio familiar que estas conductas comportan y/o reflejan.

También se ha señalado el papel que la imitación de estos comportamientos tiene en los adolescentes y jóvenes⁽⁴⁾, junto a una actitud permisiva hacia estas conductas suicidas que estos sujetos jóvenes tendrían^(8, 14).

Dada la gran relevancia que estos antecedentes suicidas socio-familiares tienen, según lo referido por muy diversos autores, nosotros planteamos su estudio en una muestra amplia de adolescentes y jóvenes que han realizado una tentativa de suicidio y en un grupo control emparejado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio comparativo de casos y controles emparejados, para lo que se analizaron dos muestras o poblaciones.

La muestra de casos a estudio estaba formada por 31 adolescentes (edad de 15 a 19 años) -27 mujeres y 4 varones- y 41 jóvenes adultos (de 20 a 24 años) -20 mujeres y 21 varones-, quienes habían realizado una tentativa de suicidio en los días previos. Esta muestra fue obtenida a partir de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Hospital de Basurto (Bilbao).

Los controles fueron elegidos de la misma fuente, sólo que el motivo de atención de éstos fue el de presentar patología traumatológica menor, descartándose en todos ellos la existencia de una conducta suicida encubierta. Estos sujetos control fueron emparejados con los casos en función de tres características: sexo, edad y estado civil. Por lo tanto, también fueron 31 adolescentes y 41 jóvenes adultos los que conformaron este grupo.

Mediante una entrevista clínica llevada a cabo con los sujetos a estudio y sus familiares se recogieron datos sobre la existencia de intentos de suicidio e ideación suicida previos en los casos y controles, además de información sobre el antecedente en familiares (padres, hermanos y familiares de segundo grado), pareja y amigos de comportamiento suicida (tentativas de suicidio o suicidio consumado).

La información obtenida fue analizada por separado para adolescentes y jóvenes adultos para evaluar si las características de ambos grupos de población eran o no semejantes en estos aspectos.

El análisis estadístico aplicado fue la prueba de Chi-cuadrado de comparación de proporciones. El nivel de significación estadística aceptado fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El estudio de los 31 adolescentes suicidas y los sujetos control respectivos reveló la existencia de diferencia estadísticamente significativa en cuanto al antecedente de tentativas de suicidio previas en estos sujetos ($p < 0,005$). El 29% de los adolescentes suicidas y ninguno de los controles poseía intentos de suicidio previos.

También se constató una muy significativa diferencia ($p < 0,000001$) entre casos y controles adolescentes respecto a la presencia de ideación suicida en los seis

meses previos. El 77,4% de los casos frente al 9,7% de los controles lo admitieron.

El estudio de los antecedentes de comportamiento suicida en familiares (padre, madre, hermanos y familiares de segundo grado) y pareja de los adolescentes, no reveló datos diferenciadores para ambas muestras.

Sin embargo, sí se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$) en cuanto al antecedente de comportamiento suicida en amigos: el 40,0% de los adolescentes suicidas, en comparación con el 6,5% de los controles, tenían amigos que habían presentado conductas suicidas. En nueve de los casos los amigos habían realizado tentativas de suicidio, un caso refería muerte por suicidio en un amigo y dos casos más tenían amigos que habían realizado ambos tipos de comportamiento suicida.

Los resultados obtenidos para los 41 jóvenes adultos en comparación con sus controles respectivos destacaron las diferencias estadísticamente muy significativas entre ambas muestras en relación a la existencia de tentativas de suicidio previas ($p < 0,00005$) e ideación suicida en los seis meses previos ($p < 0,000001$).

El 43,9% de los casos y, solamente el 2,4% de controles, habían realizado intentos de suicidio previos.

El 82,9% de los jóvenes suicidas reconocían haber tenido ideas de suicidio en el semestre anterior, frente al 2,4% de los controles.

Finalmente, el estudio de los antecedentes de comportamiento suicida en el entorno socio-familiar de estos jóvenes, demostró ser semejante para ambas muestras. Ninguno de los familiares, ni amigos, ni pareja de los jóvenes suicidas había cometido conductas suicidas con una frecuencia significativamente diferente al grupo control.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, en primer lugar, la alta frecuencia de ideación suicida que los adolescentes y jóvenes adultos estudiados presentaron en los meses previos a la tentativa de suicidio. El 77,4% de los adolescentes y el 82,9% de los jóvenes suicidas presentaron estas ideas en los seis meses anteriores al intento. Cifra muy superior a la reseñada por Davidson y Choquet⁽³⁾, quienes hallan este dato solamente en el 45% de los adolescentes que meses después realizan un intento de suicidio.

Aunque el porcentaje de tentativas de suicidio previas es importante (29% y 43,9%), en especial en los jóvenes de 20 a 24 años, este dato es comparable con los descritos en la literatura. Según diferentes estudios^(2,6,7,10,11) existe el antecedente de intentos de suicidio previos en el 20% al 53% de los sujetos de 15 a 24 años que realizan una tentativa de suicidio.

Del estudio del comportamiento suicida en el entorno socio-familiar de estos adolescentes y jóvenes adultos cabe mencionar la característica distintiva de ambos grupos: son solamente los adolescentes los que poseen el antecedente de comportamiento suicida (tentativas de suicidio y suicidio consumado) entre sus amigos. Este hecho es de gran relevancia, puesto que manifiesta una importante diferencia entre las poblaciones de adolescentes y jóvenes adultos suicidas.

El hecho de que únicamente sean los adolescentes suicidas los que posean antecedentes de comportamiento suicida en su entorno social cercano, pensamos que se debe, fundamentalmente, a un proceso de identificación con el grupo de iguales.

Sabemos que el adolescente es un sujeto en busca de su identidad. Las modificaciones corporales que sufre, acompañadas de una nueva emergencia pulsional, le llevan a una situación de angustia en relación a la cohesión de su persona. Entonces, el adolescente se convierte en un individuo en busca de un «yo», de su identidad, y por lo tanto, de identificaciones⁽¹²⁾.

A través de identificaciones irá conformando su nueva identidad. Identificaciones de modelos que tomará de fuentes diversas, siendo una de las más importantes la de su grupo de pares o amigos.

Así, surgirán rasgos identificatorios de pertenencia al grupo: vestimenta, aficiones, lenguaje o vocabulario específico, etc.

Uno de estos rasgos identificatorios del grupo de pares de adolescentes, será el presentar una actitud de permisividad hacia el comportamiento suicida compartida por todos ellos. Además, dentro de este mecanismo identificatorio, también surgirá la imitación de este tipo de conductas entre los miembros del grupo. Todo esto facilitará el surgimiento de comportamientos suicidas en diversos miembros del grupo como respuesta, generalmente, a situaciones displacenteras.

Sin embargo, el joven adulto ya ha superado esta etapa de su vida. Ya no precisa del grupo de amigos como fuente de identificación, sino todo lo contrario. Entrará progresivamente en un periodo de individuali-

156 zación, en el cual irá adquiriendo una mayor certeza de su identidad, creando sus propios valores y metas para el futuro⁽⁹⁾. Esto hará, según nuestra opinión, que ya no

se detecten, a partir de esta edad, tantos comportamientos suicidas entre los amigos de los jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Brent DA, Perper J, Moritz G, Allman C, Friend A, Schweers J, Roth C, Balach L, Harrington K. Psychiatric Effects of Exposure to Suicide among the Friends and Acquaintances of Adolescent Suicide Victims. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(4):629-640.
- 2 Cobo Medina C. Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1986;XVII (5):253-267.
- 3 Davidson F, Choquet M. *Le suicide de l'adolescent. Etude épidémiologique et statistique*, 2ème édition. Paris: Les Editions ESF, 1982.
- 4 Hazell P, Lewin T. Friends of Adolescent Suicide Attempters and Completers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(1):76-81.
- 5 Hirschfeld RMA, Blumenthal SJ. Personality, Life Events, and Other Psychosocial Factors in Adolescent Depression and Suicide. En: Klerman GL, ed. *Suicide & Depression among Adolescents & Young Adults*. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1986:213-253.
- 6 Hawton K, O'Grady J, Osborn M, Cole D. Adolescents who take overdoses: their characteristics, problems and contacts with helping agencies. *Br J Psychiatry* 1982;140:118-123.
- 7 Jeammet P, Birot E. *Etude psychopathologique des tentativas de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- 8 Kienhorst CWM, de Wilde EJ, Diekstra RFW, Wolters WHG. Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:222-228.
- 9 Levinson DJ. Development in the Novice Phase of Early Adulthood. En: Klerman GL, ed. *Suicide & Depression among Adolescents & young adults*. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1986:1-15.
- 10 Marcelli D. Relations entre dépression et suicide à l'adolescence. Remarques épidémiologiques et psychopathologiques. En: Marcelli D, eds. *Adolescence et dépression*. Paris: Masson, 1990:127-134.
- 11 Mardomingo MJ, Catalina ML. Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿un problema en aumento? *Pediatriska* 1992;12:118-121.
- 12 Mazet P, Houzel D. La adolescencia y sus trastornos. En: Mazet P, Houzel D, eds. *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Volumen 2. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, SA, 1981:243-270.
- 13 Pfeffer C. Attempted suicide in children and adolescents: Causes and Management. En: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:664-672.
- 14 Richman J. The family therapy of suicidal adolescents: Promises and pitfalls. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston Bristol London: John Wright - PSG Inc, 1984:393-406.

Anexo

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK

Circunstancias relacionadas con el intento de suicidio

1. *Atislamiento*
 0. Alguien presente
 1. Alguien cerca o en contacto (ej. por teléfono)
 2. Nadie cerca o en contacto
2. *Cálculo de tiempo*
 0. Tiempo suficiente para que la intervención de otra persona sea probable.
 1. La intervención no es probable.
 2. La intervención es altamente improbable.
3. *Precauciones ante la posible ayuda o a ser descubierto*
 0. No precauciones.
 1. Precauciones pasivas, como evitar a otras personas pero no hacer nada para prevenir su intervención (por ej. estar solo en la habitación pero con la puerta abierta).
 2. Precauciones activas (ej. puerta cerrada).
4. *Acción para obtener ayuda durante o después del intento*
 0. Habló del intento a alguien.
 1. Contactó con alguien pero no le informó específicamente del intento.
 2. No contactó con nadie ni informó del intento.
5. *Actos finales en anticipación de la muerte*
 0. Ninguno
 1. El paciente pensó acerca de hacer o hizo algunos arreglos anticipando su muerte.
 2. Realizó planes definidos (ej. cambios en el testamento, regalos, seguro de vida).
6. *Nivel de planificación del intento de suicidio*
 0. Sin preparación
 1. Preparación mínima o moderada.

- 2. Preparación minuciosa.
- 7. *Nota de suicidio*
 - 0. Sin nota.
 - 1. Nota escrita pero rota, o nota sobre la que se ha pensado.
 - 2. Nota presente.
- 8. *Comunicación del intento antes de actuar*
 - 0. Ninguna.
 - 1. Comunicación equívoca.
 - 2. Comunicación inequívoca.
- 9. *Propósito del intento*
 - 0. Principalmente cambiar o modificar el ambiente.
 - 1. Componentes de "0" y "2".
 - 2. Principalmente retirarse del ambiente.

Valoración propia del paciente (self-report)

- 10. *Expectativas respecto a la fatalidad del intento*
 - 0. El paciente pensaba que la muerte era improbable o ni siquiera pensaba en ello.
 - 1. Pensaba que la muerte era posible pero no probable.
 - 2. Pensaba que la muerte era probable o cierta.
- 11. *Ideas sobre la letalidad del método*
 - 0. El paciente se hizo menos de lo que pensaba que sería mortal o ni siquiera pensó en ello.
 - 1. No estaba seguro o creía que lo hecho podía ser letal.

- 2. Lo hecho superó o igualó lo que el paciente consideraba letal.
- 12. *Seriedad del intento*
 - 0. El paciente no consideró lo hecho como un intento serio de terminar con su vida.
 - 1. No estaba seguro si lo hecho era un intento serio de terminar con su vida.
 - 2. Consideraba que lo hecho era un intento serio para terminar con su vida.
- 13. *Ambivalencia hacia la vida*
 - 0. El paciente no quería morir.
 - 1. No le importaba vivir o morir.
 - 2. Quería morir.
- 14. *Ideas sobre la reversibilidad*
 - 0. El paciente creía que la muerte era improbable si recibía atención médica.
 - 1. No estaba seguro de si la muerte podía ser evitada con atención médica.
 - 2. Estaba seguro de morir incluso si recibía atención médica.
- 15. *Nivel de premeditación*
 - 0. Ninguno-impulsivo.
 - 1. Suicidio contemplado durante tres horas o menos antes del intento.
 - 2. Suicidio contemplado durante más de tres horas antes del intento.

Tomado de: Beck AT, Schuyler D, Herman I.

Autores versión en español: Aránzazu Fernández Rivas, Miguel Ángel González Torres

A. Agüero Juan¹
J. Marín²
C. Agüero¹

Estudio de una muestra de
trastornos afectivos en jóvenes
adultos con retraso mental

1 Prof. Titular de Psiquiatría. Valencia
2 Convaser. Valencia

*Study of affective disorders in a
sample of young adults with
mental retardation*

RESUMEN

Consideraciones teóricas acerca de la importancia de establecer un diagnóstico dual en jóvenes adultos con retraso mental y más concretamente sobre los trastornos afectivos. Se estudia una población de 96 jóvenes adultos con retraso mental límite, leve y moderado mediante la escala WAIS, en edades que no exceden los 40 años y que son atendidos en régimen de internado y/o media pensión, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo en su mayoría. De ellos el 67% presentan un trastorno psiquiátrico claramente definido, de los cuales el 9,4% son trastornos del estado de ánimo.

PALABRAS CLAVE

Retraso mental; Diagnóstico dual; Trastornos afectivos; Jóvenes adultos.

ABSTRACT

Theoric considerations about the importance of establishing a dual diagnostic in young adults with mental deficiency, and more specifically on affective disorders. It is studied on a sample of 96 young adults with limit, light and moderate mental deficiency through the WAIS, in ages which do not exceed 40 years old, and who are attended as full or half board pensioner, belonging mostly to a medium-low social-economical level. 67% show a clearly defined psychiatric disorder, and 9.5% are mood disorders.

KEY WORDS

Mental deficiency; Dual diagnostic; Affective disorders; Young adults.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del retraso mental entraña, al tiempo, un bajo nivel intelectual, que según su intensidad define los distintos grados (leve, moderado, severo, profundo) y un deficitario funcionamiento social. Su etiología es muy variada (lesión cerebral, alteraciones genéticas, metabólicas, privación social...) y por tanto poco homogénea con vistas a considerarla como origen de trastornos psiquiátricos específicos. Es conocida su prevalencia, que oscila del 1-3%, así como el hecho de presentar un mayor riesgo de morbilidad general, y una mayor presencia de hándicaps variados (déficits sensoriales y de lenguaje trastornos neurológicos, epilepsia...). No es sorprendente por tanto, como se ha puesto en evidencia en la década de los ochenta, el elevado riesgo que los jóvenes y adultos con R.M. tienen para padecer trastornos psiquiátricos, por cuanto durante bastante tiempo el diagnóstico de R.M. ha supuesto una gran pantalla que ocultaba a médicos, padres y administración estas patologías psiquiátricas que eran atribuibles al diagnóstico principal y a las que no se prestaba especial atención en el plano diagnóstico ni en el terapéutico. De hecho, las clasificaciones diagnósticas multiaxiales reservan un eje para los déficits intelectuales, diferente del eje de diagnóstico clínico.

En la década de los ochenta se ha estudiado a fondo el problema de los diagnósticos duales en personas con R.M. llegándose a la conclusión de que las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos son de 2,5 a 7 veces superiores a la población normal. Diagnóstico que conviene diferenciar de las conocidas conductas maladaptativas que en general suponen de un 20-40% y que motivan gran parte de los programas de modificación de conducta. Se trata en términos generales de conductas maladaptativas (dejar de controlar esfínteres, ignorar las normas de convivencia), disruptivas (arrojar objetos, gritar...), destructivas (auto-hetero agresión).

Estos diagnósticos duales suponen un cambio en la sensibilidad frente a este problema; de esta forma los profesionales estarán más atentos para realizar los diagnósticos concretos y establecer las terapéuticas adecuadas, los padres y familiares estarán más alerta ante las posibles modificaciones conductuales y en definitiva la administración deberá habilitar nuevos recursos ante esta nueva situación planteada y que no tiene una cobertura adecuada en los espacios específicos en donde se les trata habitualmente (colegios, talleres, familia).

Tabla 1 Diagnósticos duales según diversas fuentes

Chess (1971)	60%
Dyggve, Kodahs (1979)	80%
Koller (1983)	59%
Richarson (1985)	45%
Menolascino (1984)	50%
Bouras (1988)	40%
Rutter (1975)	40%

Datos epidemiológicos

Parson y Menolascino (1984), encuentran un 50% de trastornos psiquiátricos de los que un 8-15% eran especialmente graves en una población de R.M. institucionalizados. Cifras similares obtiene Rutter en los estudios epidemiológicos de la Isla de Wight y que ascendían a 30-40% en población ambulatoria. En las tablas 1 y 2 se sintetizan los hallazgos encontrados.

Factores que influyen en la clínica de los diagnósticos duales

1. En el R.M. existen una serie de factores que dificultan la entrevista clínica y por tanto el proceso diagnóstico, como es el déficit intelectual, pues supone una limitación del pensamiento abstracto, de la comunicación verbal y de la capacidad de observar y describir su propia conducta así como sus estados emocionales. Ello dificulta la transmisión mediante el mensaje verbal de las diversas quejas subjetivas, así como la posibilidad de utilizar escalas autoadministradas. Esta situación se ve notablemente agravada en los casos en donde no existe lenguaje.

2. Existen grandes modificaciones patoplásticas en cuanto a la expresividad de los cuadros clínicos, debido por una parte a:

- Los déficits psicosociales, que impiden al niño con R.M. llevar una evolución madurativa, de relaciones interpersonales y de aprendizajes similares al niño normal. Ejemplo de ello se observa en el enfermo "maníaco", que cursa sin la "grandiosidad" que acompaña a ese trastorno en el sujeto normal. Menolascino (1986), comentaba que "(...) cuando una persona normal tiene una fase maníaca, piensa que es Dios. Cuando esto ocurre en un R.M. piensa que no es retrasado..."

Tabla 2 Enfermedad psiquiátrica grave

Moller (1965)	10%
Haracopos (1975)	20%
Menolascino (1977)	15%
Dyggve, Kodahs (1979)	10%
Reiss (1985)	10,2 %
Sharon (1990)	10%

- Cuando un R.M. sufre un trastorno afectivo agudo, y bajo el impacto del estrés emocional, se registra un fenómeno de deterioro cognitivo transitorio. Como consecuencia de ello se pueden comprender la gran frecuencia de fenómenos alucinatorios visuales en pacientes maníacos e incluso depresivos, basándose en la hipótesis de que el R.M. presenta serias dificultades para modular los efectos negativos.

3. Se observa una exageración de las conductas habituales, por el efecto del trastorno psiquiátrico, observándose de esta manera un aumento de las conductas maladaptativas (p.e. auto y/o heteroagresiones) al desarrollarse un mecanismo de demanda de atención y de rechazo. Así en la fase "maníaca" se incrementa el nivel ya preexistente de "distraibilidad, entrometimiento, pobreza de juicio...".

Trastornos afectivos en R.M.

En un primer acercamiento al estudio de la patología psiquiátrica en personas con R.M. llama poderosamente la atención que el diagnóstico de psicosis esquizofrénica y en consecuencia el tratamiento con neurolépticos, se encuentra sobre-representado y en tasas muy superiores a lo que ocurre en la población normal. Mientras que los trastornos por ansiedad del humor y de la personalidad se diagnostican en menor proporción siendo en consecuencia menores los estudios sistematizados sobre antidepresivos y ansiolíticos. Destaca igualmente el hecho de no encontrar diferencias significativas en cuanto a la relación entre el diagnóstico y el sexo, a diferencia de lo que ocurre en la población general en donde los trastornos depresivos, la agorafobia, y las fobias simples son más prevalentes en mujeres, mientras que las conductas antisociales y las toxicomanías lo son en varones. Estos datos son puestos en evidencia por un estudio realizado por Jacobson y Janicki⁽¹⁾ sobre una población de 42.479 R.M. estudia-

dos entre 1979-1986, mediante el DDIS (Developmental Disabilities Information System).

Estudios realizados en poblaciones de R.M. institucionalizados, se aprecia que entre el 51% de Lipman⁽²⁾ 60% Marker (1975) y 64% Sprage (1976) utilizan medicaciones psicotrópicas, que a su vez se desglosan en las siguientes proporciones: tranquilizantes mayores (Tioridazina, Clorpromazina) 60%, picoestimulantes 19%, tranquilizantes menores 8% y antidepresivos 7%.

Lo cual corrobora el hecho de la mayor utilización de neurolépticos (quizá sobre-utilización), mientras que los antidepresivos son poco utilizados (quizá infra-utilizados).

En general los más de 170 estudios revisados críticamente por estos autores ponen en evidencia dos circunstancias: el escaso número de estudios sobre el uso de psicofármacos en R.M. ambulatorios, que no llegan al 17% y la baja calidad metodológica que preside estos trabajos: falta de estudios doble-ciego, no comparaciones con placebo, no uso de escalas de evaluación, no adecuados tratamientos estadísticos.

Se puede afirmar que no existe una patología psiquiátrica específica del R.M., aunque se estima que en los R.M. ligeros se encuentra una patología similar a la de la población normal. En R.M. moderados y debido a sus mayores dificultades adaptativas se aprecia una mayor patología de la personalidad, quedando para los R.M. severos y profundos los trastornos de tipo orgánico (epilepsias, déficits sensoriales).

En R.M. leves y moderados el diagnóstico de "manía" o de "depresión" puede realizarse en general siguiendo los criterios DSM-III-R, si bien con algunas modificaciones ligeras basadas en una expresión clínica más amortiguada. Así en las fases maníacas no se manifiesta con tanta evidencia la "euforia" clásica, ni las "fugas de ideas", al tiempo que su humor no es tan "expansivo", y cursa sin la "grandiosidad" que acompaña a este trastorno en el sujeto normal. La gran frecuencia de fenómenos alucinatorios visuales en pacientes maníacos e incluso depresivos, basándose en la hipótesis de que el R.M. presenta serias dificultades para modular los afectos negativos y se incrementa el nivel ya preexistente de "distraibilidad, entrometimiento, pobreza de juicio". En las fases depresivas, expresan generalmente su afectividad deprimida en forma indirecta, suelen exteriorizar una mayor agresividad, muestran una mayor tendencia al aislamiento y expresan quejas somáticas, sin embargo no suelen verbalizar los sentimientos depresivos de desesperanza.

