

Año 1995

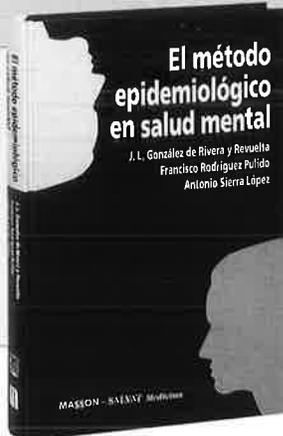
Nº 1

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



El método epidemiológico en salud mental

J.L. González de Rivera
F. Rodríguez Pulido
A. Sierra López

Un tomo (14 X 25 cm) con 464 páginas y 25 ilustraciones.
Encuadernado en tapa dura.
ISBN 84-458-0138-4 © 1993

- ✓ De la necesidad imperiosa de profundizar en el conocimiento de la salud mental surge la aplicación, cada vez más intensa, del método epidemiológico.
- ✓ El objetivo de este libro es el de llegar a definir la magnitud de los problemas psiquiátricos, estudiar la evolución de la salud mental en las comunidades, y promover la aplicación y evaluación de programas preventivos y terapéuticos.
- ✓ La obra recoge en un todo coherente, los métodos epidemiológicos básicos, su aplicación a la investigación en Salud Mental y los instrumentos de medida y de evaluación en psiquiatría.

INDICE DE CAPITULOS (extracto)

I. Metodología básica. 1. El método epidemiológico aplicado a los problemas de salud mental. 2. Epidemiología descriptiva en salud mental: estudios de corte. 3. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. 4. Epidemiología analítico-observacional en salud mental (I): estudios de cohortes. 5. Epidemiología analítico-observacional en salud mental (II): estudios casos-controles. 6. Los estudios epidemiológicos de intervención. Su aplicación en la salud mental. 7. La aplicación del método estadístico a la investigación epidemiológica. 8. Análisis estadísticos avanzados en salud mental. La regresión logística. **II. Instrumentos de medida y sistemas de información.** 9. Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas. 10. Instrumentos para la detección de trastornos psicóticos en atención primaria. 11. El registro acumulativo de casos en psiquiatría. **III. Aplicación y diseño.** 12. Estudio comunitario de salud mental de Cantabria: una recopilación final de sus resultados. 13. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. 14. Estudio de la morbilidad psiquiátrica menor. 15. Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. 16. Concepto de prevalencia de la depresión infantil. 17. Screening de trastornos cognitivos en la comunidad geriátrica: cuestiones metodológicas. 18. La demencia como problema de salud pública: estrategias para su detección precoz. 19. La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. 20. Diseño de los estudios de mortalidad suicida. 21. La metodología en el estudio psiquiátrico de los homicidios. 22. Estudio de los efectos del desempleo en la salud mental. 23. Metodología de la investigación en biometeorología psiquiátrica. **IV. Evaluación.** 24. Evaluación epidemiológica de los servicios asistenciales. 25. Métodos de evaluación en la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico. 26. Evaluación de la desinstitutionalización del paciente psiquiátrico crónico. **Índice alfabético de materias.**

Desde 1804 al servicio de la Medicina

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre el libro:

GONZALEZ DE RIVERA: El método epidemiológico en salud mental
(cód. 0138)

PVP: 6.500 Ptas. con IVA y 6.250 Ptas. sin IVA

FORMA DE PAGO:
Contra reembolso,
sin recargo alguno.

NOMBRE

Fecha de nacimiento

FIRMA:

ESPECIALIDAD

DIRECCION

LOCALIDAD

ATENCION
CLIENTES:
Tel. (93) 416 02 68

452

Puede dirigirse a
su librería habitual
o remitir esta tarjeta
de pedido a:

MASSON, S.A.

Av. Príncipe de Asturias, 20
08012 BARCELONA (España)
Teléfono 93 - 415 45 44
Fax 93 - 416 12 19

MASSON



SALVAT
Medicina
Enfermería
Veterinaria
Odontología





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

ISBN:

84-7179-182-X

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	Consentimiento informado en psiquiatría del niño y del adolescente <i>J.R. Gutiérrez, A. Pérez, F. Rey</i>	1
Artículos originales	Influencia de las relaciones parentales en la adaptación social y familiar en una muestra de adolescentes gallegos <i>I. Gómez-Reino, M.D. Ferreiro Díaz, M.D. Domínguez Santos, A. Rodríguez López</i>	4
	Psicopatología escolar: un estudio epidemiológico <i>M.V. Rivas Terán, J.L. Vázquez Barquero</i>	11
	Psicopatología del adolescente: estudio epidemiológico comparativo <i>M.D. Linares Velilla, J. Ochoa Herrando</i>	15
	Rasgos psicopatológicos de personalidad en pacientes con anorexia nerviosa y en sus padres <i>L. Lázaro, J. Toro, T. Marcos</i>	21
	Estudio clínico de las psicosis de inicio en la adolescencia <i>I. Lastra, J.C. González-Seijo, Y.M. Ramos, J.L. de Dios, M.J. Martínez-Chamorro</i>	25
	Aspectos psicopatológicos de individuos con síndrome X frágil de diferentes familias <i>C. Gómez-Ferrer Gorriz, A. Micol Torres, M.P. García López, J. Gabarrón Llamas, A. Fernández Moreno</i>	29
	Síndrome de Lujan-Fryns. ¿Caso típico o atípico? <i>J. San Sebastián Cabasés, A. Ciudad Herrera, A. Quintana</i>	40
	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes <i>A. Fernández Rivera, M.A. González Torres, M.S. Mondragón, B. Nogueras, A. Lasa</i>	45
Artículo de revisión	Vulnerabilidad al alcoholismo en hijas de alcohólicos <i>M. Corral, S. Rodríguez Holguín, F. Cadaveira</i>	52
Caso clínico		61
Reseñas terapéuticas		63
Comentario de publicaciones		65
Agenda		66

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Brief commentary	Informed consent in child and adolescent psychiatry <i>J.R. Gutiérrez, A. Pérez, F. Rey</i>	1
Original articles	Influence of parent-child relationship in social and family adjustment in a sample of young Galician people <i>I. Gómez-Reino, M.D. Ferreiro Díaz, M.D. Domínguez Santos, A. Rodríguez López</i>	4
	School psychopathology: an epidemiological study <i>M.V. Rivas Terán, J.L. Vázquez Barquero</i>	11
	Psychopathology of the teenager: comparative epidemiological study <i>M.D. Linares Vellido, J. Ochoa Herrando</i>	15
	Psychopathological traits of personality in patients with anorexia nervosa and their parents <i>L. Lázaro, J. Toro, T. Marcos</i>	21
	Clinical features of psychotic disorders with onset during adolescence <i>I. Lastra, J.C. González-Seijo, Y.M. Ramos, J.L. de Dios, M.J. Martínez-Chamorro</i>	25
	Psychopathological aspects of Fragile X Syndrome people of different families <i>C. Gómez-Ferrer Gorriz, A. Micol Torres, M.P. García López, J. Gabarrón Llamas, A. Fernández Moreno</i>	29
	Lujan-Fryns syndrome. A typical or an atypical case? <i>J. San Sebastián Cabasés, A. Ciudad Herrera, A. Quintana</i>	40
	Beck Suicidal Intent Scale applied to an attempted suicide sample of adolescents and young adults <i>A. Fernández Rivas, M.A. González Torres, M.S. Mondragón, B. Noguerras, A. Lasa</i>	45
Review article	Vulnerabilidad al alcoholismo en hijas de alcohólicos <i>M. Corral, S. Rodríguez Holguín, F. Cadaveira</i>	52
Clinical case		61
Therapeutical summary		63
Publications commentary		65
Calender		66