Ante las dificultades conceptuales y expresivas que tienen las personas con R.M. para comunicar sus sentimientos, se recomienda el uso de técnicas auxiliares de exploración como son el Psicodiagnóstico de Rorschach y el T.A.T de Murray. En el caso de los R.M. severos y profundos, aunque carezcan de lenguaje, existe la posibilidad de realizar el diagnóstico de trastorno afectivo basándose para ello en datos de observación de conducta y del funcionamiento vegetativo como son los niveles de actividad motora, la duración y patrones del sueño, los cambios en el apetito y en el peso corporal. A ello hay que añadir los antecedentes familiares de trastorno afectivo e incluso, aunque carece de especificidad, las respuestas positivas a los tratamientos antidepressivos y/o antimaniacos.

Criterios diagnósticos propuestos para pacientes con R.M. severo y profundo

Depresión

1. Trastorno del humor caracterizado por: tristeza, aislamiento, agitación.
2. Cuatro de los nueve siguientes ítems (tres si existen antecedentes depresivos en 1º grado).
 - Cambios en el sueño.
 - Cambios en apetito y/o peso.
 - Inicio o incremento de conductas auto-agresivas.
 - Apatía.
 - Inhibición psicomotora.
 - Pérdida de habilidades adquiridas (p.e. control de esfínteres)
 - Rigidez y/o estupor catatónico.
 - Llanto espontáneo.
 - Miedos.

Fase maníaca

1. Trastorno el humor caracterizado por: euforia, irritabilidad, excitabilidad.
2. Cuatro de los siguientes ítems (tres si existen antecedentes de historia bipolar en familiares de 1º grado).
 - Disminución del sueño.
 - Hiperactividad.
 - Curso bifásico.
 - Inicio o incremento de una distraibilidad severa.
 - Incremento de la frecuencia de verbalizaciones.
 - Inicio o incremento de la agresividad.
 - Inicio o incremento de conductas de incumplimiento de normas.

Se puede llegar a las siguientes conclusiones:

a) En poblaciones de personas con R.M. se dan los mismos T. afectivos que en la población normal, aunque su epidemiología no ha sido suficientemente aclarada⁽³⁾.

b) Matson⁽⁴⁾ llega a la conclusión de que los tratamientos psicofarmacológicos en personas con R.M. y trastornos afectivos son exactamente los mismos que en la población normal, aunque en estos casos y en vista de la gran utilidad de los tratamientos basados en programas de modificación de conducta, lo ideal sería la conjunción de ambas técnicas en un tratamiento balanceado. Preconiza la utilización de un buen instrumento diagnóstico como el P.I.M.R.A (Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults), basado en el DSM-III-R, que abarca los diagnósticos de Depresión, Esquizofrenia, Tr. psicosociales, Ansiedad, Somatoformes y de Personalidad.

Tratamientos con antidepressivos

Los antidepressivos tricíclicos han sido utilizados, además, en otros trastornos, con diferentes dosificaciones: enuresis nocturna; crisis de pánico; trastornos por déficit de atención con hiperquinesia como alternativa a los psicoestimulantes, terrores nocturnos; encopresis; síndromes de dolor crónico; profilaxis de la migraña. De todas formas la indicación principal es la de los tratamientos de los trastornos depresivos, para ello se recomienda la siguiente guía práctica: iniciar el tratamiento con bajas dosis 25-50 mg/día, hasta una dosis de 150-300 mg/día en adultos. El nivel plasmático ha sido determinado para algunos tricíclicos (Desimipramina, Nortriptilina), en otros la relación entre los niveles plasmáticos y la respuesta clínica es menos clara. Los niveles plasmáticos de imipramina óptimos se cifran entre 125-250 ng/ml, en el caso de la Nortriptilina oscilan entre 50-150 ng/ml. Por debajo de estos niveles no se encuentran diferencias significativas con el uso de placebos y por encima de ellos se encuentran los efectos tóxicos. En caso de acciones adversas cardiopulmonares se aconseja el uso de Doxepina, Maprotilina, Trazodona por su menor cardiotoxicidad. Existe poca información sobre el uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina, aunque por extrapolación a la utilidad que demuestran en la población de sujetos sin RM, todo hace pensar que se mostrarán igualmente eficaces y aportarán su menor cardiotoxicidad y en general sus menores efectos se-

162 cundarios. Las sales de litio encuentran similares indicaciones, así como las técnicas electroconvulsivas.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra experiencia se basa en el estudio realizado sobre un total de 96 pacientes con retraso mental, siguiendo una metodología basada en el estudio del WAIS, DSM-III-R y la escala A.B.S. (Nihira).

Características de la muestra

- Varones: 61, 63,5%; mujeres: 35, 36,4%.
- Mayor frecuencia de varones, que se establece en una relación V/H de 2/1.

Nivel intelectual

- Límites 12, 125%
- Leves 45, 46,8%
- Moderados 39, 40,6%

La relación leves/moderados es de 1/1; no incluimos en este estudio R.M. severos ni profundos.

Edades en el momento del estudio

- 6-20 años n=14.....14,5%
- 21-25 años n=21..... 21,8%
- 26-30 años n=22 22,9%
- 31-39 años n=14..... 14,5%
- 36-40 años n=25..... 26%

Se trata de cinco intervalos de frecuencia equilibrados que oscilan entre el 14 y 22% y que abarcan desde los 16 a los 40 años de edad.

Régimen de atención

- Internado, 56; 58,3%
- En régimen total, 24; 25%.
- Entre semana, 32; 33,3%
- Media pensión, 40; 41,6%

Se encuentran equilibradas, casi a partes iguales, las cifras de ambos regímenes de atención.

Nivel socioeconómico

- Bajo, 61; 63,5%

Tabla 3 Características de los trastornos del humor

	T. Bipolar N=2	T. Depresivo mayor N=2	Distimia N=5
Varón	0	2	2
Mujer	2	0	3
Edades (años)	22-28	35-39	22-29-33-36-37
E. social alto	0	0	0
E. social medio	0	1	2
E. social bajo	2	1	3
Internado	1	1	4
Media pensión	1	1	1
C.I. Límite	0	0	1
R.M. Leve	2	2	2
R.M. Moderado	0	0	2
Eje III	Sí	Sí	Sí
Eje IV	4; 5	2-2	2-2-2-3-4
Eje V	50-70	80-80	75-80-80-80-80
Hospitalización	Sí (2 casos)	Sí (2 casos)	No
I. Suicidas	No	Sí (1 caso)	No
T. Antidepres.	Irregular	Favorable	Muy favorable

- Medio, 29; 30,2%
- Alto, 6; 6,25%

Como se aprecia el nivel socioeconómico total es en un 93,7% medio bajo.

RESULTADOS

Diagnóstico dual

El diagnóstico dual en nuestra muestra total es de un 67% agrupado de la siguiente manera:

- Grupo 1º. Esquizofrenia; T. delirante; T. psicóticos no clasificados en otros apartados; 8,5%
- Grupo 2º. Tr. del estado de ánimo; 9,4%
- Grupo 3º. Tr. de ansiedad; R. somatoformes; Tr. disociativos; 16,6%.
- Grupo 4º. Tr. de la personalidad; Tr. del control de impulso no clasificados en otros apartados; 13,5%
- Grupo 5º. Tr. sexuales; Tr. del sueño; Tr. fácticos; 5,2%
- Grupo 6º. Otros diagnósticos: orgánicos y por uso de psicotropos; 13,8%.

En los datos expuestos se observa un reparto bastante variado y uniforme de los distintos síndromes psiquiá-

tricos, en una proporción global elevada del 67% del total de los pacientes estudiados. En los 9,4% de los Tr. del Estado de ánimo encontramos las características que se especifican en la tabla 3.

Se consideran nueve casos clínicos: dos Tr. bipolares; dos Tr. depresivos mayores y cinco Distimias. Se describe su relación con el sexo; cinco mujeres por cuatro varones con edades comprendidas entre los 22 y 39 años y repartidas en un estrato social medio en tres casos y en seis casos en estrato bajo. De ellos seis en régimen de internado y tres a media pensión. Respecto al C.I. uno es límite, seis R.M. leve y dos R.M. moderado.

En el eje III, se aprecian anomalías en todos los casos:

- T. Bipolar: malformación del pabellón auricular, fibroma mamario extirpado.
- T. Depresivo mayor: fracturas a consecuencia de I.S., cirugía tras accidente.
- Distimia: alteraciones esqueléticas que precisan prótesis, epilepsia, alergia a penicilina y carcinoma de tiroides.

En el eje IV, encontramos situaciones graves o extremas: incesto padre-hijo en los T. Bipolares y en los demás diagnósticos prácticamente leve.

En el eje V, se da un GAF de 50, grave, y el resto se encuentra en límites normales.

Aparece una tentativa suicida grave, precipitación desde un 5º piso con fracturas múltiples, en T. Depresivo mayor.

Se hospitalizaron cuatro casos, en dos ocasiones por existir riesgo suicida y en otras dos por imposibilidad de manejo ambulatorio ni en el internado.

Los tratamientos con neurolépticos y antidepresivos tricíclicos fueron muy eficaces en trastornos distímicos y depresiones mayores lográndose mejorías en los T. bipolares en los que no se han llegado a utilizar las sales de litio.

Por encontrarse en régimen internado o a media pensión se han realizado en ellos programas de modificación de conducta.

CONCLUSIONES

Ante la gran importancia del diagnóstico dual en personas jóvenes y adultos con Retraso Mental y su elevada prevalencia, se hace precisa una sensibilización de profesionales y de la administración para diagnosticar, tratar y proveer adecuadamente de cursos.

- En personas con R.M. se observan todas las formas clínicas de los trastornos de humor, siendo diagnosticables siguiendo los criterios DSM-III-R, con ligeras matizaciones en R.M. leve y moderado. Se propone una reformulación para los R.M. severos y profundos.
- Estos trastornos son susceptibles de los mismos modelos terapéuticos en el plano psicofarmacológico (antidepresivos, sales de litio, técnicas electroconvulsivas) Se recomienda el uso de tratamiento balanceado en donde se muestran especialmente eficaces los planes de modificación de conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jacobson JW. Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American Journal on Mental Retardation* 1990;95:596-602.
- 2 Lipman RS, Dimascio A, Reating N, Kirson T. Drogas psicotrópicas y retardo mental infantil. En: *Psicofarmacología de los 30 años de progreso*. Barcelona: Lipman, Dimascio. ed. Espaxs S.A. 1982;131:1603-1616.
- 3 Sovner R. Limiting factors in the use of DSM-III-R criteria with mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin* 1986;22(4):1055-1059.
- 4 Matson J. Emotional problems in the mentally retarded: The need for assessment and treatment. *Psychopharmacology bulletin* 1985;21(2):258-261.
- 5 Wolkowitz. Use of the Dexamethasone suppression test with mentally retarded persons: Review and recommendations. *American Journal on Mental Retardation* 1990;94(5):509-514.
- 6 Vitiello B, Behar D. Mental retardation and psychiatric illness. *Hospital and community psychiatry* 1992;43(5):494-499.
- 7 Sovner R. Do the mentally retarded suffer from affective illness? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:61-67.

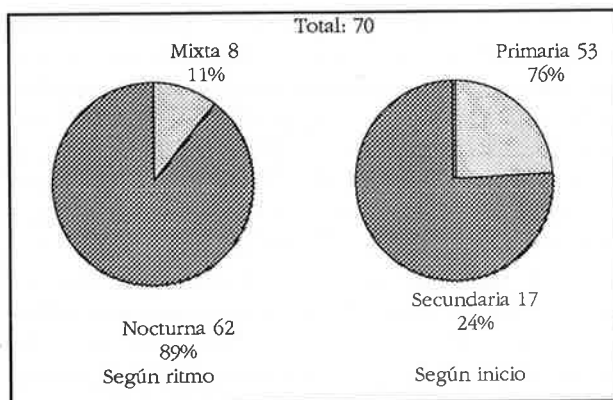


Figura 1. Tipos de enuresis.

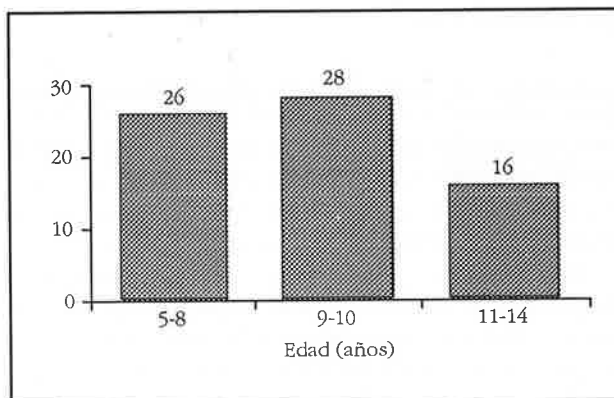


Figura 2. Distribución según edad.

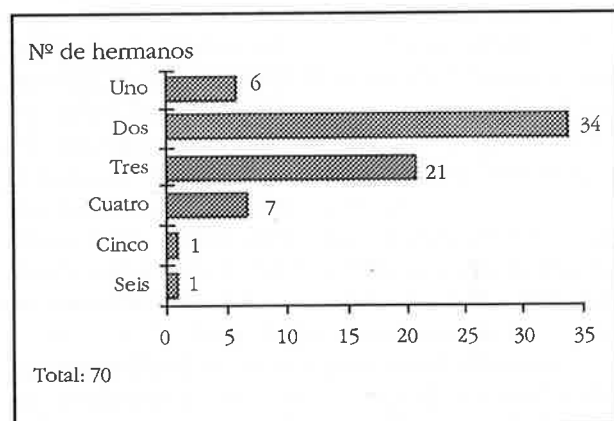


Figura 3a. Distribución según número de hermanos.

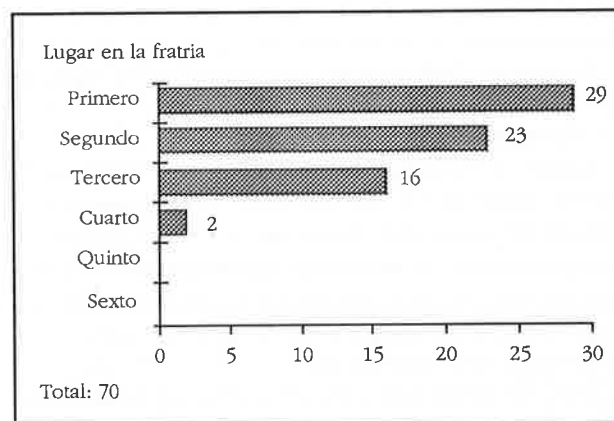


Figura 3b. Distribución según lugar en la fratria.

Estos datos hablan bien a las claras de la importancia del componente genético de la enuresis; no obstante, continuamos sin conocer el modo de actuación de este factor genético, es decir cuáles son los eslabones que llevan desde este factor genético a una enuresis concreta. Así mismo, desconocemos si esos factores genéticos actúan como predisponentes o como precipitantes del trastorno.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente artículo es un avance de un trabajo, actualmente en curso en la Unidad de Psiquiatría Infan-

til del Hospital Clínico de Salamanca acerca de la existencia o no de predisposición familiar para el desarrollo de enuresis.

Hemos estructurado el presente trabajo como un estudio observacional descriptivo. Para llevarlo a cabo hemos realizado una revisión de las historias de niños atendidos en primera consulta durante los años 1991 y 1992. De un total de 371, 70 (18,9%) fueron diagnosticados de enuresis según criterios DSM-III-R. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes enuréticos vistos por primera vez en consulta entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 1992, mayores de cinco años de edad y que hubiesen sufrido un mínimo de dos episodios de enuresis por mes si el niño tenía de cinco a siete

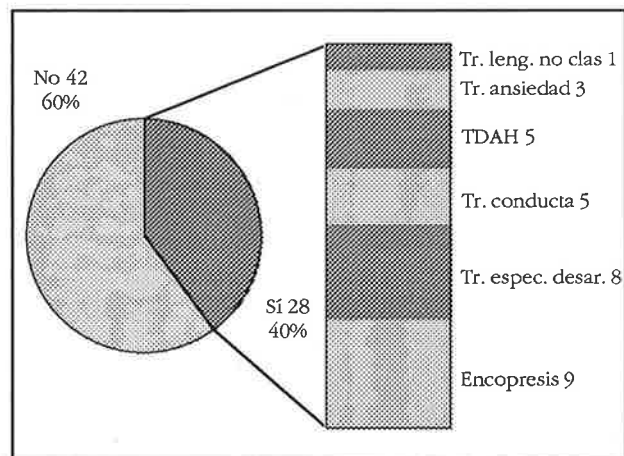


Figura 4. Otras patologías psiquiátricas.

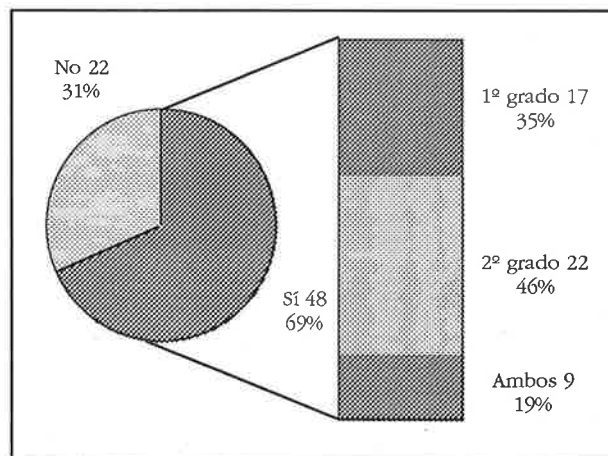


Figura 5. Antecedentes familiares.

años de edad, y un episodio por mes en niños mayores de siete años. Como criterios de exclusión se emplearon la presencia de enfermedad somática intercurrente: diabetes mellitus, diabetes insípida, infección del tracto urinario o epilepsia; también fueron excluidos los niños afectados de cualquier grado de retraso mental.

Características de la muestra

De los 70 niños estudiados, 62 (88%) padecían enuresis nocturna, ocho (11%) mixta y ninguno diurna. En lo referente al control esfinteriano previo, 53 (76%) eran del tipo primario y 17 (24%) del secundario (Fig. 1). En la distribución por sexos predominaban los hombres: 42 (60%) frente a las mujeres: 28 (40%).

La edad media de los niños era de $8,47 \pm 2,41$ años, con un mínimo de 5 y un máximo de 14. La distribución por edades aparece en la figura 2.

En lo referente a las características sociodemográficas se valoraron:

- Procedencia de la familia (rural vs urbana). 32 niños (46%) procedían de zonas urbanas y 38 (54%) de zonas rurales.
- Número de hermanos (Fig. 3a). Predominan claramente las familias con dos hijos, 34 en total, que supone un 49%.
- Lugar en la fratria, predominan los hermanos mayores (29, que suponen un 41%). (Fig. 3b).
- Edad materna. La media de edad es de $36,21 \pm 7,05$ con valores extremos de 57 y 23 años.

Tabla 1. Antecedentes familiares de primer grado

Total niños con antecedentes de 1º grado: 26	
<i>Padre</i>	
Solo	6
+ madre	1
+ hermanos	4
Total 11 (42,3%)	
<i>Madre</i>	
Sola	7
+ padre	1
+ hermanos	1
Total 9 (34,6%)	
<i>Hermanos</i>	
Solo/s	7
+ madre	1
+ padre	4
Total 12 (46,1)	

- Edad paterna. La media de edad es de $38,94 \pm 7$ y los valores máximo y mínimo 56 y 27 años respectivamente.

Atendiendo a la presencia de otra patología psiquiátrica acompañante, observamos que la mayoría de los niños (42, un 60%) no presenta. De los 28 niños restantes, un 40% padece algún tipo de trastorno, destacando la encopresis (nueve casos) y los trastornos específicos del desarrollo (ocho casos) (Fig. 4).

168 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio presentan antecedentes familiares de enuresis un total de 48 niños (69%), y no los presentan 22 (31%). Dentro de los primeros, 17 (35%) tienen antecedentes de primer grado (padre, madre y/o hermanos); 22 (46%) de segundo grado (primos, tíos y/o abuelos) y nueve (19%) de primero y segundo (Fig. 5). Si atendemos exclusivamente a los de primer grado, que serían los que más influencia tendrían en el desarrollo de enuresis en el niño, vemos que existen en un total

de 26 niños que los presentan (54% de los pacientes con antecedentes y 36% del total de la muestra).

Estos resultados son superponibles y, en algunos casos, más significativos que estudios publicados sobre el mismo tema y similar amplitud muestral.

Finalmente, en la tabla 1 se exponen discriminadamente los antecedentes en primer grado. Destaca la mayor proporción de hermanos y de padres que de madres, lo cual iría en favor del ya comentado mayor riesgo de enuresis en el caso de que sea el padre el progenitor afectado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition revised: 1987.
- 2 Ollendick TH, Hersen M. *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- 3 Toro J. *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
- 4 Fergusson DM y cols. Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8-year longitudinal study. *Pediatrics* 1986;**78**(5):884-90.
- 5 De Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson, 1990.
- 6 Acosta A, Freire F, Rey F, López G. Estudio de los factores etiopatogénicos de la enuresis en nuestro medio. *Actas del IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*. Valencia: 1984.
- 7 Jarvelin MR y cols. Aetiological and precipitating factors for childhood enuresis. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991;**80**(3):361-369.
- 8 Jarvelin MR y cols. Enuresis in seven-year-old children. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1988;**77**(1):148-53.

J.L. Lampreave
M.J. Mardomingo¹
V. Molina²
J.C. Alonso³
P. Domínguez
I. Almoguera

Spect cerebral en el síndrome de Gilles de la Tourette: resultados preliminares

- 1 Servicios de Medicina Nuclear y Psiquiatría Infantil, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid
- 2 Centro San Juan de Dios, Ciempozuelos, Madrid
- 3 Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Virgen de Alarcos, Ciudad Real

Brain spect in Tourette's syndrome: preliminary results

Correspondencia:

J.L. Lampreave Márquez
Servicio de Medicina Nuclear
Hospital General Gregorio Marañón
Maizquez 7, 28009-Madrid

RESUMEN

Objetivos: valorar el flujo regional cerebral en pacientes diagnosticados de Síndrome de Gilles de la Tourette (GdT)(DSM-IV).

Métodos: se han estudiado 5 pacientes, varones, de edades comprendidas entre 11-13 años, diestros, encontrándose uno de ellos en tratamiento y 4 sin tratamiento en el momento del estudio. Se llevó a cabo un Spect cerebral con ^{99m}Tc-HMPAO (Hexamethyl Propylene Amine Oxime) para analizar el flujo regional cerebral en condiciones de reposo. Se realizó tanto una valoración visual como semicuantitativa, dibujando áreas de interés (ROIs) a nivel cortical y subcortical, con objeto de obtener índices de actividad izquierda/derecha y relación de cada ROI con respecto a cerebelo. Los resultados fueron comparados con los pacientes control.

Resultados: los resultados obtenidos muestran como hallazgo más frecuente hipoperfusión fronto-orbitaria (4/5), seguido de hipoperfusión temporal mesial y asimetrías de captación subcorticales (talámicas y ganglios basales). Estos resultados concuerdan con los hasta ahora publicados, reforzando la hipótesis de una posible alteración de corteza y estructuras límbicas y subcorticales. Es necesario aumentar el

número de casos y seguimiento a largo plazo para evaluar correctamente estos resultados.

PALABRAS CLAVE

^{99m}Tc-HMPAO Spect; Síndrome de Gilles de la Tourette.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the regional cerebral blood flow in patients diagnosed with Tourette's Syndrome (GdT)(DSM-IV).

Methods: 4 unmedicated and one medicated Gdt subjects, males, right-handed and with a range of age between 11 to 13 years, underwent a ^{99m}Tc-HMPAO (Hexamethyl Propylene Amine Oxime) brain Spect. Regional cerebral blood flow was assessed visually and through a semiquantitative method, drawing regions of interest (ROIs) on the cortex and the subcortex, in order to obtain left to right and ROI to cerebellum activity indexes.

Results: orbital-frontal (4/5) followed by mesial temporal lobe hypoperfusion and asimetry of perfusion in basal ganglia and thalamus were the

170 *most frequent results. These are consistent with previous published reports, reinforcing the hypothesis of limbic and subcortical dysfunction. Long-term follow-up studies and more patients are required to evaluate possible implications of these findings.*

KEY WORDS

^{99m}Tc-HMPAO Spect; Tourette syndrome.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Gilles de la Tourette (GdT) es una patología neuropsiquiátrica de inicio típicamente infantil, caracterizado por la presencia de tics motores múltiples, acompañados por uno o más tics verbales en algún momento de la evolución, si bien no necesariamente concurrentes⁽¹⁾.

La historia familiar es positiva en un 30% de los casos, aunque sólo en ciertas ocasiones se da el síndrome completo. Parece que la transmisión pudiera estar ligada a un gen autosómico dominante⁽²⁾.

Desde hace varios años se están empleando varios tipos de trazadores de perfusión cerebral en la mayoría de los hospitales, como el ECD-Tc99m (etilen-cisteína dímero) y el HMPAO-Tc99m. Es este último el radiofármaco más empleado, ya que por su lipofiliidad es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, distribuyéndose según el flujo regional cerebral en los 2-3 minutos siguientes a su inyección, permaneciendo estable desde entonces, pues presenta una casi nula redistribución. Sin embargo sus aplicaciones en el campo de la Psiquiatría clínica están aún por delimitar. Esto es todavía más evidente en el campo de la Psiquiatría infantil y juvenil.

Por esta razón nos planteamos realizar un estudio de la distribución del flujo cerebral regional en una patología típicamente infanto-juvenil, en un intento de correlacionar los hallazgos de imagen con la clínica y los modelos neuroanatómicos que tratan de explicar la etiopatogenia de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Los cinco pacientes fueron remitidos de las consultas externas de Psiquiatría Infantil del Hospital General

Gregorio Marañón, de Madrid (HGGM). Todos ellos cumplían criterios de DSM-IV para GdT, eran varones, diestros y con edades comprendidas entre los 11 y 13 años.

Tan sólo uno de ellos estaba en tratamiento en el momento del estudio (Haloperidol), aunque no presentaba respuesta clínica al mismo. Los otros cuatro se encontraban libres de medicación tras ser sometidos a una reducción gradual de la dosis durante 2-3 semanas, permaneciendo después otras dos semanas sin tratamiento alguno.

Se utilizó una gammacámara monocabezal, del Servicio de Medicina Nuclear del HGGM. En la adquisición se empleó un colimador de alta resolución, órbita circular, de 360 grados, 64 imágenes de 20 segundos cada una, en matriz de 64x64.

Se inyectó por vena antecubital una dosis de HMPAO-Tc99m que osciló entre 12-16 mCi (444-592 MBq).

La reconstrucción de las imágenes se realizó en proyecciones transaxial, coronal y sagital, con corrección por atenuación ($\mu=0.12$) y procesado de los datos mediante un filtro Sheep-Logan-Hanning (cut-off frequency = 1).

Para la valoración semicuantitativa se dibujaron 8 ROIs de forma automática a nivel cortical de cada hemisferio, sobre tres cortes consecutivos axiales (Fig. 1) y otros 7 ROIs corticales sobre cortes sagitales simétricos: frontoorbitario, frontal basal, frontal anterior, fronto-parietal, parietal anterior y posterior y occipital (Fig. 2). También las cortezas mesial y lateral del lóbulo temporal fueron analizadas en proyección coronal. A nivel subcortical se delimitaron ROIs sobre tálamos y ganglios de la base en aquellos cortes transversales en los que fueron identificados.

Una vez obtenidas las cuentas medias de cerebelos, se realizaron índices de actividad izquierda/derecha y se analizó cada paciente de forma individual con respecto a cerebelo (ROI/cerebelo), comparando los resultados con pacientes control.

RESULTADOS

El hallazgo más frecuentemente observado en los pacientes GdT en comparación con los sujetos control fue la existencia de hipoperfusión en el área frontoorbitaria. Tres de ellos presentaron a su vez hipoperfusión en la corteza temporal, más acusada a nivel mesial, tanto izquierda como derecha.

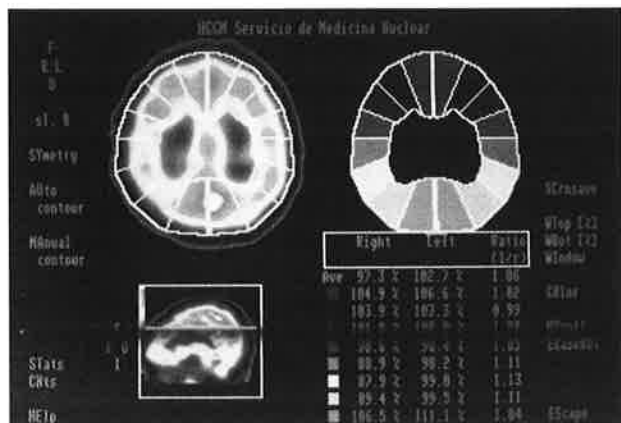


Figura 1. Semicuantificación cortical en corte transaxial a nivel ventricular.

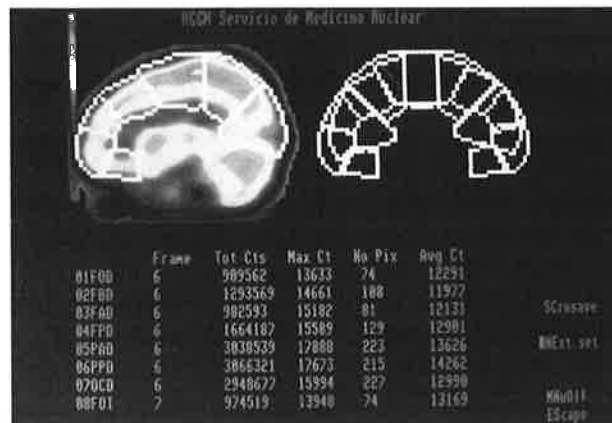


Figura 2. Semicuantificación cortical en corte sagital paramedial derecho.

En un caso los tálamos resultaron ser claramente hipercaptantes con respecto a normales y en otros dos casos existió hipoperfusión de ambos tálamos, fundamentalmente el izquierdo.

Cabe destacar también que las asimetrías de perfusión interhemisféricas fueron llamativamente superiores a lo esperable, en comparación con individuos de perfusión cerebral regional conservada.

DISCUSIÓN

Hasta la fecha son pocos los estudios realizados con técnicas de imagen en el Síndrome de GdT. Dentro de las técnicas morfológicas, los hallazgos por TAC han sido casi siempre no concluyentes o incluso normales⁽³⁾, excepción hecha de algún caso en el que se ha descrito un aumento simétrico o asimétrico del tamaño ventricular y Silviano derecho⁽⁴⁾.

Una pérdida de la normal asimetría de volumen en ganglios basales es lo más frecuentemente descrito en estudios de RMN^(5,6). En los GdT se invierte la relación en tamaño existente entre ambos núcleos lenticulares, que en condiciones normales favorece al putamen izquierdo en comparación con el contralateral.

Entrando ya en técnicas de imagen puramente funcionales, que son las que abarca el campo de la Medicina Nuclear, los hallazgos descritos en los diferentes estudios son dispares. Las alteraciones encontradas con

PET (Tomografía por emisión de Positrones) mediante el uso de glucosa marcada con fluor-18 (FDG-PET) se encuentran a nivel mesencefálico o a nivel cortical y de otras estructuras subcorticales.

Parece existir un hipometabolismo en corteza paralímbica y corteza ventral prefrontal, principalmente a nivel orbitofrontal, insular inferior y parahipocampal, así como en el estriado ventral (caudado ventromedial y núcleo acumbens)⁽⁷⁾.

Recientemente ha sido publicado un estudio⁽⁸⁾ en el que empleando 18F-DOPA para medir el metabolismo neuronal de L-DOPA exógena y 11C-RACLOPRIDE para medir la densidad de receptores D2, se ha llegado a la conclusión de que no existe una disfunción primaria de las terminales dopaminérgicas en el área estriada y que el GdT podría estar determinado más bien por una hipersensibilidad de los receptores D2. Estos datos se ven avalados por el hecho de que los pacientes mejoran con tratamiento antidopaminérgico, así como por la reducción en LCR del ácido homovanílico, principal metabolito dopaminérgico.

Con la misma técnica y trazador del presente estudio están descritas hipoperfusiones a nivel de los ganglios de la base^(9,11), de tálamos^(9,11) y de corteza frontal^(9,11,12), si bien también se ha encontrado hiperperfusión bifrontal⁽¹³⁾, incluso haciendo en este último caso diferencias entre los GdT con y sin trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) asociado. La disparidad existente

172 entre algunos de estos resultados se debe probablemente a las diferencias en las condiciones de realización de los estudios.

Estos datos descritos avalan nuestros resultados, que apuntan hacia la existencia de una hipoperfusión de la corteza y de las estructuras límbicas, como el córtex orbitofrontal y mesial temporal, así como del núcleo estriado y tálamos.

Todo ello alteraría la normal relación existente entre corteza y estructuras subcorticales, siguiendo el modelo

neuroanatómico⁽¹⁴⁾ que trata de explicar la patogenia del GdT. Por ello se explicarían las alteraciones de flujo y metabolismo existentes a nivel cortical motor, premotor y somatosensorial.

Nuestros resultados deben ser sin embargo tomados con cautela, pues se trata de resultados preliminares. Es necesario ampliar la muestra de pacientes y analizar las posibles variaciones de flujo que pudieran producirse una vez estén los pacientes con tratamiento y bien controlados clínicamente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual*, Fourth Edition. Washington, 1994.
- 2 Pauls DL, Leckman JF. The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors. Evidence for autosomal dominant transmission. *N Engl J Med* 1986;**315**:993-997.
- 3 Regeer L, Pakkenberg B, Fog R y cols. Clinical features and long-term treatment with pimozide in 65 patients with Gilles de la Tourette's Syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986;**49**:791-795.
- 4 Caparolo BK, Cohen DJ, Rothman SL y cols. Computed tomographic brain scanning in children with developmental neuropsychiatric disorders. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;**20**:338-357.
- 5 Singer HS, Reiss AL, Brown JE y cols. Volumetric MRI changes in basal ganglia of children with Tourette's Syndrome. *Neurology* 1993;**43**:950-956.
- 6 Peterson B, Riddle MA, Cohen DJ y cols. Reduced basal ganglia volume in Tourette's Syndrome using three-dimensional reconstruction techniques from magnetic resonance images. *Neurology* 1993;**43**:941-949.
- 7 Braun AR, Stoetter B, Randolph C y cols. Functional neuroanatomy of Tourette's syndrome: an FDG-PET study. *Neuropsychopharmacology* 1993;**9**:277-291.
- 8 Turjanski N, Sawle GU, Playford ED y cols. Pet studies of the presynaptic and postsynaptic dopaminergic system in Tourette's Syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;**57**:688-692.
- 9 Hall M, Costa DC, Shields J y cols. Brain perfusion patterns with Tc-99m HMPAO/SPET in patients with Gilles de la Tourette Syndrome (Abstract). *Eur J Nucl Med* 1990;**16**:56.
- 10 Steuen D. Structural Imaging in Tourette Syndrome. En: Cohen DJ. *Advances in Neurology: Gilles de la Tourette Syndrome*, vol 58. New York: Raven Press, 1992:201-211.
- 11 Sieg KG, Buckingham D, Goffney GR y cols. Tc-99m HMAPO Spect Brain imaging of Gilles de la Tourette's Syndrome. *Clin Nucl Med* 1993;**(3)**:225.
- 12 Altinyai E, Ozalp E, Yaacioglu H y cols. Tc-99m HMPAO Brain Spect in Gilles de la Tourette Syndrome. Presentado en el 2º Simposium Europeo de Medicina Nuclear Pediátrica. Barcelona, Marzo; 1995.
- 13 George MS, Trimble MR, Costa DC y cols. Elevated frontal blood flow in Gilles de la Tourette Syndrome: a Tc-99m HMPAO Spect study. *Psychiatry Research* 1992;**45**:143-151.
- 14 Stoetter B, Braun AR, Randolph C y cols. Functional neuroanatomy of Tourette Syndrome. Limbic-motor interactions studied with FDG PET. En: Chase TN, ed. *Advances in Neurology*, vol 58. New York: DJ Cohen, 1992.

A. de los Santos Sánchez-Barbudo¹
P. Massé²
J. Rodríguez Sacristán³

Diseño de un inventario para la
detección de los malos tratos
psíquicos en la infancia: el
I.D.M.I.

- 1 Facultativo Especialista de Área del Servicio de Psiquiatría Infantil del HU. "Virgen Macarena" (Sevilla)
- 2 M.I.R. de Psiquiatría del H.U.V.M.
- 3 Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del H.U.V.M.

Correspondencia:

A. de los Santos Sánchez Barbudo
C/ Conde de Cifuentes nº 6, Casa C, bjo
41004 Sevilla

*Design of an inventory for the
detection of infant emotional
mistreatment*

RESUMEN

Según la Asociación Andaluza para la defensa de la infancia y la prevención del maltrato, el maltrato es cualquier acción u omisión, no accidental, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor. Dentro del maltrato, está el denominado maltrato psíquico, que aparece cuando dichas necesidades están en relación con las interpersonales y la autoestima del menor. En nuestro trabajo, aportamos un inventario para la detección de dichos malos tratos. Este "I.D.M.I." está integrado por 60 ítems escogidos del C.C.B. de Cardoze-Rodríguez Sacristán utilizado en nuestra unidad. De éstos, 23 ítems componen los criterios de inclusión y 37 de riesgos. El "I.D.M." explora las áreas de embarazo, parto, periodo neonatal, antecedentes personales, el perfil familiar y las características psicológicas del padre y la madre, y de éstas se extraen criterios de inclusión y factores de riesgos que detectan el abuso psicológico infantil en el contexto sociofamiliar.

PALABRAS CLAVE

Malos tratos psíquicos; Inventario.

ABSTRACT

According to the Andalusian Association for the defense of children and prevention of mistreatment, mistreatment is any non-accidental action or omission, which endangers the satisfaction of the basic needs of the child. In our report, we provide an inventory for the detection of the mentioned mistreatments. This "I.D.M.I." is composed of sixty items selected from the C.C.B. by Cardoze-Rodríguez Sacristán, used in our unit. Of these, twenty three items selected from the inclusive criteria and thirty-seven from risk criteria. "I.D.M." explores the areas of pregnancy, delivery, the neonatal period, and personal background, the family profile and the psychological characteristics of the mother and father. From the factors inclusive risk criteria are taken that detect psychological infant child abuse in the sociofamily context.

KEY WORDS

Emotional mistreatment; Inventory.

174 INTRODUCCIÓN

Si difícil es comprobar el diagnóstico de sospecha de malos tratos físicos en el niño más difícil es llegar a la comprobación del diagnóstico de un maltrato psíquico. En el primero, la evidencia de las lesiones plantea en el profesional el diagnóstico diferencial, pero en el segundo no se va a detectar con tanta facilidad. Tanto el agresor como el agredido, a veces no tienen conciencia del abuso⁽¹⁾.

Los niños que sufren el abuso psicológico no hablan de su situación, creen que es normal o que la merecen, están confundidos y no confían en los adultos. Por esto, para detectarlos hay que basarse en una serie de indicadores psíquicos individuales y de contexto, que con facilidad no están al alcance del clínico.

La evaluación y comprobación de los malos tratos psíquicos por parte de los profesionales presenta graves dificultades, por eso dependiendo de la edad del niño, aquellos tendrán que estar en estado de alerta cuando el menor presente problemas de crecimiento y del desarrollo.

Existen unos indicadores que nos pueden orientar hacia la sospecha de abuso psicológico en la infancia⁽²⁾. Éstos pueden abarcar tres áreas de riesgo:

Indicadores de riesgo físico

De 0 a 2 años: retraso en el crecimiento, infecciones leves, recurrentes o persistentes, consultas frecuentes a los servicios de urgencias, eritema severo del pañal.

De 3 a 6 años: retraso de talla, microcefalia, aspecto sucio y descuidado.

De 7 a 14 años: retraso de talla, aspecto sucio y descuidado.

Indicadores de riesgo en el desarrollo/ maduración

De 0 a 2 años: retraso y disarmonía en el desarrollo en las áreas madurativas.

De 3 a 6 años: retraso del lenguaje de tipo disarmonico, inmadurez o hipermadurez socio-emocional (excesivamente infantil o excesivamente adulto para su edad).

De 7 a 14 años: problemas de aprendizaje, escasa capacidad de habilidades para resolver situaciones de cierto conflicto, inmadurez emocional.

Indicadores de riesgo comportamental

De 0 a 2 años: hiperactividad, rabietas, inquietud psicomotriz, conductas agresivas, retraimiento excesivo, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales.

De 3 a 6 años: capacidad de atención de forma disminuida notablemente, hiperactividad, rabietas, inquietud psicomotriz, conductas agresivas, retraimiento excesivo, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales, búsqueda de contactos físicos extraños para su edad.

De 7 a 14 años: relaciones sociales escasas y/o conflictivas, baja autoestima, conductas compulsivas, conductas de autolesión, problemas graves en el control esfinteriano, dificultad en el manejo de la agresividad, baja tolerancia a la frustración.

MATERIAL Y MÉTODO

Si nos detenemos a analizar los indicadores expuestos anteriormente, vemos que toda la psicopatología vista en un Servicio de Salud Mental Infantil sería tributaria de sospecha de malos tratos psíquicos. Es por lo que es importante diseñar un inventario en que se valore también el contexto familiar y los antecedentes personales.

El C.C.B. (Cuestionario Clínico-Biográfico) de Cardoze-Rodríguez-Sacristán se lleva aplicando en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla desde finales de los años setenta y ha ayudado de forma demostrada la búsqueda de datos clínicos, evolutivos, familiares y de contexto para completar la historia clínica.

Este cuestionario está integrado por: síntomas actuales: 126 ítems; datos sobre el embarazo: 27 ítems; datos sobre el parto: 17 ítems; datos sobre el período neonatal: 25 ítems; datos sobre las enfermedades padecidas: 33 ítems; datos sobre el perfil familiar: 45 ítems; datos sobre el padre: 16 ítems; datos sobre la madre: 28 ítems; datos sobre el desarrollo psicomotor: 72 ítems.

Tras el análisis de cada ítem, hemos extraído aquellos que de una forma directa o indirecta están en relación con el abuso psicológico en el niño. No hemos incorporado a este diseño de inventario los ítems referidos a "síntomas actuales", "parto" y los del "desarrollo psicomotor" porque creemos que los ítems referidos a

Tabla 1

	Nº ítems totales C.C.B.	Nº ítems I.D.M.I.	Nº de criterios inclusión	Nº criterios riesgo
Embarazo	27	2	—	2
P. neonatal	25	4	1	3
Enfermedades padecidas	33	5	—	5
Perfil familiar	45	24	8	16
Padre	16	11	7	4
Madre	28	14	7	7

los antecedentes personales ("embarazo", "período neonatal", "enfermedades padecidas") y al contexto familiar ("perfil familiar", "padre" y "madre") van a confirmar por ellos solos, la sospecha de malos tratos, y su repercusión en la psicopatología del niño.

En la tabla 1 podremos observar el número de ítems extraídos y los que integran los criterios de inclusión y los criterios de riesgo.

Los criterios de inclusión aúnan todos los ítems que hemos creído definidores de por sí como equivalentes de sospecha de abuso psicológico infantil. Los criterios de riesgo aúnan todos los ítems que aunque no hemos creído definidores de por sí como equivalentes de sospecha de abuso psicológico infantil, tienen un peso importante ante el riesgo de dicho abuso.

RESULTADOS

Descripción del I.D.M.I.

Embarazo: de los 27 ítems del C.C.B. referentes al embarazo hemos extraído dos criterios de riesgo: "hubiese preferido no haber quedado embarazada" (1) "Deseaba que el niño o la niña fuese de sexo contrario" (2).

Período neonatal: consideramos período neonatal al referido a los siete primeros días de vida del niño. De los 25 ítems de C.C.B sobre este período hemos escogido cuatro, que los distribuimos en uno para los criterios de inclusión: "No tomó el pecho porque la madre no quería darlo" (6) y tres para los criterios de riesgo: "El niño/a permaneció más tiempo que la madre en el hospital" (3), "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc.) por una persona distinta a la madre" (4), "No tomó el pecho por dificultades de la madre" (5).