J. R. Gutiérrez
A. Pérez
F. Rey¹

Consentimiento informado en psiquiatría del niño y del adolescente

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina.
Badajoz
1 Hospital Clínico Universitario.
Salamanca

Informed consent in child and adolescent psychiatry

Correspondencia:

J.R. Gutiérrez
C/ Godofredo Ortega y Muñoz, 12 4-b
06011 Badajoz

"For the patient, "informed consent" provided by the family and "assent" provided by the child may fulfill current legal requirements, but still be clinically insufficient. To achieve ethical consent, it is necessary for the physician to follow and respond to child's and parent's development of understanding"

Popper 1987 (p: 128-129)

El proceso de consentimiento informado en niños y adolescentes conlleva una complejidad inherente que no se presenta cuando este proceso se realiza en el adulto. Prescribir un tratamiento psiquiátrico a un menor no sólo necesita una sensibilidad diagnóstica, evolutiva y ética especial, sino que también requiere la participación, cooperación y el apoyo de distintas personas: el niño o adolescente, los padres y, a veces, otras personas o instituciones que pueden influir en la decisión terapéutica. Las interacciones entre todas ellas complican, y perfeccionan, el proceso de obtención de *un consentimiento informado clínicamente válido*. Podemos aceptar que existen tres modelos de consentimiento informado: el legal, el clínico y el bio-ético.

En la actualidad, el consentimiento informado, en el sentido *legal*, se sigue definiendo en base a criterios centrados en las capacidades cognitivas de una persona adulta: ser competente, tener voluntad, entender la información (definida por la capacidad de "repetición" de la información recibida) y tener capacidad de deci-

sión. Implícitamente, se asume que el consentimiento es un evento discreto (se da o no se da) y, en general, si un padre o adulto autorizado recibe una explicación y firma la solicitud de consentimiento, el proceso está terminado. En el caso de que el niño vaya a participar de un protocolo de investigación debe solicitarse su *"asentimiento"*⁽¹⁾. El asentimiento implica que el niño entiende, en función de su nivel de desarrollo, los pros y los contras del tratamiento y que coincide con ellos.

Los criterios básicos se han cumplido si hemos informado sobre los siguientes aspectos: propósito del tratamiento (beneficios); descripción del proceso de tratamiento; explicación de los riesgos del tratamiento, tanto generales como particulares; valoración de las alternativas terapéuticas, incluyendo la ausencia de tratamiento; y, en el caso de los tratamientos farmacológicos, indicar que puede haber riesgos no conocidos⁽²⁾. Esta información se suele dar de forma verbal aunque algunos hospitales disponen de formas escritas.

A medida que el modelo se va acercando a la práctica diaria, los términos que, en teoría, aparecían muy claros se van haciendo cada vez más ambiguos por lo que el modelo pierde su utilidad cuando se aplica a la clínica cotidiana.

Cuando un niño está inmerso en el proceso de consentimiento informado, el clínico debe valorar una serie de cuestiones tácticas tales como a) los derechos

2 del menor, b) su relación con los adultos responsables de su cuidado, c) la capacidad del niño para entender el tratamiento, d) la integración del proceso de consentimiento dentro de la alianza terapéutica, y e) el potencial de coerción que puede actuar sobre el menor, tanto el derivado del medio como del propio tratamiento.

El *modelo clínico*⁽²⁾ incluye el asentimiento del niño como una parte del procedimiento óptimo para la consecución del consentimiento y de un tratamiento adecuado, apartándose, de esta forma, del modelo estrictamente legal. Aunque el modelo legal requiere sólo el consentimiento de un adulto, en la clínica cotidiana deben tenerse en cuenta los aspectos derivados de ambos padres y deben valorarse, y discutirse, los contenidos relacionados con el volumen de conocimientos, las asunciones y las atribuciones emocionales de cada uno de los padres o adultos involucrados en el proceso de toma de decisiones.

El limitado poder social del niño ante la justicia y el hecho de que los padres o cuidadores legales puedan no actuar en el mejor interés posible del niño hace que la obtención del consentimiento clínico deba realizarse teniendo en cuenta la valoración de las relaciones entre el cuidador adulto y el niño.

El asentimiento del niño tiene distintas implicaciones en las distintas edades. Adolescentes que han alcanzado el estadio de operaciones formales son capaces de entender las informaciones terapéuticas tan bien como los adultos⁽³⁾, pero en este periodo debe tenerse en cuenta que los contenidos relacionados con la confidencialidad tienen mucha más importancia⁽⁴⁾. No hay un consenso general en relación con la determinación de una edad específica en la cual el niño es competente para dar el consentimiento. Tanto los jueces como los clínicos se inclinan a permitir que las circunstancias individuales determinen la capacidad del niño para consentir.

Si bien en cualquier edad los aspectos cognitivos de una persona pueden verse afectados por el estrés, esta circunstancia es más intensa en la infancia. Además, la comprensión del niño puede estar alterada por el propio trastorno psiquiátrico para el que va a ser instaurado el tratamiento.

En el modelo clínico de consentimiento deben tenerse en cuenta cinco apartados:

1) las personas que participan; 2) la comunicación entre ellos; 3) la comprensión personal y emocional de estas personas; 4) las acciones realizadas por ellos; y 5) el paso del tiempo.

El niño o adolescente, después de escuchar las recomendaciones de su médico, puede aceptar o rechazar el tratamiento. Su decisión es, en principio, un proceso interior denominado "*asentimiento o rechazo interno*". Después, él comunica su decisión en relación con las recomendaciones hechas y esto se denomina "*asentimiento o rechazo externo*". El proceso interno y el externo no tienen por qué ser concordantes y, además, el asentimiento no siempre quiere decir que el paciente vaya a tomar la medicación.

Se denomina "*pseudo-asentimiento*" a la situación, incongruente, en la que un adolescente toma la medicación a pesar de presentar un rechazo interno; *pseudo-rechazo* sería la situación donde hay una aceptación interna pero el paciente rechaza la medicación.

La realización de un consentimiento informado no es un acto puntual que sólo tenga lugar en el momento inicial de la planificación terapéutica y que se cierre con la instauración del tratamiento. El consentimiento es una situación dinámica que, tanto si se acepta como si no, se modifica a lo largo del tiempo y hace necesario revaluaciones continuas y discusiones con todas las partes implicadas en él.

La mayoría de los clínicos que realizamos planificaciones terapéuticas y que, más específicamente, prescribimos psicofármacos a niños con alteraciones emocionales, tratamos con familias rotas, sujetas a situaciones de disputas o a niños bajo la custodia de instituciones gubernamentales. Estas situaciones dificultan las tomas de decisiones terapéuticas y producen situaciones en las cuales los adultos pueden utilizar la aceptación del tratamiento como una manera de coaccionar al niño o a otros adultos implicados en el proceso terapéutico.

Desde una perspectiva *Bioética*, el consentimiento informado requiere la consideración de tres principios. El principio de la *autonomía del paciente* (el paciente tiene derecho a decidir qué ocurre con su cuerpo), el principio del *máximo beneficio* (el médico debe procurar el mayor beneficio posible para el paciente) y el principio de *justicia social* (el médico debe tener en cuenta la utilización socialmente justa de los recursos sanitarios).

El consentimiento informado, aunque fundado en cuestiones legales es, esencialmente, un imperativo *ético*: el médico debe respetar la inteligencia del niño o adolescente, su derecho a conocer, tanto como sea posible, lo que le está pasando y cómo un tratamiento puede ayudarle. Tal respeto permite al niño colaborar, de alguna mane-

ra, en la decisión terapéutica. La solicitud de consentimiento, que es sólo un documento legal, no debe sustituir esta participación activa en el proceso terapéutico.