Enfermedades padecidas: de los 33 ítems del C.C.B. sobre las enfermedades que ha padecido el niño/a hemos hallado cinco que a nuestro entender podíamos incluir en los criterios de riesgo: "Su hijo tiene o ha tenido raquitismo" (7), "Su hijo tiene o ha tenido poco peso para su edad" (8), "Su hijo tiene o ha tenido demasiado peso para su edad" (9), "Su hijo se ha intoxicado accidentalmente por toma de alguna sustancia" (10), "Su hijo ha tenido algún accidente importante" (11).

Perfil familiar: El perfil familiar va a describir la dinámica entre los diversos componentes de la familia así como los rasgos definitorios del contexto (vida laboral, normas higiénicas, normas educacionales y vida de comunidad). De los 45 ítems del C.C.B. sobre dicho perfil, hemos extraído 24, de los cuales ocho están dentro de los criterios de inclusión:

- "El niño fue adoptado teniendo más de 2 años" (13)
 - "El niño ha pasado mucho tiempo en un internado o está actualmente interno" (17)
 - "Se le envió a un internado por su mal comportamiento en casa" (18)
 - "Los padres se separaron y volvieron a la vida matrimonial después de nacido el niño" (21)
 - "En casa se discute mucho delante del niño o de los niños" (22)
 - "El niño/a trabaja fuera de casa" (27)
 - "Es necesario pegar al niño frecuentemente" (29)
 - "Es necesario castigarle o reñirle mucho" (30)
- y dieciséis para los criterios de riesgo:
- "El niño fue adoptado cuando tenía pocos días o meses de edad" (12)
 - "En la actualidad estáis separados" (14)
 - "El niño ha sido criado por otro familiar" (15).
 - "El niño pasaba la mayor parte del día en casa de otro familiar o lo hace actualmente" (16)

- 176 "El matrimonio es muy inestable" (19)
"Los padres están en vías de separación" (20)
"El padre es bebedor habitual" (23)
"La madre es bebedora habitual" (24)
"El padre y la madre están sin trabajo" (25)
"El padre está en paro y la madre es la que trabaja fuera de casa" (26)
"Viven otros familiares en casa" (28)
"El padre conversa poco con el niño" (31)
"La madre conversa poco con el niño" (32)
"La vivienda es muy pequeña" (33)
"Duermen dos niños en una cama" (34)
"En la casa siempre hay mucho ruido" (35)
Rasgos del padre: de los 16 ítems del C.C.B. referentes a los rasgos de personalidad del padre, hemos optado 11, de los cuales siete corresponden a los criterios de inclusión:
"El padre piensa que los niños se deben educar con severidad" (38)
"El padre piensa que los niños deben hacer todo lo que quieran" (39)
"El padre piensa que a los niños no se les debe acariciar demasiado para no mimarlos" (40)
"El padre tiene preferencia por alguno de los hermanos o hermanas del niño" (41)
"Al padre le disgusta mucho que el niño no obtenga las notas que él espera" (42)
"El niño/a tiene desilusionado al padre" (43)
"El padre hubiese preferido no tener hijos" (46)
Y cuatro a los de riesgo:
"El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" (36)
"El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" (37)
"El padre piensa que pasó una infancia con muchos problemas" (44)
"Los padres del padre eran muy severos" (45)
Rasgos de la madre: De los 28 ítems del C.C.B. referentes a las características de la madre, hemos obte-

nido 14, de los cuales siete cumplen los criterios de inclusión:

- "La madre piensa que los niños deben educarse con severidad" (49)
"La madre piensa que a los niños no se les debe acariciar demasiado para no mimarlos" (50)
"La madre piensa que los niños deben hacer todo lo que quieran" (51)
"La madre tiene alguna referencia por alguno de los hermanos/as del niño" (52)
"A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que ella espera" (54)
"El niño/a la tiene desilusionada" (57)
"La madre hubiese preferido no tener hijos" (60)
Y otros siete, los de riesgo:
"La madre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" (47)
"La madre se siente deprimida con frecuencia" (48)
"Las circunstancias han obligado a la madre a dedicarse más a uno de los hermanos/as del niño" (53)
"Cuando el niño sale a jugar la madre prefiere estar cerca de él para que no le suceda nada" (55)
"La madre piensa que el niño debe de tener alguna enfermedad mental" (56)
"La madre piensa que pasó una infancia con muchos problemas" (58)
"Los padres de la madre eran muy severos" (59)

CONCLUSIÓN

A título de conclusión, podemos decir que si de por sí es difícil diagnosticar el maltrato físico infantil, más difícil es detectar el abuso emocional en el niño porque, al contrario del maltrato físico no hay signos exteriores. En la actualidad, y por la bibliografía consultada, hay escasos, por no decir ninguno, instrumentos que detecten los malos tratos psíquicos. Creemos que el I.D.M.I. puede ser un proyecto atractivo para dicha detección.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Calvo Rosales J, Calvo Fernández JR. *El niño maltratado*. Madrid: Cea, 1986.
- 2 Maya E, Bermejo T, González-Meneses A. *El maltrato infantil*.

Trabajo monográfico para la asignatura de Psiquiatría Infantil. Sevilla, Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla, 1995.

Anexo

I.D.M.I.

Nombre: _____ Apellidos: _____
Edad: _____ Domicilio: _____
Diagnóstico _____
Clave: _____

Por favor tache la pregunta que crea Vd. verdadera sobre su hijo, hogar y familia. A ser posible debe contestar el padre de la pregunta nº 36 a la 46. Muchas gracias.

1. Hubiese preferido no haber quedado embarazada.
2. Deseaba que el niño o la niña fuese de sexo contrario.
3. El niño/a permaneció más tiempo que la madre en el hospital.
4. Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc) por una persona distinta a la madre.
5. No tomó el pecho por dificultades de la madre.
6. No tomó el pecho porque la madre no quería darlo.
7. Su hijo ha tenido o tiene raquitismo.
8. Su hijo ha tenido o tiene poco peso para su edad.
9. Su hijo tiene o ha tenido demasiado peso para su edad.
10. Su hijo se ha intoxicado accidentalmente por toma de alguna sustancia.
11. Su hijo ha tenido algún accidente importante.
12. El niño fue adoptado cuando tenía pocos días o meses de edad.
13. El niño fue adoptado teniendo más de 2 años.
14. En la actualidad estáis separados.
15. El niño ha sido criado por otro familiar.
16. El niño pasaba la mayor parte del día en casa de otro familiar o lo hace actualmente.
17. El niño ha pasado mucho tiempo en un internado o está actualmente interno.
18. Se le envió a un internado por su mal comportamiento en casa.
19. El matrimonio es muy inestable.
20. Los padres están en vías de separación.
21. Los padres se separaron y volvieron a la vida matrimonial después de nacido el niño.
22. En casa se discute mucho delante del niño o de los niños.
23. El padre es bebedor habitual.
24. La madre es bebedora habitual.
25. El padre y la madre están sin trabajo.
26. El padre está en paro y la madre es la que trabaja fuera de casa.
27. El niño /a trabaja fuera de casa.
28. Viven otros familiares en la casa.
29. Es necesario pegar al niño frecuentemente.
30. Es necesario castigarle o reñirle mucho.
31. El padre conversa poco con el niño.
32. La madre conversa poco con el niño.
33. La vivienda es muy pequeña.
34. Duermen dos niños en una cama.
35. En la casa siempre hay mucho ruido.
36. El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia.
37. El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo.
38. El padre piensa que los niños se deben educar con severidad.
39. El padre piensa que los niños deben hacer todo lo que quieren.
40. El padre piensa que a los niños no se les debe acariciar demasiado para no mimarlos.
41. El padre tiene preferencia por alguno de los hermanos o hermanas del niño.
42. Al padre le disgusta mucho que el niño no obtenga las notas que él espera.
43. El niño/a tiene desilusionado al padre.
44. El padre piensa que pasó una infancia con muchos problemas.
45. Los padres del padre eran muy severos.
46. El padre hubiese preferido no tener hijos.
47. La madre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia.

- 48. La madre se siente deprimida con frecuencia.
- 49. La madre piensa que los niños deben educarse con severidad.
- 50. La madre piensa que a los niños no se les debe acariciar demasiado para no mimarles.
- 51. La madre piensa que los niños deben hacer todo lo que quieran.
- 52. La madre tiene alguna preferencia por alguno de los hermanos/as del niño.
- 53. Las circunstancias han obligado a la madre a dedicarse más a uno de los hermanos/as del niño.
- 54. A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que ella espera.
- 55. Cuando el niño sale a jugar la madre prefiere estar cerca de él para que no le suceda nada.
- 56. La madre piensa que el niño debe de tener alguna enfermedad mental.
- 57. El niño/a la tiene desilusionada.
- 58. La madre piensa que pasó una infancia con muchos problemas.
- 59. Los padres de la madre eran muy severos.
- 60. La madre hubiese preferido no tener hijos.

I= 6-13-17-18-21-22-27-29-30-38-39-40-41-42-43-46-49-50-51-52-54-57-60.

R= 1-2-3-4-5-7-8-9-10-11-12-14-15-16-19-20-23-24-25-26-28-31-32-33-34-35-36-37-44-45-47-48-53-55-56-58-59.

P. Rodríguez Ramos

Servicios de Salud Mental C.A. de Madrid

Correspondencia:

P. Rodríguez Ramos
Servicios de Salud Mental de Tetuán
Maudes, 32
28003 Madrid

Asociación clomipramina-
fluoxetina en adolescentes
obsesivos refractarios a la
monoterapia: nivel plasmático y
efectos clínicos

*Clomipramine-fluoxetine
association in obsessive
adolescents showing no response
to monotherapy: plasma levels
and clinical effects*

RESUMEN

Los antidepresivos serotoninérgicos han sido contrastados con resultados eficaces en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), pero de los menores que lo sufren y son tratados entre el 26% y el 40% no responden a estos fármacos en monoterapia.

Dos jóvenes de 17 y 18 años diagnosticados de TOC han seguido tratamiento con diversos antidepresivos serotoninérgicos en monoterapia mejorando parcialmente sobre todo con clomipramina (CLM) a dosis de hasta 225 mg./día. Debido a la persistencia de los síntomas obsesivos en un caso y a distimias intensas y recurrentes en el otro, se inició terapia combinada con CLM y fluoxetina (FXT) ajustando la dosis de CLM a 37,5 mg/día asociada a 20 mg/día de FXT en ambos casos.

Durante las primeras tres semanas del tratamiento no se apreciaron cambios en la sintomatología ni en los efectos colaterales atribuibles a concentraciones altas de CLM.

Al mes de tratamiento comenzaron a apreciarse cambios favorables en los dos pacientes, hasta mantenerse una gran mejoría en ambos. Ninguno de estos pacientes mostró síntomas de exceso de CLM,

ni efectos colaterales de uno u otro fármaco superiores a los observados durante el tratamiento en monoterapia con CLM o FXT. Sus niveles plasmáticos de clomipramina (63 y 74 mmol/L) y desmetilclomipramina (132 y 153 mmol/L) se encontraban dentro del rango considerado como terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Trastorno obsesivo-compulsivo; Clomipramina; Fluoxetina.

ABSTRACT

Serotonergic antidepressants (IRS) have proved effective in obsessive-compulsive disorder (OCD), nevertheless about 26-40% of children and adolescents with OCD show not response to IRS in monotherapy.

Two adolescents (17 and 18 year old) with OCD have been treated with a number of serotonergic antidepressants on monotherapy improving partially specially with Clomipramine (CLM) with doses of up

180 to 225 mg/day. Due to persistence of obsessive symptoms, in one case, and intense and recurrent dysthymias, in the other, therapy combining both CLM, with adjusted doses of 37.5 mg/day, and Fluoxetine (FXT), with doses of 20 mg/day, was started.

There were no changes in symptoms during the first three weeks. Adverse effects related to CLM high plasma levels were absent. On the fourth week a progressive good response was seen in both patients with remission of obsessive-compulsive symptoms and euthymic state. No adverse effects were observed. After a month CLM (63 and 74 mmol/L) and Demethylclomipramine (132 and 153 mmol/L) plasma levels stayed on therapeutic levels.

KEY WORDS

Adolescence; Obsessive-Compulsive disorder; Clomipramine; Fluoxetine.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del síndrome obsesivo es bastante decepcionante...
Julián de Ajuriaguerra (1973)

El juicio que encabeza este artículo aún mantiene su validez, pero solo parcialmente; porque veinte años después las perspectivas terapéuticas son menos sombrías, aunque una parte importante de los menores que sufren el síndrome obsesivo no responde a los métodos terapéuticos actualmente disponibles.

Han sido diversas las formas de tratamiento utilizadas para los Trastornos Obsesivo-Compulsivos (TOC), pero los métodos cognitivo-conductistas y los psicofarmacológicos con antidepresivos serotoninérgicos son los que ofrecen mayor cantidad de estudios controlados y mejores resultados; ya sea por separado o combinando ambos sistemas de tratamiento.

Estas formas de tratamiento pueden ser efectivas, pero no son suficientes, debiendo acompañarse de otras medidas para la reducción de los síntomas o la adaptación familiar, la recuperación de áreas deterioradas como la escolar o las relaciones sociales. Todo ello

requiere la interconfianza y colaboración terapéutica, sin olvidar a la familia.

Aunque la psicoterapia y la confianza derivada de ella son básicas para la aceptación de los tratamientos y la adaptación del paciente a su peculiar forma de ser, según Mardomingo⁽¹⁾ va siendo general el acuerdo de que la combinación de formas de tratamiento cognitivo-conductistas y psicofarmacológicas puede considerarse como la terapéutica que por el momento ofrece mejores resultados. Así se confirma en el estudio de seguimiento de Tomás y cols.⁽²⁾ que revisa la evolución y respuesta al tratamiento en 73 niños y adolescentes.

Para Tomás y cols.⁽²⁾ el antidepresivo más eficaz en el control de obsesiones y compulsiones es la clomipramina (CLM). Sus resultados de remisión clínica se obtienen en un 59.49% de los casos tratados con este fármaco, porcentaje superior al obtenido con cualquier otro antidepresivo. Mejorías semejantes, con reducción superior al 46% en la sintomatología en el 74% de 19 pacientes, fueron recogidas por Flament y cols.⁽³⁾ en un estudio doble ciego también con clomipramina, aunque previamente Rapoport y cols.⁽⁴⁾ no habían encontrado diferencias significativas a favor de la clomipramina en adolescentes obsesivos. Aparte de criterios de selección y mejoría, y de duración del tratamiento, la dosificación resulta ser una variable de capital importancia.

Trabajos recientes realizados con grupos control también refieren mejoría significativa con la clomipramina en menores obsesivos. A las ocho semanas de tratamiento la mejoría es significativamente superior a la observada con placebo⁽⁵⁾. En éste y otros estudios se aprecia un hecho interesante: los pacientes obsesivos responden al placebo en un porcentaje notablemente pequeño comparados con otros trastornos psicopatológicos (5-8% frente a 30-40%).

Estudios de concentración de serotonina (5-HT) y de actividad de la monoaminoxidasa (MAO) plaquetarias han puesto de manifiesto una doble asociación: 1) entre la gravedad de la sintomatología y los niveles más bajos de 5-HT, y 2) entre altas concentraciones de 5-HT y mejor respuesta a la clomipramina⁽⁶⁾.

Entre los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) la Fluoxetina (FXT) viene siendo el más estudiado^(7,8), incluso con estudios controlados⁽⁹⁾; por ello se considera a la FXT al menos tan eficaz como la CLM en los trastornos obsesivos de menores⁽¹⁰⁾.

Las pautas básicas de medicación exigen: a) el incremento progresivo de dosis hasta un máximo de 5 mg/kg/

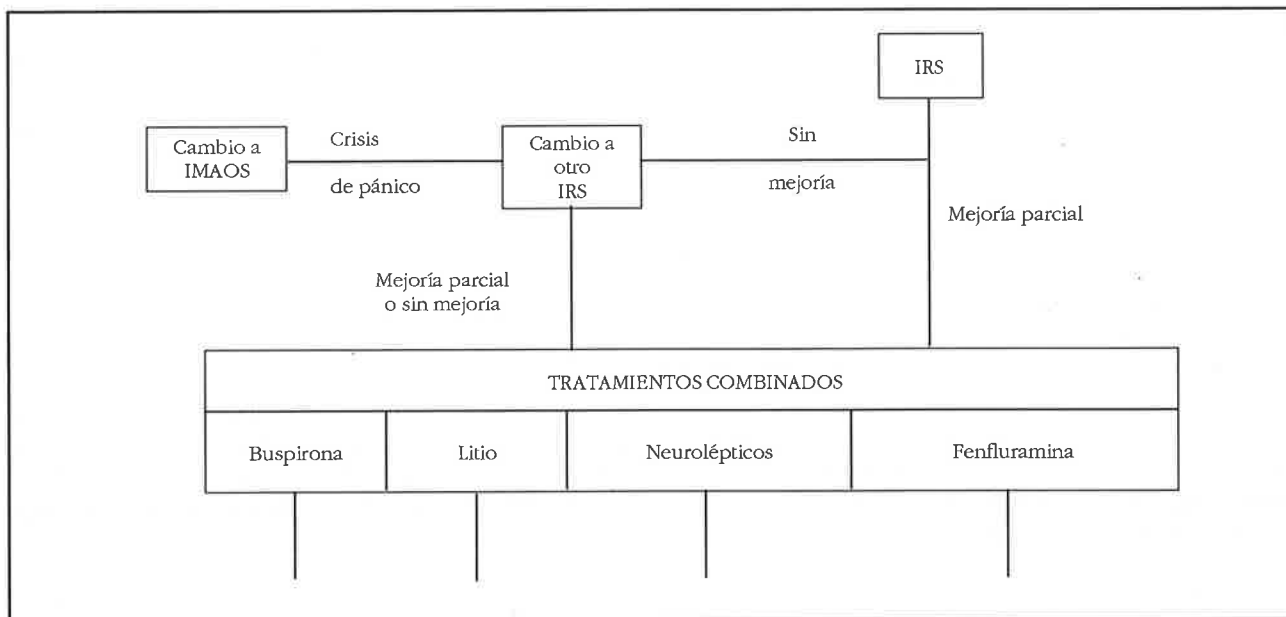


Figura 1. Primeros pasos del algoritmo según Goodman y cols. para el tratamiento biológico del TOC. IRS: Inhibidores de Recaptación de Serotonina (CLM, FXT, Fluvoxamina, Sertralina o Paroxetina).

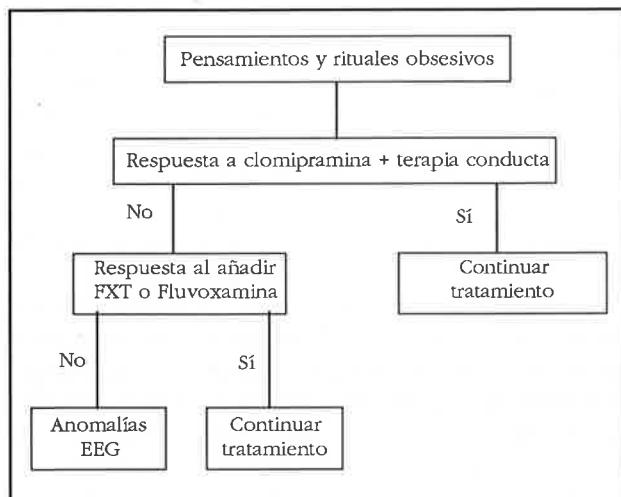


Figura 2. Primera parte del árbol de decisión para el tratamiento del TOC según Vallejo Ruiloba.

día para la CLM o de hasta 60 mg/día con la FXT; y b) el mantenimiento de la dosis óptima durante doce semanas hasta comprobar la respuesta terapéutica⁽⁴⁾. En el caso de la CLM los mayores problemas prácticos son debidos a: 1)

La falta de relación dosis respuesta, incluso nivel plasmático-respuesta; 2) las diferencias individuales de dosis-nivel plasmático, y 3) los efectos colaterales, parcialmente relacionados con las dosis y el nivel plasmático. Con la FXT tampoco parece existir una relación nivel plasmático-respuesta, aunque en casos resistentes a 20 mg conviene aumentar la dosis si no hay respuesta tras ocho semanas.

Las formas rebeldes al tratamiento con CLM, FXT u otros ISRS son orientadas a tratamientos combinados en los algoritmos o árboles de decisión que abordan la cuestión, como los de Vallejo⁽¹¹⁾ y Goodman y cols.⁽¹²⁾. Interesa señalar una diferencia importante entre ambos árboles: mientras que el de Goodman orienta el tratamiento a la asociación de CLM o ISRS con otros fármacos, Vallejo establece un paso intermedio en el que recomienda que la CLM se asocie a un ISRS, y sólo después de comprobada su ineficacia se asocia CLM o ISRS a carbamacepina, neurólépticos, litio u otros fármacos menos experimentados. En los 6 casos estudiados por Simeon y cols.⁽¹³⁾ y en los dos presentados en este trabajo se aprecian mejorías importantes al asociar CLM y FXT después de no haber respondido a la CLM sola, en los casos de Simeon, o a la CLM primero y a la FXT después.

182 MATERIAL Y MÉTODO

Caso A: Varón de 18 años, diagnosticado seis meses atrás de TOC, con obsesiones ritualizadas compulsivamente en limpieza, aseo y vestido, orden de gran cantidad de sus hábitos cotidianos (comida, horarios) y finalización de tareas escolares y de la actividad familiar (frutería). También pensamientos ordenados y rituales mentales. Todo ello le había conducido a un estado de alta ansiedad, expresiones de desesperanza y temor a la pérdida de la razón, refugio obsesivo en la madre y hermana mayor, y abandono de sus estudios (COU). El tratamiento inicial fue de psicofármacos y dos entrevistas semanales de apoyo hasta comenzar una psicoterapia cognitivo-conductista cuando el nivel de ansiedad lo permitiera; también se orientó la actitud de la familia.

El tratamiento con CLM se fue aumentando en 37,5 mg cada cinco días hasta 187,5 mg/día. La dosis no se incrementó por los efectos colaterales (sedación, temblor fino, palpitaciones con taquicardia, sudoración profusa y somnolencia diurna), y los cambios favorables fueron mínimos.

Tras diez semanas se redujo la CLM en 9 días a 37,5 mg/día y se añadieron 20 mg/día de FXT. Los efectos colaterales disminuyeron en los primeros días y la mejoría clínica pudo apreciarse claramente en tres semanas. Comenzó a cumplir las directivas terapéuticas de retraso en las compulsiones, disminución de la repetición de rituales y parada del pensamiento, comenzó a realizar tareas académicas sencillas y a ir a clase, manifestaba menos sufrimiento por los pensamientos obsesivos y las compulsiones. La impresión de padres y terapeutas era de franca mejoría, la ansiedad poco perturbadora y su actividad diaria tendente a la normalidad.

Los niveles plasmáticos de CLM: (63 mmol/L) y Desmetilclomipramina (DMCLM): (132 mmol/L) a las cinco semanas del tratamiento combinado se encontraban dentro del rango no tóxico (CLM + DMCLM: 150-1270 mmol/L), y no se apreciaban síntomas adversos secundarios a estos fármacos.

A los cuatro meses de tratamiento la variedad de obsesiones se había reducido a unas pocas de orden y aseo, el sufrimiento personal por ellas era muy escaso por dominarlas fácilmente, y el grado de interferencia con la vida diaria resultaba despreciable. Perdió su curso de COU pero repite con rendimiento medio y buen nivel de adaptación global.

Caso B: Varón de 17 años que a raíz de conflictos con dos compañeros comenzó a mostrarse irritable al contrariarle en casa cuando realizaba actos ritualizados para entrar en las habitaciones; también pedía a la madre que le repitiera que no iba a convertirse en subnormal si se le olvidaba algún ritual, o a exigir repeticiones literales de frases. Refería obsesiones con la juventud y repulsión a los ancianos con temor a contaminarse de su vejez. Se veía obligado a pensar en actos del colegio que debía reaccionar mentalmente un número determinado de veces. Mostraba gran inquietud ansiosa, hasta el grado de serle difícil mantenerse sentado y necesitar negar ideas o frases de la entrevista y que las negase la madre, llegando a la agresión verbal o física en caso contrario. Para dormir también debía estar la madre a su lado y calmarle con afirmaciones relativas a sus obsesiones.

El padre tiene una personalidad de acusados rasgos compulsivos y perfeccionistas. El paciente presentaba desde hace más de dos años tics verbales y de movimientos de cabeza más acusados en los últimos meses, y tendencia a la espasmofemia clónica.

Tras administrarle 20 mg/día de FXT durante cuatro semanas sin resultados favorables se administró Propericiazina (hasta 50 mg/día) durante un mes sin cambios notables en la sintomatología. Se redujo a 10 mg/12 h. y se añadió CLM a dosis crecientes cada tres días hasta 225 mg/día, lo que permitió un diálogo más sosegado y una disminución de la inquietud en las primeras dos semanas con esta dosis, pero coincidió con hipotensión, taquicardia y sensación de mareo. Reducida a 150 mg/día se apreció una disminución de la intensidad de los pensamientos obsesivos, una disminución de los tics y un control de las compulsiones, así como una disminución de las reacciones impulsivo agresivas cuando la madre no cumplía sus exigencias. Se incorporó a clases sin participar en evaluaciones, pero mantenía una buena relación con sus amigos en recreos y tiempo libre.

Durante esta mejoría empezó a presentar episodios de gran abatimiento, ansiedad y refugio en la cama, tanto en días de colegio como en los fines de semana; los episodios duraban horas o pocos días y no parecían responder a desencadenantes externos, acompañándose de la idea intrusiva de que iba a recaer en sus obsesiones y compulsiones o a perder la razón. A pesar de las directrices y el entrenamiento terapéutico no era capaz de superar estos episodios distímicos.

El neuroléptico se redujo a 10 mg ocasionales, y la CLM a 37,5 mg/día, añadiéndose 20 mg/día de FXT. A las cuatro semanas los episodios disímicos habían disminuido en intensidad hasta el punto de ser dominables, no metiéndose en la cama y acudiendo a sus clases. La capacidad de introspección y autocontrol también mejoraron notablemente. Los niveles plasmáticos de CLM (76 mmol/L) y DMCLM (153 mmol/L), a las cuatro semanas de instaurar la asociación, estaban en rango terapéutico no tóxico, y no presentaba efectos adversos.

Nueve meses después se mantiene el tratamiento y también la evolución favorable, aunque ha disminuido su capacidad de rendimiento académico y persisten distimias leves que no le impiden continuar con su asistencia a clases y la relación con compañeros.

DISCUSIÓN

En los dos casos motivo de estudio las dosis máximas de CLM en mg/kg fueron de 3,6 mg/kg/día y 2,8 mg/kg/día. En ambos se decidió no incrementar la dosis por los efectos colaterales adversos, pero en otros casos de adolescentes obsesivos tampoco se han superado los 3-4 mg/kg/día, ya sea por precaución subjetiva o por la aparición de efectos secundarios. Dada la falta de correspondencia dosis/nivel plasmático y nivel plasmático/respuesta en el caso de la CLM el incremento hasta altas dosis no tiene una justificación generalizada evidente, y en los casos en que se haga debería controlarse mediante estudios cardiológicos y análisis de nivel plasmático a partir de los 3 mg/kg/día dados los riesgos que tales dosis conllevan.

La respuesta a la FXT tampoco se ha mostrado dependiente del nivel plasmático de este fármaco⁽¹³⁾.

La asociación de FXT a antidepresivos tricíclicos en casos resistentes de tipo depresivo u obsesivo y la mejoría clínica consecuente viene siendo referida en diversos artículos, tanto en adultos como en menores⁽¹³⁻¹⁶⁾. Esta asociación parece que siempre se hace añadiendo el ISRS al tricíclico y no al revés, lo que merece estudiarse para aclarar si, como parece, el ISRS actúa más rápidamente debido a que el tricíclico ha realizado la labor previa de sensibilizar a los receptores postsinápticos. En tal caso los ISRS actuarían potenciando esos receptores ya sensibilizados.

Con la convicción no comprobada de que no se trata de un efecto puramente aditivo sino de que existe una

potenciación entre antidepresivos con mecanismos de acción no idénticos, se viene estudiando este tipo de asociación psicofarmacológica.

Inicialmente se han descrito casos en los que la concentración plasmática del tricíclico aumentaba hasta niveles tóxicos^(17, 18) muy probablemente debido a interacciones farmacocinéticas (unión a proteínas, metabolización hepática). La interacción más importante parece ser la que tiene lugar en el catabolismo hepático de los antidepresivos, que se realiza a través de algunos de los Citocromos P450. El P450 IID6 hidroxila la FXT, la CLM y otros ISRS y tricíclicos⁽¹⁹⁾. Además estas enzimas están sujetas a mecanismos genéticos que dan lugar a individuos metabolizadores lentos y normales. El alelo causante del fenotipo metabolizador lento se transmite con carácter recesivo, estando situado en el 22 par cromosómico⁽²⁰⁾.

Los metabolizadores lentos serían los más propensos al aumento del tricíclico, aunque existen otros factores que merecen estudiarse, como las dosificaciones o el tiempo durante el que se ha administrado cada fármaco antes de la asociación. Tampoco se han realizado estudios en suficiente cantidad de individuos como para conocer si en los menores los genotipos de los citocromos son igual de efectivos (activos) que en los adultos, y por tanto están sujetos a las mismas condiciones de expresión fenotípica porque, por ejemplo, la metabolización de antidepresivos es más rápida a menor edad. Igualmente se desconocen las interferencias con las hormonas sexuales que, también, son metabolizadas por los citocromos P450.

Se sabe que el P450 IID6 está presente en el tejido cerebral, pero no si ya lo está en la infancia y la adolescencia o a qué edad comienza a manifestarse este fenotipo en el tejido cerebral (genotipo efectivo).

En la actualidad los diversos estudios de estas asociaciones no descubren incrementos notables del tricíclico, probablemente porque las dosis tienden a ser menores que las utilizadas en monoterapia. En lo referente al TOC en menores, ni los pacientes de Simeon y cols.⁽¹³⁾ ni los dos aquí descritos muestran niveles plasmáticos altos de CLM; tampoco se han manifestado efectos colaterales que puedan hacer pensar en su potenciación por la FXT. Los niveles alcanzados, a dosis de 0,6 mg/kg/día están dentro de los valores bajos del rango admitido como terapéutico. El haberlos realizado una vez que la FXT alcanza su estado estable hace suponer que también las interacciones, farmacocinéticas y farmacodinámicas, estarán estabilizadas.

C. García-Sánchez¹
A. Estévez-González²
C. Junqué²

Diferencias en los trastornos de
atención con y sin hiperactividad

- 1 Sección de Neuropsicología.
Servicio de Neurología.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
- 2 Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica.
Universidad de Barcelona

*Differences between attention
deficit disorder with and without
hyperactivity*

Correspondencia

C. García Sánchez.
Sección de Neuropsicología. Servicio de Neurología.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
San Antoni M. Claret 167. 08025 Barcelona

RESUMEN

Los trastornos de atención con hiperactividad continúan siendo entidades controvertidas a pesar de ser trastornos muy frecuentes del desarrollo. El objetivo de nuestra revisión es mostrar aquellos trabajos que han aportado diferencias entre ambos trastornos desde diferentes perspectivas: frecuencia, antecedentes familiares, diferencias cognitivas, conductuales y neuroquímicas. Todo ello justifica la necesidad de un diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de atención; Trastorno de atención con hiperactividad; Trastorno de atención sin hiperactividad.

ABSTRACT

Attention deficit disorders with and without hyperactivity are controversial entities nosologies, although developmental disorders are very frequent. The aim of our study is to review those studies that have shown differences between both disorders from distinctive perspectives: frequency, familiar background, cognitive, behavioural and neurochemical differences. All these studies support a differential diagnostic

KEY WORDS

Attention deficit disorder; Attention deficit disorder with hyperactivity; Attention deficit disorder without hyperactivity.

INTRODUCCIÓN

Cuando revisamos la evolución histórica experimentada por los trastornos de atención con hiperactividad (ADD/H) y sin hiperactividad (ADD/WO), no podemos menos que sorprendernos del escaso interés que ha suscitado este último cuadro en contraposición al primero. Aún hoy en día, habiéndose subsanado en parte, continua existiendo un abismo en cuanto al número de estudios realizados sobre el trastorno de atención con hiperactividad en detrimento del trastorno de atención sin hiperactividad. Quizás la razón de ello radique en que los niños hiperactivos son niños que "agotan", "molestan", no terminan de adaptarse al orden establecido, mientras que los niños con trastornos de atención sin hiperactividad pasan inadvertidamente dóciles.

El problema se acentúa ante una escolarización obligatoria y generalizada. La imposición de horarios rígidos, normas, y la necesidad de mantener la atención durante un tiempo, "siempre" demasiado largo para estos niños, hace cuestionarse a los profesionales que les envuelven que al que en otras condiciones hubieran descrito de "nervioso", "que no para un momento", "travieso" en el caso de los ADD/H, o "distráido", "tranquilo" en el caso de los ADD/WO, sean manifestaciones de rasgos de personalidad que expliquen este comportamiento. Así, estos niños encuentran su primer problema al incorporarse a la escolarización. A pesar de que normalmente no muestran retraso intelectual, suelen ser malos estudiantes y por lo general presentan problemas específicos de aprendizaje, considerándose que son los que mayores problemas de conducta presentan durante los primeros años de escolarización, y conflictos en su adolescencia.

Hasta hace pocos años, la indiferencia con resignación era su único tratamiento. Por un lado, los padres se resignaban con un "que le vamos a hacer" o un "ya cambiará de mayor". Por otro lado, en la escuela el niño repetía los cursos o se le cambiaba de centro. Hasta que los padres cansados le malincorporaban apresuradamente al mundo laboral. De hecho, todavía en la actualidad sucede así, aunque afortunadamente es cada vez mayor el número de estos niños que son correctamente derivados a servicios de diagnóstico.

En la presente revisión queremos destacar aquellas investigaciones que han enfatizado la necesidad de diferenciar ambos trastornos, y por tanto afianzar la importancia de su diagnóstico diferencial.

ADD/H Y ADD/WO

La antigua categoría de *reacción hiperquinética* del DSM-II, queda reemplazada por el término de *trastorno de atención* con el DSM-III⁽¹⁾ (Tabla 1 y 2). Diferenciándose dos tipos: *trastorno de atención con hiperactividad* y *trastorno de atención sin hiperactividad*, de ahí las correspondientes nomenclaturas ADD/H (*attention deficit disorder with hyperactivity*) y ADD/WO (*attention deficit disorder without hyperactivity*) (Tablas 1 y 2).

El trastorno de atención se define como un trastorno en el cual los síntomas primordiales se caracterizan por impulsividad y falta de atención, ambos inapropiados para la etapa del desarrollo sin que haya necesidad de exhibir hiperactividad motora. En la práctica diagnóstica, el objetivo de este cambio no es otro que el de ampliar el criterio a aquellos casos en el que existiendo un trastorno atencional no exhibían hiperactividad, y difícilmente podían ser diagnosticados con el criterio del antiguo sistema.

La actividad motora excesiva, comúnmente denominada hiperactividad puede presentarse simultáneamente con inatención e impulsividad (ADD/H), aunque la actividad motora no es un componente necesario para el diagnóstico de trastorno de atención. Se enfatiza la importancia de los déficits de atención e impulsividad sobre la hiperactividad motora.

La categoría ADD/H es nuevamente reemplazada en el DSM-III-R⁽²⁾ (Tabla 3) por una nueva categoría: *déficit atencional-hiperactividad* (AD/HD). Donde más que requerir la presencia de una serie de síntomas en cada una de las tres dimensiones (déficit atencional, impulsividad e hiperactividad motora) el AD/HD se diagnostica de forma disyuntiva utilizando una lista que recoge 14 criterios diagnósticos que definen de forma unidimensional el denominado trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De este modo, ya no se requiere un único síntoma o constelación de síntomas determinados, esta definición desemboca con frecuencia con la inclusión de niños actualmente diagnosticados como ADD/WO según el DSM-III.

También el DSM-III-R, cuenta con una nueva categoría diagnóstica: el *trastorno de atención indiferenciado* (UADD). A pesar de que esta categoría sería la equivalente a la de ADD del DSM-III, su presencia en el DSM-III-R no elimina la posibilidad de que niños que presumiblemente adoptan el diagnóstico de ADD en el DSM-III se incluyan en la categoría de AD/HD del DSM-III-R⁽¹⁾. El UADD es una categoría residual para aquellas

Tabla 1 Criterios para el diagnóstico de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad según el DSM-III

- A) *Falta de atención. Al menos tres de los síntomas siguientes:*
1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
 2. A menudo no parece escuchar.
 3. Se distrae con facilidad.
 4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida.
 5. Tiene dificultades para concentrarse en el juego.
- B) *Impulsividad. Al menos tres de los síntomas siguientes:*
1. A menudo actúa antes de pensar.
 2. Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.
 3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo).
 4. Necesita supervisión constantemente.
 5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
 6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.
- C) *Hiperactividad. Al menos dos de los siguientes:*
1. Corre de un lado a otro en exceso, o se sube a los muebles.
 2. Le cuesta mucho quedarse quieto en su sitio o se mueve excesivamente.
 - 3- Le cuesta estar sentado.
 4. Se mueve mucho durante el sueño.
 5. Está siempre "en marcha" o actúa "como si lo moviese un motor".
- D) *Inicio antes de los siete años.*
- E) *Duración de al menos seis meses.*
- F) *Todo ello no se debe a una esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo, ni a un retraso mental grave y profundo.*

alteraciones cuya sintomatología predominante consista en la persistencia de una falta considerable de atención inapropiada con la etapa del desarrollo del niño, que no constituye un síntoma de otro trastorno como retraso mental o trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y que no sea debida a la existencia de un ambiente caótico y desorganizado.

Por desgracia en muchos artículo de investigación sigue sin hacerse referencia a la presencia o ausencia de hiperactividad en el trastorno. Lo que genera desconocimiento sobre los sujetos a los que deben aplicarse los resultados obtenidos⁽¹²⁾.

DIAGNÓSTICO

Ambos trastornos son diagnosticados en proporciones diferentes. Los niños y adolescentes que exhiben un

Tabla 2 Criterios diagnósticos para los trastornos por déficit sin hiperactividad. Según DSM-III

Los criterios para este trastorno son los mismos que aquellos que rigen los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, excepto en el caso de que el individuo nunca haya presentado signos de hiperactividad (criterio C)

comportamiento descontrolado como la hiperactividad, impulsividad/agresividad (ADD/H) son remitidos en mayor número para tratamiento y su diagnóstico se realiza a una edad cronológicamente inferior.

Los niños ADD/WO son difíciles de detectar por su excesiva docilidad por lo que pasan inadvertidos, aunque paradójicamente llamen poderosamente la atención de los profesores precisamente por su excesiva docilidad⁽¹⁰⁾.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Como cabía esperar en sujetos ADD/H con respecto a los ADD/WO se ha hallado una mayor prevalencia de conductas hiperactivas, trastornos de atención y abuso de sustancias tóxicas entre sus familiares^(8,10).

DIFERENCIAS CONDUCTUALES

La mayor parte de los estudios coinciden al considerar que los niños ADD/H son más agresivos, impulsivos, distraídos, con mayores dificultades en sus relaciones sociales (o socialmente rechazados) y conductualmente más problemáticos que los ADD/WO^(10,11,16). Son considerados por sus profesores como más irresponsables, descuidados, propensos a responder sin pensar y más rápidos en finalizar tareas asignadas que los ADD/WO^(11,12). Los niños ADD/WO serían más tímidos, ansiosos y perezosos^(3,10). También se ha documentado que los niños ADD/WO son menos impulsivos que los ADD/H^(9,11,12) y no más impulsivos que un grupo control⁽¹⁰⁾. Conductualmente los ADD/WO se asemejarían más a aquellos niños que muestran trastornos del aprendizaje (LD): ambos se muestran letárgicos, con dificultades en sus relaciones sociales, pobres habilidades organizativas y dificultades de aprendizaje⁽¹⁶⁾.

Tabla 3 Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad según DSM-III-R

A. Una alteración de por lo menos seis meses de evolución, con la presencia de por lo menos ocho de los siguientes síntomas siguientes.

1. Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud).
2. Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.
3. Fácil distrabilidad por estímulos ajenos a la situación.
4. Dificultad para guardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
5. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.
6. Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo, o error de comprensión). Por ejemplo, no finaliza las tareas que le encomiendan.
7. Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
8. Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.
9. Dificultad para jugar con tranquilidad.
10. A menudo habla excesivamente, verborrea.
11. A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños; por ejemplo, interrumpiendo el juego que han comenzado.
12. A menudo, no escucha lo que se le dice.
13. A menudo, pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar (por ejemplo, juguetes, lápices, libros, deberes).
14. A menudo, practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos (no con el propósito de buscar emociones fuertes); por ejemplo, cruzar una calle de mucho tráfico sin mirar.

B) Comienza antes de los siete años.

C) No reúne los criterios para el trastorno generalizado del desarrollo.

DIFERENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS

Los niños ADD/WO con frecuencia no logran alcanzar las habilidades esperadas para su edad, su rendimiento es inferior al de los ADD/H, mostrando un mayor enlentecimiento perceptivo motor y de procesamiento cognitivo^(3,10). Tienen más dificultades académicas, trastornos de ansiedad y son significativamente más lentos en tareas que exigen velocidad de denominación alternante⁽⁹⁾.

Algunos autores señalan que el bajo rendimiento escolar en los niños ADD/H se explica probablemente por problemas atencionales y conductuales, mientras que en los ADD/WO estaría más relacionado con trastornos atencionales y cognitivas. Hallándose un codiagnóstico de trastorno de lectura o cálculo en el 60% de los ADD/WO y sólo en el 40% en los ADD/H⁽⁹⁾.

Goodyear y Hynd⁽⁶⁾ en su revisión de aquellos estudios psicométricos en los que se diferencian ambos grupos (ADD/H, ADD/WO) establecen que las medidas de las puntuaciones en el WISC-R para el coeficiente intelectual verbal (CIV) era de 103,7 (ADD/H) y 101,5 (ADD/WO): para el coeficiente intelectual manipulativo (CIM): 102,0 (ADD/H) y 99,5 (ADD/WO) y para el coeficiente intelectual total (CIT): 102,4 (ADD/H) y 102,1 para ADD/WO. El coeficiente intelectual en los sujetos ADD/WO sería ligeramente inferior al de los ADD/H, pero sin hallarse diferencias significativas en 10 de 12 estudios⁽⁸⁾.

De forma más específica, en pruebas neuropsicológicas se han hallado alteraciones de las funciones frontales en sujetos ADD/H que no se han hallado en los ADD/WO, particularmente aquellas sensibles a la incapacidad de inhibición^(4,6). Aunque estos resultados son cuestionados por la alta comorbidad de otros trastornos tales como trastornos de aprendizaje y trastornos de conducta⁽⁹⁾. También se sugiere un déficit de consolidación en el aprendizaje procedimental en sujetos ADD/WO, pero no en el aprendizaje declarativo cuando se compara con un grupo de ADD/H o un grupo control⁽⁷⁾.

Algunos autores han postulado que el trastorno de atención en ambos grupos es diferente. Mientras que la atención mantenida (tareas que requieren prestar atención durante un tiempo prolongado) parece ser un problema más frecuente en los ADD/H, la atención selectiva supondría un mayor problema en los sujetos ADD/WO, así como en los LD⁽¹¹⁾.

DIFERENCIAS NEUROQUÍMICAS

La respuesta clínica ante una misma dosis de metilfenidato es diferente en ambos grupos. Los ADD/WO no responden, responden mínimamente o rinden mejor ante una dosis baja de medicación, mientras que los sujetos con trastorno de atención con hiperactividad muestran mejoría ante dosis de moderadas a altas⁽⁴⁾.

Schaughency y Hynd⁽¹⁵⁾ sugieren que la base fisiológica en los ADD/H radica en un trastorno de la activación del control de la atención, mientras que en los ADD/WO mostrarían un déficit del sistema de arousal. Esto que explicaría la impulsividad como rasgo característico en el primer caso y lentitud cognitiva en el segundo, podría verse confirmado con experimentación animal al hallarse diferentes neurotransmisores implicados en el proceso de atención: la dopamina más

190 asociada al procesamiento motor-córtex anterior, sería el neurotransmisor principalmente implicado en los ADD/H, lo que explicaría su mejoría ante fármacos estimulantes, que potenciarían los efectos dopaminérgicos, mientras que la noradrenalina más asociada al procesamiento sensorial-córtex posterior, sería el neurotransmisor responsable de ADD/WO, y de modo específico de la atención selectiva⁽¹³⁾.