Si el niño o adolescente presenta un trastorno profundo del desarrollo o un trastorno grave de la comunicación, entonces el cuidador o el psiquiatra deben asumir responsabilidades mayores a la hora de interpretar los sentimientos internos del paciente. El médico debe ser consciente de ello y debe realizar los oportu-

nos reajustes encaminados a la revaloración del consentimiento y del asentimiento por parte del niño o del adolescente para continuar con la medicación o hacer un reajuste terapéutico.

Las excepciones al consentimiento informado son: las situaciones de urgencias, el privilegio terapéutico (situación en la que un médico determina que dar información puede ser peligroso para el paciente) y la renuncia del paciente a recibir información.

3

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Nicholson RH. Medical research with children: Ethics, law and practice: *The report of an Institute of medical ethics of clinical research investigations on children*. New York, Oxford University Press, 1985.
- 2 Popper C. Medical unknowns and ethical consent: Prescribing psychotropic medications for children in the face of uncertainty. En: Popper C, ed. *Psychiatric pharmacosciences of children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- 3 Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development* 1982;53:1589-1598.
- 4 Nye SG. Legal issues in the practice of child psychiatry. En: Schetky DH, Benedeck EP, eds. *Child psychiatry and the law*. New York: Brunner Mazel 1980:282-285.

I. Gómez-Reino¹
M. D. Ferreiro Díaz²
M. D. Domínguez Santos²
A. Rodríguez López²

1 Hospital Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas"
Toén (Orense)

2 Hospital General de Galicia Clínico Universitario.
Departamento de Psiquiatría.
Universidad de Santiago de Compostela.

Correspondencia:

I. Gómez-Reino Rodríguez.
C/ Failde Gago nº 7-2º. Edificio Lagunas 4º
32004 Orense.

Influencia de las relaciones
parentales en la adaptación social
y familiar en una muestra de
adolescentes gallegos

*Influence of parent-child
relationship in social and family
adjustment in a sample of young
Galician people*

RESUMEN

Examinamos el funcionamiento social y familiar de una muestra de adolescentes, compuesta por 733 jóvenes gallegos de hábitat urbano, con edades comprendidas entre 12 y 18 años, que son representativos de todos los jóvenes de hábitat urbano de Galicia (111.571). Se administró un cuestionario general elaborado por nuestro departamento, de donde se extrajeron los items relativos a este trabajo. Se utilizaron las escalas de adaptación social y familiar del test de adaptación de Bell para adolescentes.

Los resultados indican una clara relación entre unos niveles de adaptación familiar satisfactorios con adecuadas relaciones con ambos padres, la no existencia de favoritismos en el trato con los hermanos, la discusión de los problemas en casa y la vivencia del adolescente de la necesidad de explicarse tras la existencia de una situación problemática.

La adaptación social no muestra unos patrones tan claros de relación con las áreas estudiadas aunque sí se puede observar una tendencia general similar a la de la adaptación familiar pero con algunas excepciones.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Adaptación social; Relaciones padre-hijos; Adaptación familiar.

ABSTRACT

We study the social and family adjustment in a sample of adolescents of 733 young Galician people from urban areas between 12 and 18 years of age who are representative of all Galician adolescents from urban areas, around 111,571. The adolescents completed a general questionnaire designed in our department, in which we chose questions in relation to our study. The scales of social and family adjustment from the Bell adolescence adjustment test were used.

The results show a clear relationship between some satisfactory family adjustment levels with a proper relation with both parents, the non-existence of favoritisms in the treatment of siblings at home and the need of the adolescent to communicate after a problematic situation.

The social adaptation does not show such clear patterns of relationship with the studied areas

although a general tendency, similar to the family adjustment, can be observed, with some exceptions.

KEY WORDS

Adolescence; Social adaptation; Parent-child relations; Family adjustment.

INTRODUCCIÓN

La familia es el primer agente socializante en los seres humanos, las actitudes de los padres en la relación con sus hijos y su manera de enfrentarse a los problemas diarios, son a menudo espejos donde aprendemos nuestras conductas, influyendo no sólo en la propia dinámica intrafamiliar sino en la manera de relacionarse con el medio social, que progresivamente releva a la familia como elemento fundamental de la maduración del adolescente. El progreso se hace más rápido y fluido si ambos padres están presentes y colaboran en dar al niño el afecto parental apropiado, una disciplina adecuada, y el desarrollo de un sistema de valores de acuerdo con las normas sociales⁽⁴⁾.

Las hipótesis de que los conflictos adolescentes/padres son básicamente sanos, no se soportan en los hallazgos actuales. Niveles altos de conflicto se relacionan con fugas de casa⁽⁷⁾, embarazos tempranos⁽¹⁾, desarrollo de trastornos psiquiátricos⁽¹⁵⁾, intentos de suicidios⁽⁹⁾, y abuso de drogas^(10, 12). El trato discriminatorio por parte de los padres hacia los diferentes hijos favorece conductas agresivas en el núcleo familiar⁽³⁾.

Diversos estudios correlacionan los niveles de adaptación de los adolescentes, con la manera de resolver problemas por parte de los padres, (ausencia de agresividad, facilitación de la expresión de los conflictos, intercambio de información como medio de analizar las diferencias y llegar a una solución; etc.), encontrando que las conductas arriba mencionadas favorecen la adaptación y buen funcionamiento psicológico de los adolescentes^(16, 5, 11).

El concepto de adaptación comenzó a utilizarlo Shaffer en 1936 en su obra "La psicología de la adaptación". Para este autor "es un proceso biológico mediante el cual los organismos consiguen ajustarse a su

medio". Posteriormente otros autores como Allport la definen formando parte del concepto de personalidad, "es la organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan sus peculiares adaptaciones a su medio". Para García Hoz la adaptación se define como "la autorregulación de un organismo para responder de un modo positivo a la situación en la que se encuentra.

En este trabajo tratamos de correlacionar diversos patrones de conducta en la familia con los niveles de adaptación social y familiar de una muestra de adolescentes. Creemos que como en la literatura arriba comentada, los patrones de adaptación deberían correlacionarse con relaciones satisfactorias con ambos padres, un trato no discriminatorio entre los diferentes hermanos, y una respuesta por parte de los padres y adolescentes ante los problemas, que permita la expresión y discusión de los diferentes puntos de vista.

MATERIAL Y MÉTODO

Material humano

El universo o conjunto sobre el que se realiza el trabajo está formado por todos los jóvenes gallegos de hábitat urbano, con edades comprendidas entre 12 y 18 años, lo que supone 111.571. Esta muestra, compuesta por 733 individuos, se extrajo siguiendo criterios estadísticos y refleja las características del universo, siendo cuantificada para un error muestral máximo de $\pm 3,7\%$, con un margen de confianza del 95%.

Material instrumental

1. Un *Cuestionario General* de 76 items, donde se realizan entre otras las siguientes preguntas:

a.-p4. *¿Cómo suelen ser o han sido las relaciones con tu padre?:*

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

Hemos agrupado las dos primeras preguntas en un solo ítem. Existe un escaso número de respuestas en el apartado cinco por lo que no lo hemos valorado.

b.-p5. *¿Cómo suelen ser o han sido las relaciones con tu madre?:* 1. Conflictivas (temor, rebeldía). 2. Regula-

6 res (incomprensión, obediencia). 3. Corrientes (indiferencia). 4. Buenas (confianza y amistad). 5. Otras (anotar).

Hemos seguido los mismos criterios que con la pregunta anterior.

c.- p6. *¿El trato dado por tus padres es o fue igual para todos los hermanos, o te parece que hay o hubo favoritismos?*: 1. Sí, hubo con un hermano. 2. No, normal, con los pequeños. 3. No, muy bien respecto a todos.

Hemos agrupado las respuestas en dos, recodificando los items 2 y 3 en uno solo.

d.- p15. *En general, en tu familia, cuando tú o algún hermano, creaba problemas (trabajo, estudio, amistades, líos familiares etc) ¿había llamada al orden y discusión del asunto con explicaciones y demás, o simplemente se castigaba y reprendía?*: 1. Se discuten y aclaran los problemas siempre. 2. Solo en casos graves. 3. Se discute poco, mas bien se manda y obedece. 4. No se discute nada, hay autoridad sin más. 5. No les importa, si la cosa no es grave.

Hemos agrupado los items 2,5 en uno y por otra parte el 3 y 4.

e.- p18. *Cuando tienes o has tenido problemas, un poco serios, con tus padres, ¿cómo te has encontrado?*: 1. Con ganas de marcharte de casa. 2. Amargado por la incomprensión. 3. Triste, pero con ganas de reconciliarte y explicarte. 4. Otras (anotar).

2.- El *Cuestionario de Adaptación de Bell* para adolescentes, permite obtener cinco áreas de adaptación: familiar, social, de salud, emocional y escolar. Para el presente trabajo utilizaremos las escalas familiar y social. La escala de adaptación familiar trata de analizar lo que el individuo piensa y siente sobre sus relaciones familiares. La de adaptación social se correlaciona con sus relaciones extrafamiliares y de amistades, incluyendo el grado de contacto social⁽²⁾.

En el trabajo se han reagrupado los rangos del test original en dos niveles:

a. Adaptación satisfactoria: incluye los rangos de excelente buena y normal.

b. Adaptación insatisfactoria: incluye rangos no satisfactorios y mala.

Estudio estadístico

Utilizamos el programa estadístico spss-pc con el estadístico chi-cuadrado de Pearson.

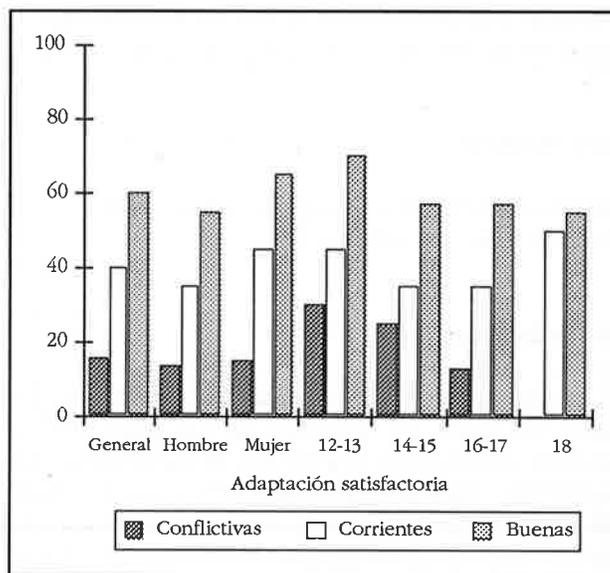


Figura 1. Adaptación familiar. Relaciones con el padre.

RESULTADOS

Estudiamos en primer lugar la relación existente entre la adaptación familiar y el tipo de relación con el padre, en el global de la muestra y posteriormente desglosando por sexo y edades. Nos encontramos que a medida que las relaciones adolescente-padre son mejores el porcentaje de adaptación satisfactorio se incrementa paralelamente. La única excepción es el grupo de 18 años donde el nivel más alto de adaptación se encuentra en las relaciones corrientes. Todos los resultados son estadísticamente significativos (Fig. 1).

En la relación con la madre se mantienen las mismas características en todos los subgrupos. Todos los resultados tienen significación estadística (Fig. 2).

En cuanto a la existencia de diferencias en el trato con los hermanos, la adaptación más satisfactoria se observa cuando se valora la relación, sin favoritismos, manteniéndose la tendencia en todos los grupos y siendo estadísticamente significativa en todos menos en el de 18 años, que sin embargo mantiene la tendencia general (Fig. 3).

En cuanto a la resolución de los problemas, aquellas familias en que se discutían los problemas y se trataba de llegar a un acuerdo pero sin imposiciones simples de la autoridad, la adaptación satisfactoria era mayor.

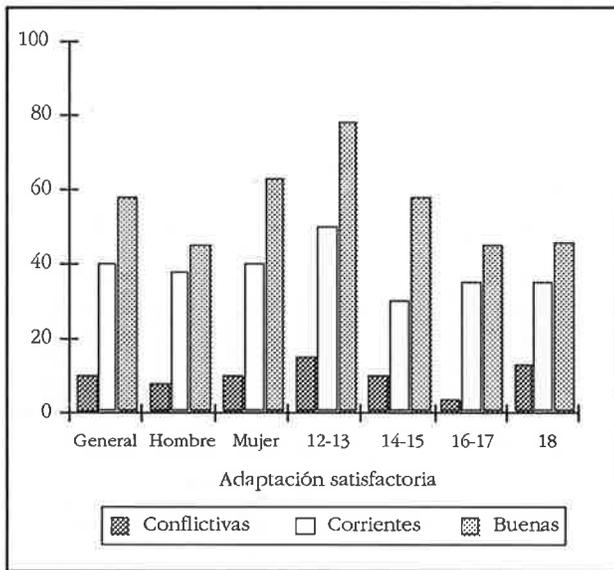


Figura 2. Adaptación familiar. Relaciones con la madre.

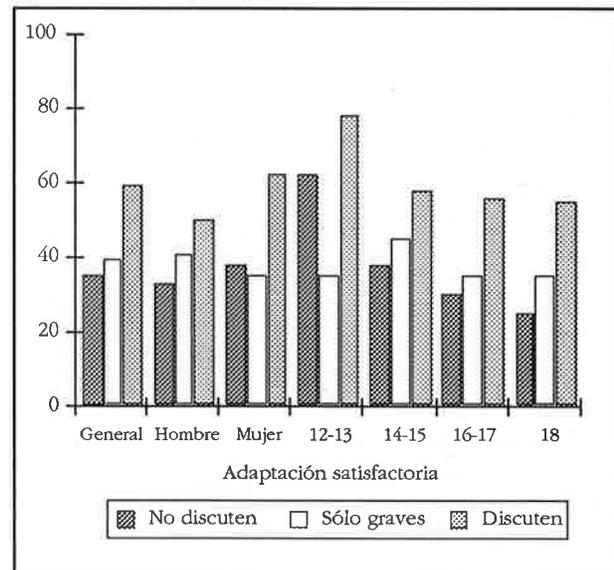


Figura 4. Adaptación familiar. Resolución de problemas.

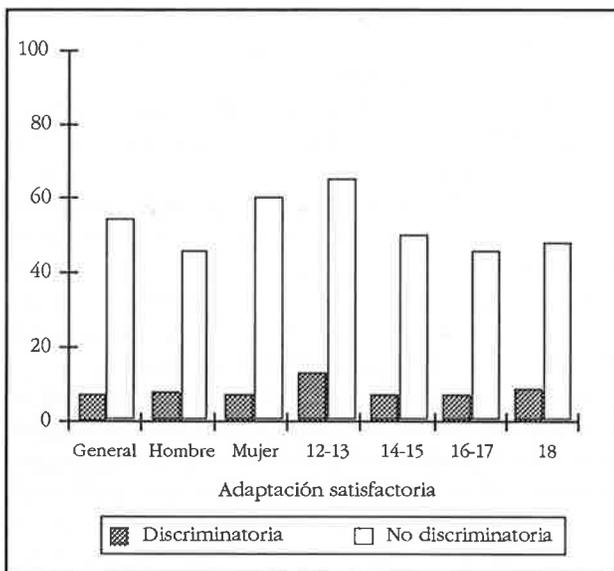


Figura 3. Adaptación familiar. Trato con los hermanos.