CONCLUSIÓN

Las diferencias halladas en lo referente a antecedentes familiares, proporción, edad del diagnóstico, tratamiento, diferencias conductuales y cognitivas en grupos de sujetos ADD/H y ADD/WO justifican la validez de un diagnóstico diferencial.

Estudios neuropsicológicos realizados muestran hasta el momento una relativa diferenciación entre ambos trastornos. Posiblemente esto se deba a que los instrumentos empleados no clarifican la naturaleza del déficit, y que el número de sujetos ADD/WO en estos estudios suele ser reducido^(7,11). Se requieren estudios neuropsicológicos que empleen pruebas neuropsicológicas más sensibles para investigar habilidades específicas en uno y otro grupo, y aumentar nuestra comprensión del trastorno que diferencialmente puede afectar a cada grupo.

La necesidad de seguir diferenciando con nuevos estudios los sujetos ADD/H y ADD/WO, se justifica todavía más si cabe, cuando en una búsqueda por bases de datos de los últimos años podemos recopilar más de 300 referencias de interés sobre este tema, pero tan sólo poco más de una docena, que son los reflejados en esta revisión, se han caracterizado por diferenciar ambos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985.
- 2 American Psychiatric Association. *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
- 3 Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;**58**:775-789.
- 4 Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics* 1991;**87**:519-531.
- 5 Barkley RA, Grodzinsky G, McMurray MB, DuPaul GJ. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1992;**20**:163-188.
- 6 Chelune GJ, Ferguson W, Koon R, Dickey TO. Frontal lobe disinhibition in attention deficit disorder. *Child Psychiatry and Human Development* 1986;**16**:221-234.
- 7 García-Sánchez C, Jurado MA, Mataró M, Deus J, Jódar M, Junqué C. Declarative and procedural learning in attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1993;**15**:410.
- 8 Goodyear P, Hynd GW. Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology* 1992;**21**:273-305.
- 9 Hynd GW, Lorys AR, Semrud-Clikeman M y cols. Attention deficit disorder without hyperactivity: a distinct behavioral and neurocognitive syndrome. *Journal of Child Neurology* 1991;**6** (Suppl):S35-S41.
- 10 King CK, Young RD. Attentional deficits with and without hyperactivity: teacher and peer perceptions. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1982;**10**:483-496.
- 11 Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW y cols. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;**26**:718-723.
- 12 Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA y cols. Dimensions and types of attention deficit disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;**27**:330-335.
- 13 Lorys AR, Hynd GW, Lahey BB. Do neurocognitive measures differentiate attention deficit disorder (ADD) with and without hyperactivity? *Archives of Clinical Neuropsychology* 1990;**5**:119-135.
- 14 Satterfield JH, Hoppe CM, Scell AM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys. *American Journal of Psychiatry* 1992;**139**:119-120.
- 15 Schaughency EA, Hynd GW. Attention and impulse control in attention deficit disorders (ADD): Neural control systems. *Learning and Individual Differences* 1989, (cit. por Lorys AR, Hynd GW, Lahey BB. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1990;**5**:119-135).
- 16 Stanford LD, Hynd GW. Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 1994;**27**(4):243-253.

F. J. Mendiguchía Quijada

Tres cuartos de siglo de
Psiquiatría Infantil Madrileña

Correspondencia

F. J. Mendiguchía Quijada
Avda. de Madrid, 34
28240 Hoyo de Manzanares
Madrid.

*Seventy-five years of child
Psychiatry in Madrid*

RESUMEN

Se describe la trayectoria de la Psiquiatría Infantil Madrileña desde 1900 a 1975. Se divide en cinco etapas: los precursores (1900-1936). Los años de la postguerra (1939-1949). La estabilidad (1950-1959). El crecimiento (1960-1969). La madurez (1970-1975). Se relatan las breves biografías de los especialistas en Psiquiatría Infantil de estos años y se hace mención de sus trabajos más importantes.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría Infantil; Historia; Madrid.

ABSTRACT

The Child Psychiatry evolution in Madrid is described from 1900 to 1975. It is splitted in five stages: the precursors (1900-1936). The years after the war (1939-1949). The stability (1950-1959). The growth (1960-1969). The maturity (1970-1975). Brief biographies of the child psychiatry specialist of these years are narrated, and their most important works are mentioned.

KEY WORDS

Child Psychiatry; History; Madrid

192 LOS PRECURSORES 1900-1936

El comienzo de la singladura de la Psiquiatría Infantil de Madrid pudiéramos situarlo en torno a 1875 y 1880, cuando un psiquiatra, Pedro Espinosa y un pedagogo, Carlos Nebreda, fundan el primer *centro de educación para niños anormales*, que estaba situado en el hotel Palacio de la Quinta del Espíritu Santo.

Ya en este siglo hay que señalar el nombre de otro pedagogo, Francisco Pereira que, impresionado por un crimen cometido por un deficiente mental en 1901, creó en 1908 su Escuela Sanatorio situada en la carretera del Hipódromo a Chamartín y que funcionó hasta bastantes años después de nuestra guerra civil. Pereira fue un gran publicista y un ardiente defensor de la educación de los niños anormales con cargo al Estado, prodigándose en los medios de comunicación de la época, primero periódicos y después radio.

El Estado acabó por intervenir y creó en 1919 el *Patronato de Anormales*. En 1916 se dio marcha atrás al proyecto, ya muy adelantado, que contemplaba además la creación en Madrid de una Escuela Especial de carácter estatal. Este hecho motivó una de las célebres polémicas de Lafora, la sostenida con el ministro Burell.

Por fin, en 1922, se estableció el funcionamiento de la Escuela de Anormales que, en 1924, se denominó *Escuela Central de Anormales*. Desde su fundación la escuela tuvo una dirección compartida entre dos psiquiatras, Juarros y Palancar, y una pedagoga, María Soriano.

En enero de 1912 apareció en Anales de Psiquiatría y Neurología un trabajo titulado "Un caso de demencia infantil" del que es autor Fernández Sanz y que creo constituye la primera publicación, adelantándose en unos meses a las que después citaremos de Lafora, sobre Psiquiatría Infantil en Madrid.

En 1914, Anselmo González, psiquiatra profesor de la escuela de Estudios Superiores de Magisterio, publicó su trabajo "Diagnóstico de los anormales", en los que distingue un diagnóstico médico y otro escolar. Fue un defensor a ultranza del test de Binet-Simón, defensa que produjo otra polémica con Lafora, quien le criticó su sucesiva "fijación" al test al que contestó, un tanto desabridamente, tratándole de "psicopedagogo incipiente, totalmente indocumentado en lo que quiere pontificar".

En febrero de 1916 el periódico "El Liberal" publicaba un artículo de divulgación científica que se titulaba "La locura de los niños. Camino del remedio". Su autor

era el psiquiatra Jaime Vera, del que comenta el urólogo Angel Pulido en su libro "Recuerdos de un médico", "... el Dr. Vera fue un psiquiatra original" aunque añade la coletilla "como casi todos ellos".

Uno de los directores de la Escuela Nacional de Anormales fue Palancar, que hizo su formación psiquiátrica en Alemania y en Francia, trabajando al lado de Binet. La mayor parte de sus publicaciones versan sobre psicopedagogía e higiene psíquica escolar. Entre sus trabajos principales citaremos: "Ensayo psiquiátrico sobre fatiga escolar", "Los laboratorios de Psiquiatría Escolar", "Profilaxis psiquiátrica en la escuela" y "Notas sobre un aspecto de la profilaxis de la anormalidad mental infantil".

Otro de los directores fue Cesar Juarros Ortega, que, en 1916, hace su primera publicación sobre Psiquiatría Infantil con el título "La profesión del hijo", siguiéndole "Educación física y moral del niño" y otras muchas, como su ponencia sobre "Educación de la infancia anormal" presentada en el III Congreso Nacional de Pediatría de 1925.

Dedicó gran interés a la metodología del diagnóstico mediante test, publicado en 1928, en colaboración con María Soriano "El método de Vermeylen en los niños *oligofrénicos*" y dos trabajos sobre el test de Rorschach: "El método de Rorschach en los niños" (1928) y "El diagnóstico de Rorschach en niños anormales" (1931). Asimismo se interesó por los test que medían los niveles motóricos, siendo su primera publicación al respecto "Pautas de Osereztky para valorar el desarrollo motor".

Se interesó por el psicoanálisis, él mismo hacía psicoterapia analítica, aunque parece que no muy ortodoxamente y, en 1936, publicó "El psicoanálisis en los niños anormales".

Otro tema por él tratado con bastante profusión fue el del mongolismo, que le llevó a publicar en 1935 su tratado "Sintomatología del mongolismo" y asimismo se interesó por la neuroles infantil, por aquel tiempo bastante frecuente, bien en relación con el mongolismo o bien de forma más general: "Relaciones serológicas de la lues y la anormalidad infantil".

Ya en el mismo año de 1936 toca el tema de las neurosis infantiles con su publicación "El hogar como factor etiológico de las neurosis infantiles".

Otra faceta de Juarros fue su condición de divulgador y publicista, sobre todo con temas relacionados con la psicopatología infantil, aunque, hombre de extraordinaria cultura, abarcaba otros muchos campos, escri-

biendo bastantes obras literarias y aún dos novelas: "El niño que no tuvo infancia" (1927) y "Sor Alegría" (1931).

Los primeros datos que he hallado de Gonzalo R. Lafora en su dedicación a la Psiquiatría Infantil fueron dos tratados sobre Parálisis General Juvenil, una publicada en España y otra en Alemania, fechados en 1912 y 1913, pero lo más importante para nosotros es que, en 1917, aparece la primera edición de su trabajo "Los niños mentalmente anormales" que, aunque en una gran parte está dedicado a los deficientes mentales, tiene cuatro capítulos de verdadera Psiquiatría Infantil y contiene bastante bibliografía, sobre todo alemana y francesa, haciendo de él el primer tratado realmente moderno de Psiquiatría Infantil publicado en español.

Lafora fue también un gran publicista y un eminente polemista, sobre todo desde la página cultural del periódico "El Sol" cosa que le llevó a que le cesaran en el puesto de Vocal del Patronato Nacional de Anormales para el que fue nombrado en 1914.

Otros trabajos suyos de la época fueron: "La educación de los niños deficientes mentales", "La anorexia psicogenética de las mujeres adolescentes", "La jornada escolar del niño y del maestro", "La educación sexual y la reforma de la moral sexual" y "Los factores hereditarios e individuales en el suicidio infantil", este último presentado en el homenaje que en 1933 le dieron en Bruselas al Dr. Decroly.

Citaremos por último que, en 1925, fundó el Instituto Médico-Pedagógico, que estaba situado en Carabanchel.

Un hecho importante para nuestro estudio es la creación en 1925 de la Escuela Nacional de Puericultura en la que, ya desde su fundación, una de sus asignaturas era la de Higiene Escolar que realmente era de Psicología y aún Psiquiatría Infantil, de la que se encargó José Eleicegui López que, a pesar de su apellido vasco, era gallego y fue en un principio profesor de la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio, cargo en el que ya en 1931 estaba excedente.

En los años que transcurren entre 1920 y 1930 publica tres libros: "Para educar al niño", que es un verdadero tratado de psicología infantil para padres y educadores, "Los juegos en la Infancia", y, el más importante de ellos, "Biología de la edad escolar", del que más del 80% del mismo está dedicado a la psicología, psicopatología y psicopedagogía escolares. En 1931 publicó "Las rebeliones de la infancia escolar", y, en 1934, "La sexualidad infantil", en el que desarrolló las ideas freudianas sobre el tema. Yo asistí a sus clases cuando obtuve el título de

Médico Puericultor en 1947 y aún trabajé con él dos años más hasta su jubilación en 1949.

Fue también un gran publicista, primero como redactor médico del periódico "El Herald", y después como propietario y director de la revista "España Médica" y, en 1914, escribió una excelente "Biografía del Dr. Esquerdo", hecho curioso dado que su formación era más pediátrica que psiquiátrica.

Es realmente chocante que también escribiera una novela, "La tragedia del Dr. Zugasti" y que hoy consideraríamos como novela de ciencia-ficción.

En los últimos años de este período aparece el que fuera la figura más sobresaliente de la Psiquiatría Infantil madrileña del período de la postguerra, Carlos Vázquez Velasco, que hizo su carrera en Madrid, siendo su primer contacto con la psiquiatría el ser interno del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial. Al terminar su licenciatura se incorporó al servicio de Maraños de este mismo hospital y es nombrado Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría.

En 1930 es nombrado Médico de la Sección de Psicohigiene Profesional del Instituto Nacional de Psicotecnia y, aquel mismo año, pasa a ocupar el puesto de Profesor Jefe de la Sección de Psicotecnia Escolar y Psiquiatría de este mismo Instituto. En 1934 accede al puesto de Médico Especialista del Dispensario Médico-Escolar de Madrid.

A partir de ocupar estos nuevos puestos, sus publicaciones, que antes eran casi todas neurológicas, cambian de signo y se refieren a problemas psicológicos de la infancia y adolescencia: "La Standford-revisión de Terman en niños españoles", "La higiene mental en la escuela" o "Primeras estadísticas de un servicio de psiquiatría escolar" (esta última comunicación es su primera estadística con "niños masa" y que posteriormente le hicieron tan popular entre nosotros).

LOS AÑOS DE LA POST-GUERRA 1939-1949.

Fue este período realmente difícil, de reconstrucción de lo que había quedado en pie después de tres años de lucha en el propio Madrid. Los medios no eran muchos y la situación se agravó al declararse la II Guerra Mundial, con lo que las posibilidades de salir a las clínicas extranjeras a formarse fueron nulas durante muchos años y aún hacerse con libros o revistas foráneas era también casi imposible.

194 Sin embargo, los profesionales que quedaron, empezaron con fe y entusiasmo a trabajar para que la situación se normalizase y los servicios que existían con anterioridad a la guerra se fueron abriendo poco a poco.

De los centros para deficientes que había, el de Lafora quedó destruido y él mismo había abandonado España en 1938, no regresando hasta 1947, aunque no volvió a ocupar su antiguo puesto en el Hospital Provincial hasta 1950. Los otros salieron como pudieron de la guerra y de los difíciles tiempos de la post-guerra, pero se quedaron obsoletos poco a poco, con la excepción de la Escuela Nacional de Anormales que recuperó pronto su pleno funcionamiento y el prestigio que siempre tuvo. Sin embargo un hecho fortuito, el que el peluquero del entonces Ministro de la Gobernación tuviera un sobrino deficiente y le pidiera que le ingresara en algún centro estatal, determinó, al enterarse que no había ninguno con internado, la creación del Instituto Médico Pedagógico Fray Bernardino Álvarez en un complejo asistencial en Carabanchel y que, interinamente, pusieron bajo la dirección del psiquiatra Jesús Ercilla en 1946, siendo el pediatra del mismo Justo Vega.

Siguiendo con los paidopsiquiatras de la preguerra vemos que Juarros, retomando sus trabajos sobre el desarrollo psicomotor, publica, en octubre del mismo año 1939, su estudio "Valor práctico de las pruebas colectivas de Osereztky" y, en 1941, otro que se refiere al mismo tema tocado por él en 1936, "Trascendencia práctica del conocimiento de las neurosis infantiles".

En 1942 la Ed. Morata publica su libro "Nivel motórico. Teoría práctica del método Osereztky" y, ya después de su muerte en este mismo año, "La determinación de la edad mental". Las últimas páginas por él escritas versan también sobre Psiquiatría Infantil y fueron las que escribió como comentarios al libro de Schachter "El mongolismo", cuyo prólogo firmó dos días antes de su muerte.

Eleicegui siguió formando en Psicología y Psiquiatría infantil a cientos de puericultores, fue jubilado en 1949 y murió en Madrid en 1956.

Vázquez Velasco siguió en su puesto del Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia y en el del Dispensario Médico-Escolar de Madrid, puesto que ya se denominaba Encargado del Departamento de Psiquiatría Infantil.

Yo le conocí personalmente de los últimos años de este período (1946-1949) cuando él como veterano y yo como aprendiz, asistíamos a las sesiones clínicas de la

Sociedad de Pediatría de Madrid que se celebraban, creo que cada 15 días, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos.

A finales de esta década aparecimos en escena los representantes de otra generación, la que empezó sus estudios de Medicina una vez acabada la guerra civil, Jesús Pertejo, Diego Gutiérrez Gómez, Flora Prieto Huesca y yo mismo.

Jesusa Pertejo terminó su licenciatura en Salamanca en 1947, frecuentando durante la misma los servicios de psiquiatría del manicomio Provincial, pasando después a Santander donde asistió al Servicio de Psiquiatría para Postgraduados de la Casa de Salud de Valdecilla, para terminar en Barcelona con los profesores Sarró y Rodríguez Arias. Comenzó allí su formación en Psiquiatría Infantil con Moragas y, sobre todo, con Folch y Solé Segarra. En 1949 regresa a Madrid y empieza a colaborar en la Cátedra de Psiquiatría del Profesor Vallejo Nájera.

Diego Gutiérrez hace su carrera en Madrid y durante ella es alumno interno en el servicio de psiquiatría del Hospital Provincial y la termina en 1949.

Yo terminé la carrera en 1946, habiendo estado durante dos años como alumno interno en la Cátedra de Pediatría con el Profesor Laguna, cátedra que ya no abandoné en muchos años.

En 1949 se creó en la Cátedra de Pediatría el Departamento de Psiquiatría Infantil del que fui nombrado Encargado si más méritos por mi parte que el de ser el único que allí sabía algo de este asunto. Durante esos tres años trabajé tanto en la cátedra como en la Escuela Nacional de Puericultura, en mi tesis doctoral, para la que elegí un tema sobre el que ya había investigado algo, la relación entre la desnutrición producida por los Trastornos Nutritivos Crónicos y el desarrollo Psíquico infantil y que leí en Junio de 1950.

De Flora Prieto tengo pocos antecedentes, pero recuerdo que en el año 1949 o 1950 apareció por la Cátedra de Pediatría para hacer Pediatría Psicósomática. Tenía una formación psicoanalítica y estaba haciendo su análisis didáctico. El profesor Laguna me la presentó y desde entonces iniciamos una colaboración que duró más de 15 años.

LA ESTABILIDAD 1950-1959

En 1951 Vázquez Velasco obtiene la plaza de Profesor de la Escuela de Puericultura que había dejado

vacante Eleicequi y en 1956 la de Director Médico de la Escuela Nacional de Anormales, que ya para entonces creo que se denominaba Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica. Siguió acudiendo a las sesiones de la Sociedad de Pediatría presentando trabajos de la especialidad y tomando parte muy activa en ellas.

Jesusa Pertejo sigue en la Cátedra de Psiquiatría con Vallejo Nájera y funda, en 1950, el Servicio de Psiquiatría Infantil, leyendo en diciembre de aquel mismo año su tesis doctoral titulada "Aplicación del Test de Oserztky en los niños españoles". En aquel tiempo comienza a asistir como colaboradora al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Psicología Psicotecnia y al Departamento de Psicología Experimental del C.S.I.C., creando en este último, un servicio de Psicología Clínica y Psiquiatría Infantil, en el que empieza a hacer psicoterapia a los niños que allí acudían, mientras ella comienza su análisis didáctico. Otra actividad suya de aquellos años fue la organización de un colegio de Educación Especial en colaboración con la pedagoga Emilia Puig. En 1953 marcha a Ginebra y Lausanne con una beca del C.S.I.C, donde estudia con André Rey y Piaget y hace también cursos en París con Ajuriaguerra. A los tres años vuelve a España pero la psiquiatría Infantil madrileña la pierde al trasladarse a Valencia por motivos familiares.

Diego Gutiérrez tiene que marchar a Marruecos al ganar una plaza de psiquiatra en el entonces Protectorado, pero vuelve pronto a Madrid y empieza a frecuentar los servicios de Vázquez Velasco, asistiendo también al Servicio de Psiquiatría de Lafora en el Hospital Provincial, que le nombra, en prueba de su confianza y aprecio, Redactor Jefe de *Archivos de Neurobiología*. Volcado ya hacia la Psiquiatría Infantil se inscribe en la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil en 1954 y, un año más tarde, funda su Institución de Psicopedagogía Infantil, a la que dedicó durante muchos años, lo mejor de su trabajo y dedicación.

En 1955 publicaba yo mi primer trabajo, como paidopsiquiatra, se titulaba "El lenguaje de los órganos. Problemas que plantean los niños neuróticos" y lo fue en una revista que se llamaba "Medicina" de muy escasa difusión, por lo que calculo que lo debieron leer muy pocos. A partir de entonces empecé a presentar trabajos en las sesiones de la Sociedad de Pediatría, sesiones a las que solía asistir también Flora Prieto quien, con seguridad presentó también algunos trabajos pero no he podido localizarlos.

En 1959 apareció en Archivos de Neurobiología un trabajo de Fernando Claramount titulado "El síndrome de la esquizofrenia infantil" que parecía indicar el comienzo de una dedicación a la Paidopsiquiatría, pero no fue así, solo un par de trabajos posteriores se dedicó a la Psiquiatría General.

En la segunda mitad de esta década se incorporan a la psiquiatría Infantil madrileña dos médicos que acabaron sus estudios en el mismo año, 1952, uno en Madrid, Vicente López Ibor, que en 1959 crea el Instituto Neuropsiquiátrico Infantil Albor y otro en Valladolid, Luis Pelaz Lorenzo que se incorporó al Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos.

Un hecho de importancia capital para la psiquiatría infantil española, muy por ende de la madrileña, fue la constitución de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, que celebró su primera reunión en Barcelona, pues fue allí donde se había gestado, el día 3 de mayo de 1952, figurando entre sus fundadores nuestros ya conocidos Carlos Vázquez Velasco y Jesusa Pertejo, incorporándose al año siguiente Diego Gutiérrez y Elvira Echalecu, que se había formado en París con Heuyer y asistía también a la Cátedra de Psiquiatría.

En la primera Junta Directiva, presidida por Córdoba, figuraba como Vicepresidente de la misma Vázquez Velasco.