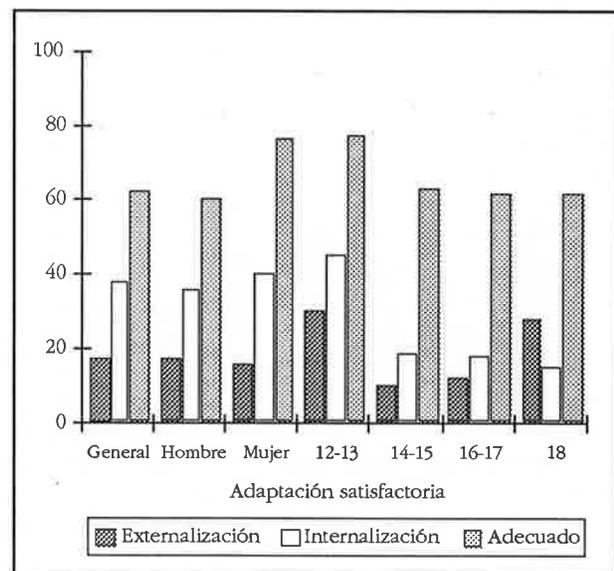


Figura 5. Adaptación familiar. Reacción ante conflictos.

Todos los datos tienen significación estadística con excepción del de 18 años que mantiene la tendencia general (Fig. 4).

La reacción de los adolescentes ante los conflictos con sus familias se han dividido en tres categorías,

(internalización, externalización, adecuada), estando más adaptados aquellos que reaccionaban con intención de explicarse y deseos de solución del problema, frente a los que callaban o tenían una actitud más de exteriorizar su desacuerdo pero sin intención de inten-

8

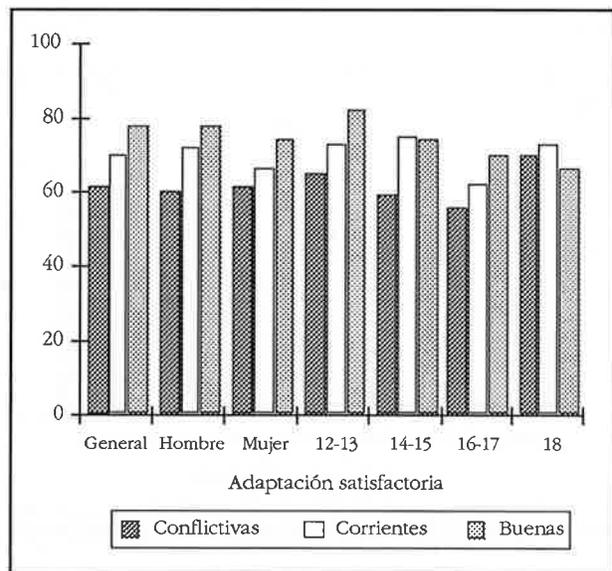


Figura 6. Adaptación Social. Relaciones con el padre.

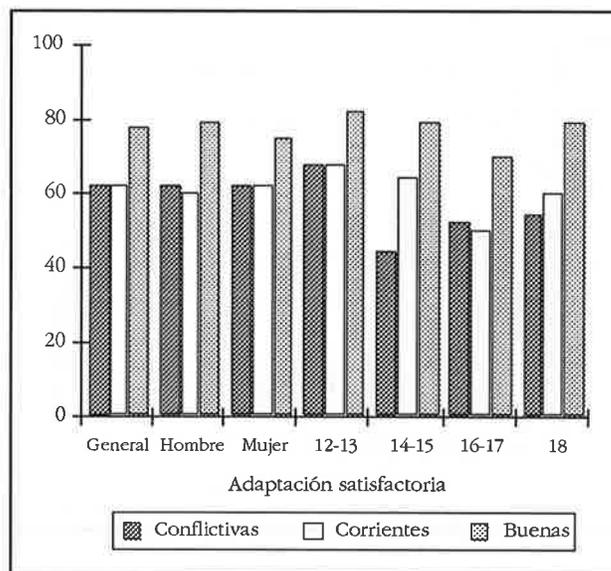


Figura 7. Adaptación Social. Relaciones con la madre.

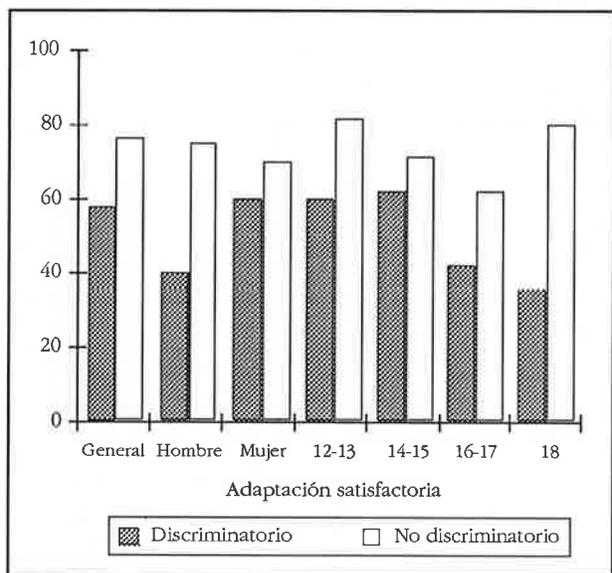


Figura 8. Adaptación Social. Trato a los hermanos.

tar abordar el problema. Todos los grupos mantienen la significación estadística con excepción del 12-13 años que mantiene sin embargo la tendencia general. En el grupo de 18 años al contrario que en el resto de las

submuestras la externalización es un patrón más adaptativo que la internalización (Fig. 5).

En la siguiente parte del trabajo se analizó la adaptación social en relación con las diferentes preguntas que hemos estudiado.

La adaptación social es más satisfactoria cuando las relaciones con el padre son buenas. El grupo de mujeres y en el de 14-15 años, aunque mantienen el máximo nivel de adaptación en las relaciones buenas, las reacciones conflictivas son un patrón más adaptativo que las normales (no significación estadística) (Fig. 6).

Con la madre la adaptación más satisfactoria se consigue cuando las relaciones son buenas, en todos los grupos. En el conjunto de la muestra, hombres, y grupos de edad 12-13 y 16-17 años, las relaciones conflictivas son un patrón más adaptativo que las consideradas normales. El único resultado con significación estadística es en los hombres (Fig. 7).

En el trato a los hermanos, la adaptación social es más satisfactoria cuando no se detectan favoritismos en el trato. La muestra total, ambos sexos y el grupo de 16-17 años tienen resultados con significación estadística (Fig. 8).

En la manera de solucionar los problemas, *el mayor nivel de adaptación social se relaciona con la discusión y aclaración de los problemas*, excepto en el grupo de

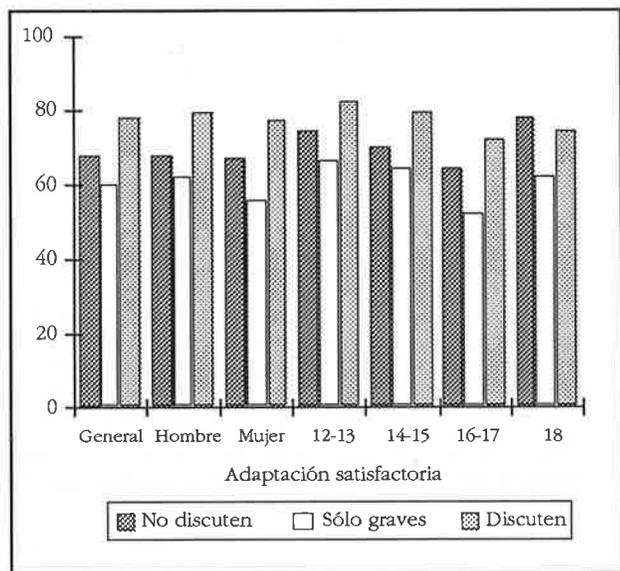


Figura 9. Adaptación social. Resolución de problemas.

18 años donde la conducta más adaptativa es la no discusión de problemas y el ejercicio de la autoridad sin más. Esta conducta es más adaptativa que la actitud considerada intermedia en todos los grupos. Las diferencias son significativas en la muestra global, en el sexo masculino y en el grupo de edad 16-17 años (Fig. 9).

La manera de reaccionar ante los conflictos, muestra una adaptación mayor cuando se siente la necesidad de explicarse y solucionar el problema. En las mujeres la externalización es un patrón más adaptativo que la internalización. Los resultados son contradictorios en los grupos de edad 14-15 y 18 (Fig. 10).

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran una mejor adaptación familiar y social el grupo de adolescente que mantienen buenas relaciones con ambos padres, no perciben el trato discriminatorio con el resto de hermanos, sienten la necesidad de explicarse y sus opiniones son tenidas en cuenta y escuchadas.

Los datos globales presentan algunas discrepancias que afectan sobre todo a la adaptación social, encontrando patrones más adaptativos en las conductas con-

flictivas que en aquéllas calificadas como normales en algunas submuestras, y que podrían explicarse por la necesidad de encontrar fuera del ambiente familiar una red social que la sustituya.

Los datos encontrados en la literatura apoyan la mayoría de nuestros resultados: así Tesser, Foreheas, Brody, Long⁽⁶⁾ administran un autocuestionario a adolescentes (11-14 años) y padres donde se valoraba en qué temas había desacuerdos (televisión, trabajo de casa, etc.) y cómo se resolvían las discrepancias (con calma o de manera más agresiva). La adaptación de los adolescentes se midió mediante diferentes parámetros (evaluación cognitiva por los profesores, competencia social e internalización y externalización de los problemas y medición del nivel de depresión en adolescentes). Se relacionó el nivel de adaptación con el tipo de manera de solucionar problemas siendo más adecuada en la medida que las discusiones no eran agresivas.

Burt, Cohen, Bjorck⁽⁵⁾, señalan que las familias percibidas por los adolescentes como cohesionadas, y que favorecían la expresión de conflictos, se relacionaban con un funcionamiento positivo psicológico, mientras que las familias percibidas como conflictivas y controladoras eran relacionadas con funciones negativas. El estudio se realizaba en dos fases en una primera entre el 7 y 8 grado y posteriormente cinco años después, no siendo estos efectos significativos en el análisis longitudinal.

McCombs, Forehead y Smith⁽¹¹⁾, encuentran que aquellas madres que tenían un estilo determinado de resolver sus problemas (estilo de integración), con intercambio de información y examinando las diferencias para llegar a un mutuo acuerdo presentaban sus hijos una adaptación social mejor.

Boer⁽³⁾ señala que el favoritismo en el trato de los padres con un hermano se relaciona con un incremento en la hostilidad tanto de los favoritos como de los no favoritos^(4,8).

CONCLUSIONES

La adaptación familiar más satisfactoria se asocia a buenas relaciones con ambos padres, la percepción de un trato no discriminatorio con los hermanos, la discusión y llegar a un acuerdo por parte de los padres en sus conflictos con los adolescentes y la

10 necesidad del adolescente de aclarar la situación tras una discusión.

La adaptación social más satisfactoria se relaciona con una buena relación con ambos padres, la no exis-

tencia de diferencias en el trato con los hermanos, la discusión de los problemas entre padres e hijos y la necesidad de explicarse y motivación para llegar a solucionar el conflicto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bachman J, Green S, Wirtanen I. Youth in Transition: Dropping Out-Problem or Symptom. *Ann Arbor Mich: Inst Soc Res* 1971;**3**:250.
- 2 Bell HM. *Cuestionario de adaptación para adolescentes*. Adaptación española por el Cerdá E. Barcelona: Herder, 1987.
- 3 Boer F. *Sibling relationships in middle childhood*. DSWO University of Leiden Press, 1990.
- 4 Bryant BK, Crockenberg SB. Correlates and dimensions of prosocial behavior: a study of female siblings with their mothers. *Child Development* 1980;**51**:529-544.
- 5 Burt C, Cohen L, Bjorck J. Perceived family environment as a moderator of young adolescents life stress adjustment. *American Journal of Community Psychology* 1988;**16**(1):101-122.
- 6 Dunn J, Plomin R. *Separate lives why siblings are so different*. New York: Basic Books, 1990.
- 7 Gottlieb D, Chafetz J. Dynamics of familial generational conflict and reconciliation. *Youth Soc* 1977;**9**:213-224.
- 8 Hetherington EM. Parents, children, and siblings: Six years after divorce. En: Hindle RA, Stevenson- Hinde J, eds. *Relationships within families: mutual influences*. Oxford: University Press 1988:311-331.
- 9 Jacobs R. *Adolescents suicide*. New York: Wiley 1971:147.
- 10 Kandel DB, Kessler R, Marguelis R. Adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. En: Kandel DB, ed. *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*. Washington, DC: Hemisphere-Wiley, 1978.
- 11 McCombs A, Forehead R, Smith K. The relationship between maternal problem-solving style and adolescent social adjustment. *Journal of Family Psychology* 1988;**2**(1):57-66.
- 12 McCubbin HI, Needle RH, Wilson M. Adolescent health risk behaviors: family stress and adolescent coping as critical factors. *Fam Rel* 1982;**34**:51-62.
- 13 Putallaz M. Maternal behavior and children's sociometric status. *Child Development* 1987;**54**:1417-1462.
- 14 Ollendick HT, Hersen M. Handbook of child psychopathology. *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca 1986;**3**:68-99.
- 15 Rutter M, Graham P, Chadwick O, Yule W. Adolescent turmoil: fact or fiction? *J Child Psychol Psychiatr* 1976;**17**:35-56.
- 16 Tesser A, Forehead R, Brody G, Long N. The role of calm and angry parent-child discussion in adolescent adjustment. *Journal of social and clinical psychology* 1989;**8**(3):317-330.

M. V. Rivas Terán
J. L. Vázquez Barquero

Psicopatología escolar: un estudio epidemiológico

Servicio de Psiquiatría.
Hospital Marqués de Valdecilla.
Santander

Correspondencia:

M.V. Rivas Terán
La Hortera, 4
39120 Liencres (Cantabria)

School psychopathology: an epidemiological study

RESUMEN

En el presente estudio se ofrecen índices de prevalencia de la psicopatología infantil así como se averigua la asociación que establecen las variables socioambientales con la alteración. El estudio ha seguido un diseño epidemiológico comunitario de corte transversal en población escolar. La muestra está compuesta por 411 niños en edades comprendidas entre los 8 y 15 años.

La prevalencia hallada en los síntomas clínicos en base a la evaluación de los padres y los profesores y los niños respectivamente han sido: síntomas de ansiedad, índices del 8%, 21% y 23%; síntomas de depresión, índices del 9%, 26% y 14%; síntomas de alteración de conducta, índices del 7%, 21% y 16%. Las variables sociodemográficas apenas se relacionan con la psicopatología en nuestro estudio.