En la I Reunión intervinieron con sendas comunicaciones Jesusa Pertejo y Vázquez Velasco, este último con un trabajo titulado "Índice de desviación caracterológica en el niño" con el que se adelanta muchos años a los actuales inventarios y entrevistas semiestructuradas.

La II Reunión tuvo lugar en Madrid al año siguiente con el tema preferente de "El niño abandonado" bajo la presidencia de Vázquez Velasco, que presentó tres comunicaciones y en la que también intervinieron Diego Gutiérrez con dos y Lafora con una.

En las reuniones siguientes también aportaron sus trabajos Lafora, Jesusa, Pertejo, Diego Gutiérrez y Vázquez Velasco y en la VII es nombrado Vicepresidente Diego Gutiérrez.

En 1954 se produce un hecho importante, la creación en la Universidad Central de la escuela de Psicología y Psicotecnia para postgraduados, ingresando en la primera promoción Diego Gutiérrez y yo, haciendo juntos las asignaturas comunes aunque separándonos después, ya que él hizo la rama de Pedagogía y yo la de Clínica.

196 EL CRECIMIENTO 1960-1969

Durante estos diez años la Psiquiatría Infantil, tanto la madrileña como la del resto de España, alcanza su mayoría de edad al irse incorporando nuevos paidopsiquiatras que han adquirido su formación en los centros que han ido creándose en nuestro país y en clínicas extranjeras, a las que ya es fácil trasladarse para hacer cursos y estancias de especialización.

En 1961 Vázquez Velasco es nombrado Presidente de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil y continua incansable presentando comunicaciones en la mayoría de las reuniones y en el Primer Congreso de la misma, lo mismo que Diego Gutiérrez, que en 1960 obtiene la plaza de Psiquiatra del Hospital del Rey, y participa en la XV de 1969 en la ponencia de "Dislexias", al mismo tiempo que hace numerosas publicaciones en Archivos de Neurobiología y otras revistas, siendo nombrado profesor de Psicopatología Escolar de la Escuela de Psicología y Psicotecnia en 1968.

Flora Prieto dejó la Cátedra de Pediatría en 1965 para pasar a ocupar el puesto de Jefe de la Sección de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil de la Residencia Sanitaria de la Paz de la S.S. En estos años siguió asistiendo a las sesiones de la Sociedad de Pediatría y recuerdo por lo menos dos en las que ella intervino, por participar yo también, pero probablemente no serían las únicas. En nuestra Sociedad intervino por primera vez en 1960 y en la XI de 1963 formó parte de la ponencia "Fracasos escolares no oligofrénicos" tratándola desde un punto de vista psicodinámico.

Con sus setenta y cuatro años Lafora todavía participó en la reunión de Granada de 1960, anunciando dos comunicaciones que, según su discípulo Diego Gutiérrez, no llegó a leer ni vienen en las actas.

Siguiendo con los más veteranos, yo había ganado la plaza de Médico Ayudante del PANAP y en 1964 lo era ya del Instituto Fray Bernardino Álvarez. En 1965 se convocaron plazas para Directores de Centros del PANAP, dos de ellas para Centros Infantiles. Las ganamos Manuel Díaz Mor y yo. Díaz Mor pasó al recién creado Sanatorio Infantil de la Atalaya en Ciudad Real y yo me quedé en Fray, abandonando al año siguiente la Cátedra de Pediatría y su Departamento de Psiquiatría Infantil que, al abandonarlo Flora y yo, fue languideciendo hasta que desapareció.

Seguí participando en las sesiones de la Sociedad de Pediatría de Madrid, de cuya junta era yo vocal, recor-

dando una sesión conjunta con la Sociedad Catalana de Pediatría, celebrada en Barcelona en la que intervinimos Moragas y yo. En 1961 hice mi primera comunicación a la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, en 1963 formé parte de la ponencia "Fracasos escolares no oligofrénicos" junto con Flora Prieto y el pediatra barcelonés Prandi y, en el I Congreso Nacional de la Sociedad de 1965, desempeñé el curioso puesto de "contraopinante" en la ponencia "Personalidades psicopáticas en Paidopsiquiatría" desarrollada por el holandés Van Krevelen. En 1969 fui elegido Vicepresidente de nuestra Sociedad.

En 1963 colaboré con la pedagoga Asunción Pacheco en la fundación del Colegio Virgen de Lourdes, en 1968 fundé una Clínica para niños deficientes de 0 a 5 años con el fin de aplicar los recientes métodos de estimulación precoz y comienzo a asistir a las Reuniones de la U.E.P. (Roma 1963 y Wiesbaden 1967).

Vicente López Ibor presentó su primera comunicación a nuestra sociedad en la VIII (1960) y fue ponente en la X con "Anorexias infantiles" y en la XII con "Psicofármacos en la Infancia". En 1963 crea el servicio de Psiquiatría Infantil en el Hospital de San Juan de Dios de Carabanchel, que dirigió durante cuatro años.

En 1962 el PANAP crea un Centro Piloto de lo que serían más tarde Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y encarga del mismo a Luis Peláez, que forma un verdadero equipo de Salud Mental Infantil que trabajó intensamente aquellos años. Desde 1968 es Profesor de Psicopatología Infanto-Juvenil en la Facultad de Pedagogía y lo es asimismo de la asignatura de Psicopatología Infantil en la Escuela Normal del Magisterio Pablo Montesinos y más tarde, al fundarse el Instituto Municipal de Educación es nombrado Jefe de la Sección de Psiquiatría. En relación con nuestra Sociedad formó parte de la ponencia "Dislexias" en la XV Reunión.

Justo al comienzo de esta década se incorpora a la Psiquiatría Infantil Manuel Díaz Mor, que en la X Reunión hizo su primera comunicación a nuestra Sociedad. En 1965 hace las oposiciones antes comentadas para Directores de Centros Infantiles del PANAP, siendo nombrado aquel mismo año Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Instituto de Ciencias Neurológicas y en 1968 funda su centro, el Instituto de Psicopatología Infantil. En 1969 es nombrado Tesorero de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil.

También se incorpora a las tareas paidopsiquiátricas en estos años Luis Molina Campuzano que, en 1964, es

nombrado Médico Ayudante del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de la Jefatura Provincial hasta que, al crearse en 1965 tres centros más de este tipo, es nombrado director de la Cátedra de Psiquiatría, sustituyendo a Muñagorri, que había llevado el Servicio de Psiquiatría Infantil de la Cátedra desde que lo dejó Jesusa Pertejo. En 1967 gana la plaza de Neuropsiquiatra de la Inspección Médico Escolar y es profesor de la escuela de Psicología y Psicotecnia desde 1966.

Desde su creación, en 1965, hay en Madrid en este período, cuatro centros de D. y O.T.: Cat. de Psiquiatría con Molina, de Dios Vega y Collado, Jefe de Sanidad con Pelaz, Alaman y Loriga, Vallecas con Muñagorri, S. Picaso y Lago y Serv. Centrales del PANAP con G. Martínez, Ortega y Boronat.

Otro paidopsiquiatra que aparece en aquellos años es Ángel Díez Cuervo que en 1961 había estudiado en Roma con Bollea y aquí siguió su formación en los servicios de la Clínica de la Concepción y del Hospital de las Piqueñas que dirigía Vicente López Ibor. Al cesar éste en el último de los servicios mencionados pasó a dirigirlo Díez Cuervo hasta 1967, año en que es nombrado director de todo el Hospital dedicado al tratamiento de enfermos epilépticos.

A principios de estos años sesenta se presentó en el Departamento de Psiquiatría Infantil de la Cátedra de Pediatría un recién licenciado que quería hacer la especialidad, era E. Ortega Pascual. Asistió a la consulta conmigo y presentó su primera comunicación en nuestra Sociedad en 1964 en la XII Reunión y también en el I Congreso, en ambas con comunicaciones sobre psicofarmacología, pero a partir de entonces empezó a estudiar las enfermedades psíquicas de los niños bajo un punto de vista cibernético y en nuestras Reuniones presentaba todos los años algún trabajo sobre el tema. Fundó un centro para deficientes mentales adolescentes y jóvenes en Alcalá de Henares.

También en esa época llega a Madrid Carlos Cobo Medina que había estudiado en Granada y hecho psiquiatría con Linares Maza en Málaga y Ruiz Ogara en Barcelona. En 1964 hace su residencia en la Clínica de la Concepción en el servicio de Rallo, al mismo tiempo que se hace psicólogo en la Escuela Oficial y sociólogo en la Escuela de Sociología. En 1966 marcha a Suiza y recibe formación paidopsiquiátrica de Piaget y Ajuriaguerra mientras hace su análisis didáctico.

Un poco más tarde llega también a Madrid Carmelo Monedero, que se ha iniciado en paidopsiquiatría con

Arturo San Martín en Sevilla, completando su formación en Viena con Igor Caruso y Wegeler. En 1968 obtiene la plaza de Neuropsiquiatra de la Inspección Médico Escolar y en 1969 es nombrado Profesor de Psicología Evolutiva y Psiconatología en la Universidad de Madrid.

En 1964 empieza a trabajar como interina en los Servicios Centrales del PANAP Esther Sánchez Moiso, psicóloga, psiquiatra y puericultora. En 1968 oposita y gana una plaza de Psiquiatra de Sanatorios Infantiles del PANAP e interviene desde entonces muy activamente en la creación, supervisión y asesoramiento de los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, escribiendo en 1967 su magnífica monografía sobre estos Centros. En la XV Reunión de Nuestra Sociedad colabora en la ponencia de "Dislexias" junto con Pelaz y Diego Gutiérrez.

Empieza asimismo su actividad paidopsiquiátrica Francisco Javier Quintero Lumbreras, que hizo pediatría en el Niño Jesús en 1960-61 y neuropsiquiatría en el Hospital Clínico de Barcelona en 1962-63. Estudia con Debré en París y, en 1962, crea su Instituto de Psicopedagogía para deficientes mentales.

LA MADUREZ 1970-1975

En 1971 tuvo lugar en Madrid el II Congreso de nuestra Sociedad bajo la presidencia de Vázquez Velasco, quien siguió participando activamente en todas las reuniones siguientes, recordando como última publicación de este período "Trastornos del comportamiento de origen orgánico", de una reunión conjunta de nuestra Sociedad con la Aragonesa de Pediatría celebrada en 1972. Se jubiló precisamente en el último año de nuestra historia, en 1975.

Flora Prieto siguió en su Servicio de Psiquiatría Infantil de la Paz, colaborando en la formación de postgraduados y organizando seminarios y reuniones de Psicopatología Infantil. Todavía recuerdo una sesión en la Sociedad de Pediatría de Madrid, en la que fiel a sus convicciones afirmaba que el 80% de las afecciones de los niños ingresados en un hospital eran psicósomáticas, pero ya en estos años dejó de publicar y, según su colaborador Pedreira, "...la demanda era mucha, se encontró sola y se fue encerrando...".

Jesusa Pertejo volvió a Madrid en 1971, pero sus actividades se centraron preferentemente en el campo de la Psicología.

198 Diego Gutiérrez todavía publica de 1970 a 1972 hasta cinco trabajos, el último de los cuales fue "Trastornos de conducta en oligofrénicos (Bol. Soc. Aragonesa de Ped. 1972)", más de ahí que por estas fechas hizo su eclosión un virus que llevaba latente desde hacía muchos años, el literario (recuerdo cuando en la reunión de Burgos, visitamos Covarrubias y al entrar en la colegiata, salió el sacerdote muy contento preguntando ¡Don Diego! ¿Dónde está Don Diego?, y es que había escrito un artículo sobre la colegiata y sus descubrimientos) y a partir de entonces todas sus publicaciones son de este género ingresando en la Sociedad de Médicos Escritores con su discurso "Fray Jerónimo de Savonarola, análisis de una personalidad".

Vicente López Ibor es nombrado Consultor de Psiquiatría Infantil de la Fundación Jiménez Díaz en 1971 y en la XVIII reunión de nuestra Sociedad es director de la ponencia "Problemática psicosomática en la infancia" y en la misma (1974) Vicente es elegido presidente de la Sociedad.

Luis Pelaz sigue trabajando en su Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y, cuando yo dejo el colegio Virgen de Lourdes, me sustituye en la Dirección Médica.

Luis Molina forma parte en el Congreso de 1971 de la ponencia sobre "Epilepsia Infantil" con su trabajo "Epilepsia y escolaridad", en la XII Reunión interviene como relator en la mesa Redonda sobre "Neurosis Infantiles" con "Psicofarmacología" y en 1974 es nombrado Secretario de Nuestra Sociedad. En 1973 sustituye a Pelaz en el Colegio Virgen de Lourdes.

Carlos Cobo Medina regresa a España y comienza como becario de la Fundación Jiménez Díaz para hacer investigación sobre la psicosomática del asma infantil y psicoterapia en la infancia. Es contratado como P.N.N. de Psicología Evolutiva y Genética de la Facultad de Filosofía y, en 1973 obtiene la plaza de Médico Adjunto de la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital 1º de Octubre. Participa en las reuniones XVII, XVIII y XIX de nuestra Sociedad con "Psicoanálisis y Psicoterapia" en la Mesa Redonda de "Neurosis Infantiles", "El niño asmático y la familia" en la Mesa Redonda "Problemática psicosomática en la infancia" y "Situación de la psicoterapia infantil en España" en la Mesa Redonda "Actualidades terapéuticas en Psiquiatría Infantil".

En 1971 aparece en el Boletín de la Cátedra de Pediatría un tratado titulado "Metas actuales de la Psiquiatría infantil", su autor era J. Huertas Izquierdo, un

psicoanalista lacaniano que había llegado a Madrid procedente del Marruecos francés y que en la XVIII Reunión de nuestra Sociedad participó con "Tratamiento del autismo infantil" en la mesa redonda que trataba de este tema que motivó una fuerte polémica con Benito Arranz situado en las antípodas del pensamiento de Huertas.

Como un recuerdo trae otro, en aquella mesa redonda intervinimos yo, con "Autismo no psicótico" y una musicoterapeuta que entonces trabajaba conmigo en Fray Bernardino, con "Tratamientos del autismo. Musicoterapia". Se trataba de Serafina Poch, una barcelonesa que estuvo unos años con nosotros hasta su vuelta a su ciudad natal.

Carmelo Monedero publica en 1970 su libro "Psicopatología evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas", en el que se tratan los problemas psiquiátricos infantiles dentro del marco de la evolución psicológica. En el Congreso de Madrid participa en la ponencia sobre "Epilepsia infantil" con su aportación "Epilepsia y escolaridad". En 1970 crea el Centro de Psicología Infantil.

Esther Sánchez Moiso sigue en el PANAP y, en 1972 pasa a organizar y dirigir el Centro de Trastornos de Conducta.

Ortega Pascual en el Congreso de 1971 es relator, con "Fundamentos cibernéticos de las sociopatías" en la ponencia "Sociopatías en la infancia", presentando otras dos comunicaciones sobre estos temas en las reuniones de estos años.

Díaz Mor simultánea durante todos estos años sus actividades en Madrid con su puesto de Director en la Atalaya de Ciudad Real, ciudad en la que ya vivía. En la XVI Reunión de 1970 dirigió la Mesa Redonda "Toxicomanías en la infancia y adolescencia" y en la XVII intervino con "Neurosis y deficiencia mental" en la mesa redonda de "Neurosis infantiles". Su última intervención fue su contribución con "Terapéuticas instrumentales" a la mesa redonda "Actualidades terapéuticas en Psiquiatría Infantil" a la XIX Reunión celebrada en Las Palmas de Gran Canaria. Asistió a los Congresos de Estocolmo y Viena. Una anécdota del primero es cuando el embajador de España nos preparó una entrevista con el ministro de Sanidad sueco en TV para paliar el efecto sobre el turismo de un caso de cólera que una sueca adquirió en España.

Unido a la figura de Díaz Mor está la de Luis I. Sordo Sordo, que vino a Madrid procedente de Santiago de

Compostela y empezó a trabajar con él en el Instituto de Ciencias Neurológicas y que ya en la XVI Reunión de 1970 actuó como coordinador de la mesa redonda "Toxicomanías de la infancia y de la adolescencia". En 1971 obtiene la plaza de Jefe de servicios del Sanatorio Psiquiátrico Infantil de la Atalaya de Ciudad Real y marcha allí a vivir, siendo nombrado Tesorero de nuestra Sociedad en 1974, haciéndolo tan bien que ya este cargo la ha perseguido toda su vida. Otra discípula de Díaz Mor fue Casilda Esquete, que trabajó con él de 1966 a 1968. Hizo aquí Psicología Clínica y marchó a su tierra gallega al comienzo de esta década.

De las dos pedagogas más cercanas a la Psiquiatría Infantil, María Soriano fue nombrada presidente de la Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental e Isabel Díaz Arnal participó en dos ocasiones en nuestras reuniones, en la XVI en la mesa redonda "Toxicomanías de la infancia y adolescencia" y en el II Congreso con su trabajo "Formación del pedagogo-terapeuta" en la mesa redonda de "Formación del personal técnico especializado en Psiquiatría Infantil".

En 1970 se funda en el Hospital Francisco Franco la consulta externa y la interconsulta de Psiquiatría Infantil, unidad que va unida a los nombres de María Jesús Mardomingo y Enrique Lara.

Enrique Lara realizó en 1970 la especialidad de paidopsiquiatría en París con el profesor Misés y a su vuelta es contratado para trabajar en la recién creada Unidad.

María Jesús Mardomingo estudió en Madrid y en 1973 publica su primer trabajo sobre el Síndrome de Down y un libro titulado "Conceptos en torno al retardo mental", leyendo en 1974 sus tesis doctoral "Efecto de la pipotiazina y sus esteres en el consumo de oxígeno y glucosa en el cerebro de rata *in vitro*".

Es especialista en Pediatría y Psiquiatría y completa su formación en la Universidad de los Angeles y en el Medical Center de Nueva York, en ambos en calidad de profesora invitada. En 1973 crea en la Unidad de Psiquiatría Infantil una sección de maduración y Desarrollo del Niño e imparte clases de Psiquiatría Infantil a los alumnos de Pediatría dentro de los estudios de la licenciatura de Medicina, ya que es Médico Adjunto del Hospital y Profesor Ayudante de la Universidad Complutense.

En 1972 se traslada a Madrid, proveniente de Sevilla, en la que inició su dedicación a la psiquiatría Infanto Juvenil Aquilino Polaino Lorente como profesor de la

disciplina de Psicopatología en la sección de Pedagogía de la facultad de Filosofía y Letras bajo la dirección de Luis Pelaz, con el que trabajó también en el Centro de Diagnóstico de General Oraa. Desde Octubre de 1974 empieza a trabajar como Jefe del Departamento de Psicología Infantil del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Orientación Profesional y, en 1975, disfruta de dos becas, una de un mes para el Departamento de Terapia Familiar de Filadelfia, y otra de tres meses para el Instituto Max Plank de Munich. Intervino en nuestra XVII reunión en la Mesa Redonda de "Neurosis Infantiles" con su aportación "Etiología y procesos de identificación".

Siguiendo con los paidopsiquiatras que se incorporaron en este quinquenio nos corresponde hablar de José Luis Alcazar Fernández, que empezó su andadura en 1969 en el Centro de Diagnóstico de General Oraa con Luis Pelaez y, desde 1972 en el Centro de Conducta con Esther Sánchez Moiso, como Jefe de Sección de dicho centro. Trabajó también aquellos años en el Centro de Educación Especial San Luis Gonzaga y en el año final de nuestra historia ingresa como psiquiatra infantil en el Instituto Municipal de Educación.

En 1974 se incorpora a la Psiquiatría Infantil madrileña Gonzalo Morandé, que llegaba de Chile como exiliado político y que empezó a trabajar en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Cruz Roja, incorporándose enseguida como Adjunto de Psiquiatría Infantil. Su Tesis de doctorado trató de "Desnutrición y retraso mental".

Ya a últimos de este período aparece la figura de Prudencio Rodríguez Ramos, al que le nació su vocación paidopsiquiátrica al conocer desde 1968 a Vázquez Velasco y ya a finales de 1975 es nombrado Médico Ayudante del Centro Infanto-Juvenil de Trastornos de Conducta que dirigía Esther Sánchez Moiso.

Y yo, ¿qué hice en estos cinco años? pues seguir participando en todas las Reuniones de nuestra Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, en la XVII formé parte de la ponencia "Disfunción cerebral mínima" con "Aspectos terapéuticos" y en la XVIII participé en la Mesa Redonda de "Autismo Infantil" con "Autismos no psicóticos". Asistí al IV Congreso de la UEP en Estocolmo, en el que presenté mi trabajo "El cetogluterato de piridoxina en la deficiencia mental" y más tarde al V celebrado en Viena y en el que conseguimos que el sexto Congreso se celebrará en Madrid en 1979. En el mismo año de 1975 ingreso, presentado por Serrate, en

202 INTENTO AUTOLÍTICO Y VICTIMIZACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESTUPRO

I. M. Gálvez Borrero¹

M. Camarero Candela²

*1 Servicio de Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infantil.
Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

2 Unidad de Psiquiatría. Hospital General de Elche. Alicante.

CASO CLÍNICO

Según datos recogidos por la Dirección General de la Policía, el número total de delitos contra la libertad sexual durante el año 1990 fueron un total de 4.367 casos. Según la tipificación de los delitos se registró la siguiente distribución proporcional: agresión sexual: 43,05%; violación: 31,88%; escándalo público: 14,93%; corrupción de menores: 6,57%; rapto: 2,13%; estupro: 1,40%.

Es evidente que el número de delitos denunciados por abuso sexual dentro del seno familiar en niños y adolescentes, es mínimo comparado con la incidencia real de estos delitos en la sociedad actual. Sólo una pequeña parte de estos casos se denuncian y aunque no existen datos estadísticos en nuestro país, se puede citar una encuesta realizada en el Reino Unido en 1984 en la que se concluía que el 12% de las mujeres y el 8% de los hombres recordaban haber sido sometidos a algún tipo de abuso sexual en edades inferiores a los 16 años. En muchos de estos casos, el agresor había sido un familiar o conocido de la víctima.

El bajo índice de denuncias efectuado por delitos de abuso sexual en la infancia y adolescencia, viene principalmente motivado porque el menor es un miembro generalmente dependiente (tanto a nivel efectivo como material) de sus familiares y porque, así mismo, desconoce sus derechos legales.

Se presenta un caso de estupro en la adolescencia que fue motivo de denuncia, después de una historia continuada y repetitiva de abuso sexual.