PALABRAS CLAVE

Psicopatología; Prevalencia; Infantil.

ABSTRACT

The study provides rates of prevalence in child psychopathology and to discover the association that socioenvironmental variables establish with regard to the alteration. The study has followed an epidemiological design of the cross sectional of a community in the school population. The sample is made up of 411 children aged between 8 and 15.

The prevalence found in the clinical symptoms based on assessment from the parents, teachers and children respectively has been: symptoms of anxiety 8%, 21% and 23%; symptoms of depression 9%, 26% y 14%; and symptoms of behaviour alteration 7%, 21% and 16%. The sociodemographic variables are hardly related to the psychopathology in our study.

KEY WORDS

Psychopathology; Prevalence; Children.

12 INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la investigación en epidemiología psiquiátrica infantil es muy reciente, de tal forma que la primera empresa epidemiológica fue llevada a cabo por Lapouse y Monk en 1958⁽¹⁾. El problema más destacable de la epidemiología psiquiátrica infantil se debe a la variabilidad de las cifras de alteración general, que según los distintos estudios oscilan del 5% al 40%. Estas discrepancias en la prevalencia se deben a diferencias tanto conceptuales como metodológicas.

La finalidad de nuestro estudio es evaluar las alteraciones psicopatológicas en una muestra de población escolar, que pueda ser de utilidad para determinar su generalización al conjunto de la población. Como objetivos más específicos se pretende proporcionar cifras sobre la frecuencia de las alteraciones psicopatológicas en base a la evaluación de los padres, los profesores y los niños, y analizar la relación que la edad, el sexo y el nivel socioeconómico establecen con la patología mental en la infancia.

MATERIAL Y MÉTODO

De cara a conseguir los objetivos propuestos se diseñó un estudio epidemiológico de corte transversal, donde las fuentes de información fueron los padres, los profesores y los niños. La investigación se realizó en cinco centros de enseñanza de la ciudad de Santander, pertenecientes al régimen de enseñanza pública y privada. La muestra estaba compuesta por 411 niños siendo su distribución por sexos de 214 varones (52%) y 197 mujeres (48%). La edad de los niños oscilaba entre los 8 y los 15 años, siendo la media de edad del 10,43 y la desviación típica de 1,79.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron la edad, el sexo y la clase social (definida mediante los criterios de Hollingshead y Readlich⁽²⁾). Desde el punto de vista clínico se evaluaron los síntomas de ansiedad, depresión y alteración de conducta.

El estudio de la muestra se ha realizado en tres niveles, en primer lugar se efectuó la exploración de los niños mediante el CPQ y el HSPQ^(3,4) para evaluar los rasgos de personalidad; el STAI-C⁽⁵⁾ y el CEDI^(6,7) fueron empleados para valorar los síntomas de ansiedad y depresión respectivamente. Los profesores emitieron

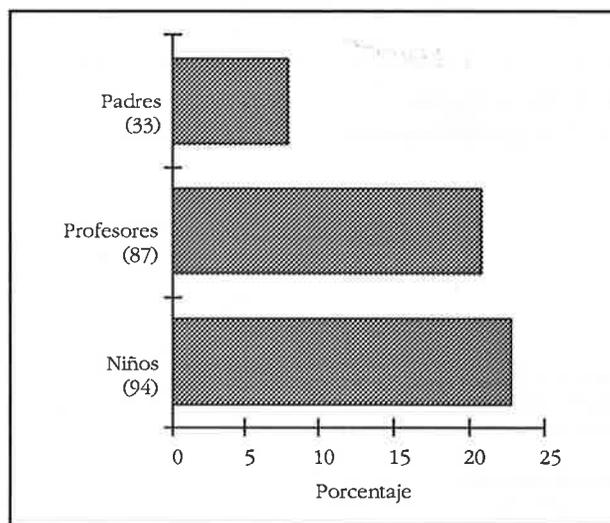


Figura 1. Síntomas de ansiedad.

su valoración de los niños mediante la BAS-1⁽⁸⁾ que describe los hábitos de socialización del niño en sentido positivo y negativo. Los padres proporcionaron su información a través de una entrevista semiestructurada diseñada para la investigación^(9,10).

El punto de corte empleado para definir la existencia de alteración se estableció a partir de las puntuaciones superiores al percentil 70. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba de χ^2 , siendo considerada significativa la relación entre una variable sociodemográfica y un aspecto clínico cuando el nivel de confianza fuera superior al 0,05%.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La evaluación de la psicopatología infantil a través de diversas fuentes de información, es aceptado como el método más adecuado para estimar la existencia de alteración. Esto es así, debido a que el comportamiento en la infancia varía en función del contexto en el que se observa y porque en el niño aparece cierta dificultad para reconocer sus síntomas. En nuestro estudio hemos obtenido cifras de prevalencia independientes para las distintas fuentes de información; así pues como observamos en la figura 1, la prevalencia de los síntomas de ansiedad en base a la valoración de los

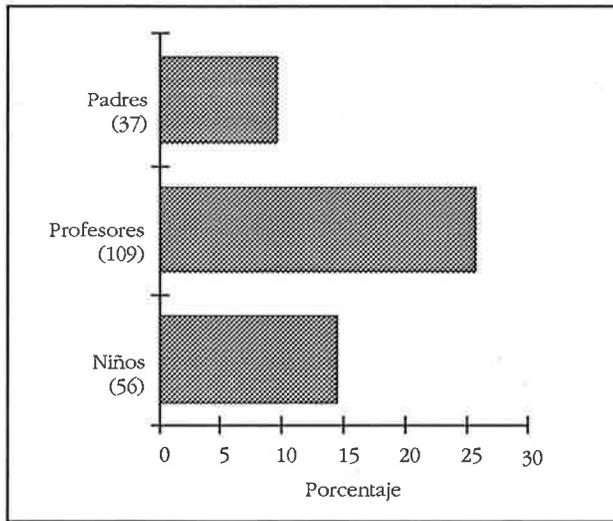


Figura 2. Síntomas de depresión.

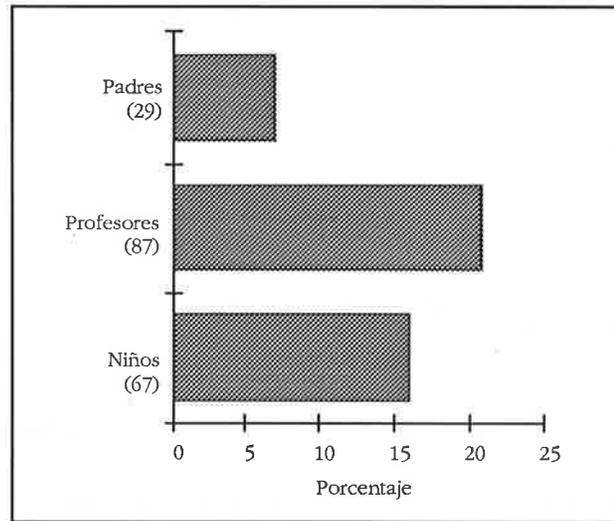


Figura 3. Síntomas de alteración de conducta.

padres es del 8% (7% en los varones y del 8% en las mujeres); atendiendo a la evaluación de los profesores la prevalencia es del 21% (varones 17% y 24% en las mujeres); en la estimación de los niños la prevalencia es del 22% (21% en los varones y del 24% en las mujeres).

Los síntomas de depresión según la valoración de los padres es del 9% (varones 8% y mujeres 9%); la evaluación de los profesores informa del 26% (27% en los varones y del 25% en las mujeres); en base a la valoración de los niños obtenemos una prevalencia del 8% en la depresión moderada (6% varones y 10% mujeres) y un 6% en la depresión severa (varones 6% y 5% mujeres). Estos datos aparecen reflejados en la figura 2.