Paciente de sexo femenino, de 15 años de edad, que ingresa en el Servicio de Pediatría, procedente de Urgencias, por haber realizado un intento autolítico (ingestión de 20 g de Paracetamol).

Entrevista con la menor

Después de dos entrevistas previas, la paciente nos refiere la siguiente historia:

Desde los 12 años de edad es obligada por su cuñado a mantener relaciones sexuales. El agresor realizaba los abusos sexuales cuando se quedaba en casa a solas con la menor. Al principio, los abusos consistían en "tocamientos" y más adelante fueron relaciones sexuales completas de todo tipo

(vaginales, orales y anales). Un año antes de su ingreso, y como consecuencia de estas relaciones sexuales, la paciente se quedó embarazada (por aquellas fechas la paciente tenía 14 años). El agresor la convenció para que abortara, obligándola a ingerir aspirinas y alcohol (ginebra) durante varias noches. Al no producirse el aborto por este "método", el agresor hizo que la menor comentara a sus padres que estaba embarazada de un supuesto "conocido" de la paciente. Se efectuó una interrupción voluntaria del embarazo en una clínica privada, teniendo que dar su consentimiento los padres de la paciente ya que ésta era menor de edad.

Después de esta circunstancia, la paciente, comenzó a presentar un cuadro consistente en ansiedad, estado de ánimo distímico, labilidad afectiva, hiporexia y trastornos del sueño. Los abusos sexuales continuaron sin que la paciente comentara estos hechos a ningún miembro de su familia, debido a la coacción de su agresor. Sus familiares la encontraban triste pero ignoraban lo que pasaba.

Dos meses antes de su ingreso, el estado de ánimo de la paciente era claramente depresivo, añadiéndose a su cuadro clínico ideas autolíticas que desembocaron en el intento autolítico que provocó su ingreso.

Antecedentes personales y familiares

Nivel socio-económico bajo. Es la menor de cuatro hermanos. Embarazo, parto y desarrollo psicomotor normal. Estudios de E.G.B. En la actualidad, no realiza ningún tipo de actividad. No patología orgánica conocida ni hábitos tóxicos.

Padre 48 años agricultor, diabético, insulino-dependiente. Madre 43 años S.L., impresiona de CI límite.

Exploración

Consciente y orientada en tiempo y espacio; nivel intelectual normal para su edad. Rasgos de personalidad pasivos y dependientes. Estado de ánimo deprimido, sin claro ritmo circadiano, llanto, anhedonia, ideas de minusvalía personal y de muerte. Hiporexia, pérdida de peso e insomnio de conciliación con despertares frecuentes. Se realizó hemograma, bioquímica, proteinograma y e.c.g. estando todo dentro de límites normales. El HIV fue negativo.

Evolución

Se realizó psicoterapia y se pautó tratamiento farmacológico con 50 mg/día v.o. de imipramina y 10 mg/día v.o. de clorazepato dipotásico, siendo dada de alta a los ocho días de su ingreso, derivándose a las Consultas Externas de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil para tratamiento ambulatorio.

Asimismo, se comunicaron los hechos por escrito al Ministerio Fiscal, realizándose la correspondiente denuncia en el Juzgado por parte del padre de la paciente.

A la semana de su alta hospitalaria, la paciente fue citada en el Juzgado de 1ª instancia de Instrucción para efectuar declaración. Posteriormente, fue visitada en las Consultas Externas de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, objetivándose el fenómeno conocido como "victimación secundaria" (presentaba al ser valorada, síntomas recortados de trastorno por estrés postraumático sobreañadidos a su cuadro depresivo) provocados por el proceso legal, al haber sido preguntada la menor por los abusos sexuales realizados por el agresor con la consecutiva rememoración de las experiencias traumáticas.

Después de recibir tratamiento ambulatorio con antidepresivos, ansiolíticos y psicoterapia, durante año y medio, fue dada de alta, asintomática y con una buena adaptación sociofamiliar.

CONCLUSIONES

El número de denuncias efectuadas por delito sexual dentro del seno familiar en los niños y adolescentes es mínimo en comparación con la incidencia real de esos delitos en la sociedad actual.

Se presenta un caso de abuso sexual (estupro) continuado y repetitivo en una adolescente que dio origen a un intento autolítico y que posteriormente motivó el fenómeno conocido como "victimación secundaria" con síntomas recortados de trastorno por estrés postraumático al realizarse la denuncia del caso ante la Administración de Justicia.

203

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bengtsson O. Child and adolescent psychiatry and child sexual abuse. *Arctic-Mes Res* 1994;53(1):57-62.
- 2 Briere J, Zaidi LY. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am J Psychiatry* 1989;14612:1602-1606.
- 3 McLeer SV, Callaghan M, Henry D, Wallen J. Psychiatric disorders in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(3):313-319.
- 4 Rimsza ME, Berg RA, Locke C. Sexual abuse: somatic and emotional reactions. *Child Abuse Negl* 1988;12(2):201-8.
- 5 Vázquez Mezquita B. *Victimología*. Madrid: Administración de Justicia, 1991.
- 6 Wozencraft T, Wagner W, Pellegrin A. Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1991;15(4):505-511.

204 RESPUESTA PARADÓJICA AL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA CON NALTREXONA

La naltrexona es un antagonista competitivo opiáceo, potente, administrado vía oral y de largo efecto, usado en el tratamiento de la adicción narcótica, que ha sido estudiado como tratamiento de la conducta autolesiva en individuos minusválidos con trastornos del desarrollo, como ya tuvo ocasión de reseñar anteriormente este lector⁽¹⁾.

En la mayoría de casos (18 casos de los 24 sujetos tratados con naltrexona en los 11 artículos publicados) experimentaban un descenso de la conducta autolesiva. En dos casos la naltrexona produjo un transitorio empeoramiento de la conducta autolesiva con posterior mejoría. Y en cuatro casos no se presentó modificación alguna.

En la presente reseña⁽²⁾, Benjamin y cols. presentan un caso en el que la naltrexona tuvo por resultado un dramático aumento de la conducta autolesiva.

Se trata de un ensayo abierto con naltrexona en un paciente varón autista de 24 años de edad retrasado severo con conducta autolesiva. La conducta autolesiva había empezado a la edad de 2 años. A los 15 años de edad precisó supervisión personal las 24 horas para evitar las autolesiones y las agresiones a otros y fue ingresado en una residencia. La aplicación de neurolépticos de baja potencia, en el pasado produjo letargia pero no descenso de la conducta autolesiva.

Así el paciente fue tratado con naltrexona con el siguiente programa: 25 mg (0,43 mg/Kg) v.o. cada mañana durante tres días, 50 mg (0,85 mg/Kg) v.o. cada mañana durante cinco días y 100 mg (1,71 mg/Kg) v.o. cada mañana durante dos días.

Inmediatamente después de que el paciente empezara el tratamiento con naltrexona, la frecuencia y severidad de la conducta autolesiva aumentó requiriéndose la supervisión del paciente a cargo de dos personas y la casi continua contención mecánica hasta el final del ensayo para evitar lesiones graves.

El dramático aumento de la conducta autolesiva precisó la suspensión del ensayo con naltrexona el décimo día. El siguiente ensayo con buspirona (inicialmente con 0,1 mg/Kg, y luego 0,2 mg/Kg) durante los siguientes tres meses no produjo variaciones en comparación con el punto de partida. Sin embargo, el subsiguiente ensayo con trazadona, 50 mg/d, produjo la total remisión de la conducta autodestructiva, manteniéndose su efecto los 12 meses siguientes de seguimiento.

Caso que, con el empeoramiento de la conducta autolesiva con el bloqueo opioide, puede verse como una evidencia más de la implicación del sistema opioide endógeno en tales conductas. Concluyendo con la necesidad de otros estudios que permitan distinguir entre los respondedores y los no a la naltrexona.

TRATAMIENTO CON CLONIDINA DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES DE LA ENCEFALOPATÍA PEDIÁTRICA DEL VIH-1

La encefalopatía pediátrica asociada con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) ha sido ampliamente informada y consiste en una constelación de hallazgos cognoscitivos, conductuales y motores. La mayor parte de la literatura pediátrica actual se refiere a los aspectos neurológicos.

Hay pocos artículos incluyendo los síntomas conductuales o psiquiátricos como manifestación inicial de la afectación del sistema nervioso central (SNC) en los niños infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1.

La experiencia publicada en el tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas y conductuales del VIH-1 es limitada. Hay unos pocos casos de respuesta al tratamiento con zidovudina (AZT) y un caso único de éxito terapéutico de la hiperactividad asociada con metilfenidato.

En esta reseña se recoge la publicación de un caso de un niño de 4 años afecto de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) cuya inicial evidencia del proceso encefalopático fue un cambio conductual. Los síntomas del niño incluían hiperactividad, descenso del control impulsivo, insomnio de conciliación y aumento de la conducta agresiva. Síntomas que fueron aminorados con clonidina⁽³⁾.

El paciente es un niño hispano de 4,8 años de edad con VIH transmitido verticalmente. Su edad gestacional fue de 29 semanas con un peso al nacimiento de 1.270 g. Desde su nacimiento este paciente fue seguido con detalle.

El paciente vive con sus padres biológicos. Su padre tiene SIDA y su madre está infectada de VIH-1. Ambos padres tienen antecedentes de abuso de tóxicos (principalmente cocaína), en remisión desde el nacimiento del niño.

Un repentino inicio de la hiperactividad y la conducta impulsiva se observó primero a los 4,1 años de edad. Asociando en los meses posteriores: un severo insomnio de conciliación de unas 3 a 5 horas, anorexia, irritabilidad con intolerancia a la frustración y conducta, por lo que fue remitido para examen a la consulta psiquiátrica.

A la consulta psiquiátrica cumplía los criterios DSM-III-R de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El tratamiento con AZT, que llevaba desde hacía un año, fue suspendido por su posible influencia en el cambio conductual presentado, no observándose variación alguna, por lo que empezaron el tratamiento con clonidina, opción elegida tanto por su eficacia en el tratamiento de la hiperactividad y la impulsividad en niños con TDAH y autismo, como por la posible exacerbación del insomnio y la anorexia con el uso de estimulantes.

La dosis inicial de clonidina fue de 0,025 mg v.o. al día y fue lentamente aumentada a 0,025 mg dos veces al día y mejoría en la hiperactividad, impulsividad y los patrones del sueño, con un discreto descenso de la conducta agresiva, reinstaurándose el tratamiento con AZT al iniciarse la estabilización de la conducta.

TRATAMIENTO CON TEC DE UNA NIÑA CON CATOTONÍA

Cizadlo y Wheaton presentan el caso de una niña de ocho años y medio afecta de depresión mayor con catotonía tratada satisfactoriamente con terapia electroconvulsiva (TEC)⁽⁴⁾.

R.M. es una niña de ocho años y medio visitada en consultas externas, que consulta afecta de un cuadro depresivo de un mes de franca evolución, cumpliendo criterios de DSM-R de trastorno depresivo mayor. Iniciándose tratamiento con paroxetina por la preocupación obsesiva por la conducta buena y por la mala que presentaba la niña, y para minimizar los potenciales efectos secundarios, indicando también una psicoterapia individual semanal, presentando un progresivo empeoramiento con la aparición de conductas de autoagresión con exacerbación de la clínica depresiva, lo que motivó su ingreso a la semana y media. La paroxetina se inició con una dosificación de 20 mg/d, manteniéndose 19 días, luego 30 mg/d durante ocho días y 40 mg/d durante un día, como único tratamiento farmacológico.

Sin embargo, continuó empeorando, aumentando la conducta autolesiva, rechazando comer, por lo que necesitó sonda nasogástrica. Cesó de hablar, después dejó de comunicarse por gestos o por escrito. Gradualmente paró casi todo movimiento espontáneo, quedándose postrada en la cama con una rigidez tipo tabla y un negativismo al movimiento pasivo.

Se realizó un amplio estudio orgánico complementario y un estudio por dos neuropediatras consultores sin hallazgo alguno.

Se suspendió la paroxetina al mes, siguiéndose un breve ensayo con haloperidol suspendido a petición de los padres. Tras un periodo de lavado de cuatro días, se inició tratamiento con nortriptilina, 30 mg noche, suspendiéndose al sexto día por un rápido empeoramiento con una amenazante significativa morbilidad física. El lorazepán, en dosis de 0,5 mg de dos a tres veces al día fue ineficaz frente a la rigidez y los otros síntomas catatónicos.

De esta forma se llegó a la elección del tratamiento con TEC. Siguiendo la directiva del Grupo de trabajo sobre el TEC de la APA previamente fue examinada por dos psiquiatras consultores, quienes coincidieron con la necesidad del TEC. Por otra parte fue obtenido el consentimiento informado de los padres.

La paciente recibió 19 tratamientos TEC, 15 bilaterales y 4 unilaterales. Administrados los primeros en la mañana, en lunes, miércoles y viernes.

Después del octavo tratamiento, comenzó a parpadear en respuesta a órdenes verbales. Con el consentimiento paterno se añadió haloperidol 5 mg/d por la continua presunción de un proceso psicótico. Después del 11º tratamiento se retiró la sonda nasogástrica al normalizarse la ingesta oral alimentaria, con una gradual posterior remisión clínica, suspendiendo el TEC tras tres tratamientos sin mejoría. En ese momento se inició el tratamiento con fluoxetina 20 mg/d con el rápido descenso y suspensión del haloperidol.

EFICACIA ANTIMANIACA DE LA DEXTROANFETAMINA EN UN ADOLESCENTE CON LESIÓN CEREBRAL

A propósito de un caso, Max y cols. plantean la posibilidad de una terapéutica antimaniaca con dextroanfetamina⁽⁵⁾.

En efecto, presentan el caso de un varón blanco, de 14 años, afecto de una hidrocefalia congénita por la que ha tenido siete intervenciones quirúrgicas en relación con el shunt ventrículo-peritoneal. A la edad de tres años y medio tuvo su primera crisis epiléptica de gran mal, repitiendo a los 11, dos a los 12 y la última a los 14, junto antes del último recambio de la derivación. Antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con una positiva respuesta al metilfenidato.

Consulta por un trastorno bipolar fase maníaca resultado infructuosos los sucesivos tratamientos con valproico con litio y haloperidol; valproico con litio y carbamacepina, respondiendo en cambio a la dextroanfetamina (añadida al valproico) con la dosis inicial de 2,5 mg por la mañana y a mediodía el primer día, aumentado a 12,5 mg/d al siguiente día. A los 16 días fue aumentada a 20 mg/d. Con posteriores incrementos al incrementarse la agresividad con una buena respuesta: cuatro meses más tarde a 25 mg/d, y dos meses más tarde a 30 mg/d, dosis a la que estuvo estable ocho meses.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 *Rev Psiqu Inf-Juv* 1991;1:83.
- 2 Benjamin S, Seek A, Tresise L, Price E, Gagnon M. Case study: paradoxical response to naltrexone treatment of self-injurious behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:238-242.
- 3 Ceseña M, Lee DO, Cebollero AM, Steingard J. Case study: behavioral symptoms of pediatric HIV-1 encephalopathy successfully treated with clonidine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:302-306.
- 4 Cizadlo BC, Wheaton A. Case study: ECT treatment of young girl with catotonia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:332-335.
- 5 Max JE, Richards L, Hamdan-Allen G. Case study: antimaniac effectiveness of dextroamphetamine in brain-injured adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:472-476.

206 DSM-IV. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Barcelona: Masson, 1995
Rústica, 908 páginas

Esta última edición revisada de los trastornos mentales es el fruto de un trabajo en equipo, tanto a nivel personal como a nivel de distintas organizaciones profesionales. Ello ha significado un esfuerzo notable, especialmente para centrarse en objetivos clínicos de investigación y educacionales, apoyándose en fundamentos empíricos sólidos.

Aunque la experiencia de otras revisiones anteriores de estos trastornos nos demuestra la gran dificultad que existe para crear una guía útil encaminada hacia la práctica clínica, se ha intentado conseguir elaborar criterios breves y concisos, claridad de expresión y facilitar la investigación y la comunicación entre los clínicos y los investigadores.

En sus once apéndices aparecen innovaciones importantes con respecto a los anteriores manuales, entre las que destacan: determinadas proposiciones sugeridas para ser incluidas en el DSM-IV, los índices alfabéticos y numéricos de diagnósticos y códigos de la CIE-10, los cambios con respecto al DSM-III y una guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura.

Específicamente hablando de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia, han cambiado algunos criterios, de los cuales mencionaré los siguientes:

- Ya no se habla de los trastornos de las habilidades académicas, sino de los trastornos de aprendizaje, permitiendo un diagnóstico ante un déficit sensorial cuando las dificultades en el aprendizaje son superiores a las asociadas al déficit sensorial. También permite el diagnóstico en presencia de una enfermedad médica o neurológica (los trastornos del aprendizaje aparecen codificados en el Eje I).

- Los trastornos de comunicación reúnen bajo un solo encabezamiento todos los trastornos del habla y del lenguaje.

- El trastorno del lenguaje expresivo se codifica en el Eje I.

- El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo sustituye al trastorno del desarrollo del lenguaje receptivo.

- El trastorno fonológico sustituye al trastorno del desarrollo de la articulación.

- Los trastornos generalizados del desarrollo se codifican en el Eje I.

- El trastorno autista mantiene sus características definitorias, pero los ítems individuales y el algoritmo diagnóstico general han sido modificados. Se ha reinstaurado el requisito «edad de inicio antes de los tres años».

- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad integra en una categoría más amplia el TDA con hiperactividad y el TDA indiferenciado.

- En el trastorno disocial, han aumentado y modificado los ítems.

- Se ha cambiado el nombre de trastorno de la conducta alimentaria por trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, para reflejar la ubicación de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en una sección distinta de como estaban hasta este momento.

- Se ha añadido una nueva categoría para diagnosticar a niños incapaces de comer adecuadamente (trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia o la niñez).

- En el trastorno de tics, el límite superior de la edad de inicio se ha reducido a los 18 años.

- En la encopresis, el requisito de duración se ha reducido a tres meses.

- El trastorno de movimientos estereotipados sustituye al trastorno por estereotipias/hábitos motores.

Con este rápido avance, podemos observar que en este manual existe una clara intención, que no es otra que la de hacer más posible la compatibilidad diagnóstica con la CIE-10.

Quizás lleguemos a tener una unificación general de criterios diagnósticos que convenza a todos los profesionales de la Salud mental, pero no cabe duda de que para ello, los pasos seguidos por los distintos DSM han sido necesarios sin que entremos en la eterna discusión de si son acertados o no.

Salvador Arxé i Closa

CONGRESO SOBRE "LA PSIQUIATRÍA EN LA DÉCADA DEL CEREBRO"

Organización: Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP).

Secretaría: Proconsur, S.A. Edif. Capitolio. Av. San Francisco Javier, 15 4º; 41018 Sevilla. Tel. 95-492 27 55. Fax: 95-492 30 15. Sevilla, del 24 al 28 de octubre de 1995

IV CONGRESO ESTATAL: "LA INFANCIA MALTRATADA"

Información: Távora Viajes y Congresos. C/ Zaragoza, 1; 41004 Sevilla. Tel. 95-422 61 60. Fax: 95-422 80 70. Sevilla, del 8 al 11 de noviembre de 1995

VI JORNADAS INTERNACIONALES SOBRE SÍNDROME DE DOWN

Organización e información: Fundació Catalana Síndrome de Down. València, 231, 4º 4ª; 08007 Barcelona. Tel. 93-215 74 23. Fax. 93-215 76 99.

Barcelona, del 15 al 27 de noviembre de 1995

JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. EVALUACIÓN Y DIAGNOSIS EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Organiza: Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Información y secretaría: TILES A. Londres, 17; 28008 Madrid. Tel. 91-361 26 00. Fax. 91-355 92 08

Madrid, del 24 al 25 de noviembre de 1995

I CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA. JORNADAS DE PSICOPEDIATRÍA

Organiza: Unitat d'Estudi del Comportament de la Unitat de Psiquiatría Infantil i de la Joventut de l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, UAB. Càtedra de Psiquiatría, UAB. Càtedra de Pediatria, UAB. Patrocinio y colaboración de la

Societat Catalana de Psiquiatría Infantil, Societat Catalana de Pediatria, Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Institut d'Estudis de la Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y Hospitals Vall d'Hebron.

Reconocido de interés sanitario por el IES, con 2 créditos de valor (horas lectivas 22).

Información y secretaría: Dra. R. Vacas. Gran Vía de les Corts Catalanes, 575, pra. 1ª; 08011 Barcelona. Tel. (93) 323 47 32.

Sede del curso: Salón de actos de los Servicios Centrales dels Hospitals Vall d'Hebron.

Barcelona del 8 al 10 de enero de 1996

2º CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA. JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

Organiza: Unitat d'Estudi del Comportament de la Unitat de Psiquiatría Infantil i de la Joventut de l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, UAB. Càtedra de Psiquiatría, UAB. Càtedra de Pediatria, UAB. Patrocinio y colaboración de la Societat Catalana de Psiquiatría Infantil, Societat Catalana de Pediatria, Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Institut d'Estudis de la Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y Hospitals Vall d'Hebron.

Reconocido de interés sanitario por el IES, con 2 créditos de valor (horas lectivas 22).

Información y secretaría: Dra. R. Vacas. Gran Vía de les Corts Catalanes, 575, pra. 1ª; 08011 Barcelona. Tel. (93) 323 47 32.

Sede del curso: Salón de actos de los Servicios Centrales dels Hospitals Vall d'Hebron.

Barcelona del 11 al 13 de enero de 1996

V CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE AUTISMO

Organiza: Asociación Internacional Autismo-Europa.

Información: Fundació Congost Autisme. C/ Sant Antoni Mª Claret, 282 A, 2º 2ª; 08041 Barcelona. Tel. 93-435 16 79. Fax. 93-455 53 35.

Presentación de ponencias: International Association Autisme-Europe. Av. E. Van Becelaere, bte, 21, B-1170 Bruxelles-Bélgica. Tel. 32-2-675 75 05. Fax. 32-2-675 72 70.

Barcelona, del 3 al 5 de mayo de 1996

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

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

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

Firma

Fecha:

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

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____
Banco/Caja de ahorros _____ N° 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 o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.**

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:

Dr. Luis Sordo Sordo
Avenida del Torreón, 7 5º D
13004 Ciudad Real

_____ de _____ de 199__



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 Plas.

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

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

ferring