En lo referente a los síntomas de alteración de conducta, la figura 3 nos muestra que la prevalencia según la valoración de los padres es del 7% (varones 5% y 9% mujeres); la evaluación de los profesores ofrece una prevalencia del 21% (20% varones y 22% mujeres); en base a la información de los niños la prevalencia es del 16% (varones 20% y mujeres el 12%).

De los resultados expuestos se desprende que los índices más bajos de alteración se han obtenido mediante la evaluación de los padres; posiblemente sea debido al criterio más restrictivo en la definición de caso seguido en la valoración de los mismos.

En lo concerniente a la asociación entre las variables sociodemográficas y la psicopatología hemos constatado una escasa relación entre patología y edad ratificando la observación de Rutter⁽¹¹⁾, quien expresa que la edad es una variable ambigua, y que el cambio en la prevalencia de la patología en función de ella puede reflejar mecanismos diversos como los efectos de modificaciones hormonales, aumento en los estresores de vida, etc., por lo cual determinar el efecto que ejerce la edad en la patología es una tarea compleja. La evaluación psicopatológica según los adultos no muestra una relación significativa entre sexo y aspectos clínicos no percibiendo diferencias en la alteración entre varones y mujeres. Este hallazgo es contrario a los resultados de algunos estudios que han comprobado una mayor prevalencia de problemas conductuales en los varones, cuando son los adultos, padres y profesores los evaluadores⁽¹²⁻¹⁴⁾. Sin embargo, en la evaluación del niño aparece una relación significativa de los problemas de alteración conductual en el sexo masculino. Asimismo, siguiendo con la evaluación de los niños, encontramos incremento de los síntomas depresivos en el sexo femenino confirmando los hallazgos de otros estudios⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

La psicopatología y la clase social en nuestro estudio se asocian según la fuente de información y los aspectos clínicos específicos de forma diferente.

- 14 Así, en la evaluación de los padres y en la de los niños la clase social baja mantiene variación significativa con alguno de los síntomas estimados; mientras que la evaluación de los profesores no relaciona ninguno de los síntomas con el nivel social. Los estudios revisados tampoco son concluyentes en este sentido^(18,19), expresando que la clase social es una variable que lleva implícita otra serie de aspectos que originan tensiones en el medio familiar y que por lo tanto pueden repercutir en la psicopatología infantil.

CONCLUSIONES

Existe una proporción considerable de niños en la población escolar que presentan síntomas de alteración psicopatológica variando el porcentaje en función de la fuente de información, así encontramos que las cifras más bajas de alteración corresponden a la evaluación de los padres. Dentro de las variables sociodemográficas analizadas en el estudio -edad, sexo y clase social- la que establece una relación más significativa con la psicopatología ha sido el nivel socioeconómico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lapouse R, Monk MA. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health* 1958;**48**:1134-1144.
- 2 Hollingshead AB. *Social Class and Mental Illness*. New York: Wiley, 1958.
- 3 Porter RB, Cattell RB. CPQ, *Cuestionario de Personalidad para Niños*. Madrid: TEA Ediciones, 1982.
- 4 Cattell RB, Cattell MD. HSPQ, *Cuestionario de Personalidad para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, 1982.
- 5 Spielberger CD. *STAIC Preliminary Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1973.
- 6 Rodríguez Sacristán J, Cardoze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez J. Aspectos evaluativos en las depresiones infantiles (CEDI) modificado. *Revista de Neuropsiquiatría infantil* 1984;**II**(3):75-84.
- 7 Kovacs M. *Children's depression inventory (CDI)* University of Pittsburgh, unpublished manuscript, 1978.
- 8 Silva Moreno F, Martorell Pallás MC. *BAS-1 Bateria de Socialización (para profesores)*. Madrid: TEA Ediciones, 1983.
- 9 Pelechano V. *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfapius, 1980.
- 10 Simmons JE. *Exploración psiquiátrica del niño*. Barcelona: Salvat Medicina, 1982.
- 11 Rutter M. Isle of the Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;**28**:633-653.
- 12 Shepherd M, Oppenheim B, Mitchell S. Childhood behaviour disorders and the child guidance clinic; an epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1966;**7**:39-52.
- 13 Serbin L, O'Leary D. How nursery schools teach girls to shut up. *Psychology Today* 1975:55-58.
- 14 Hoffman LW. Changes in family roles, socialization, and sex differences. *American Psychologist* 1977;**32**:644-657.
- 15 Domínguez MD, Castro P, Bugallo P, Turiño R. Nivel de depresión en escolares gallegos. *Rev Neuropsiquiatr Inf* 1984;**II**(4):93-104.
- 16 Doménech E, Polaino A. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs, 1990.
- 17 Canals J, Doménech E, Clivillé R, Fernández J, Martí C. Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Actas Luso-Españolas Neurológicas y Psiquiátrica* 1991;**19**(3):155-161.
- 18 Rutter M, Yule B, Quinton D, Rowlands O, Yule W, Berger M. Attainment and adjustment in two geographical areas: III. Some factors accounting for area differences. *Br J Psychiatry* 1974;**126**:520-533.
- 19 Richman N, Stevenson J, Graham Ph. *Pre-school to school: a behavioural study*. London: Academic Press, 1982.

M. D. Linares Velilla¹
J. Ochoa Herrando²

Psicopatología del adolescente:
estudio epidemiológico
comparativo

¹ Psiquiatra.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
Zaragoza.
Diputación General de Aragón.
² Psiquiatra.
Zaragoza.

*Psychopathology of the teenager
comparative epidemiological
study*

Correspondencia:

M. D. Linares Velilla.
Avda. Tenor Fleta nº 24.
50007 Zaragoza.

RESUMEN

Se realiza estudio epidemiológico de la problemática que los adolescentes plantean en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, mediante el análisis comparativo de éstos con una muestra de niños menores de 14 años. Tras valorar los ítems: Edad, Sexo, Profesional que deriva el caso, Tipo de demanda, Motivo de consulta, Circunstancias ambientales, Diagnóstico clínico y Tratamiento, se evidencia un mayor grado de vulnerabilidad en algunas de las etapas del desarrollo evolutivo del sujeto y que en determinadas situaciones familiares, se produce una mayor incidencia de ciertos trastornos psicopatológicos.

ABSTRACT

An epidemiological study of the problematic teenagers present in a childhood and youth Mental Health Unit is done by means of a comparative analysis of them, with a sample of children under fourteen years old. After valuation of the items: age - sex - professional that deals with the case - type of demand - environment conditions - clinical diagnosis and -treatment, a higher degree of vulnerability in certain stages of the evolutive development is seen, and also that in certain familiar situations more incidence of certain psychopathology trastorns is produced.

PALABRAS CLAVE

Adolescente; Psicopatología; Epidemiología; Familia; Incidencia.

KEY WORDS

Teenager; Psychopathology; Epidemiology; Family; Incidence.

16

Tabla 1 Número de pacientes por edad y sexo en niños

Edad	Varones	Mujeres	Total
1	1	0	1
2	1	2	3
3	2	2	4
4	7	4	11
5	8	6	14
6	11	10	21
7	9	8	17
8	8	4	12
9	12	4	16
10	12	6	18
11	7	11	18
12	16	10	26
13	9	15	24
Total	103	82	185

Varones: edad media 8,58 - desviación 3,037
Mujeres: edad media 8,97 - desviación 3,281
P=0,59 (no significativo)

INTRODUCCIÓN

Con este estudio procedemos a evaluar la problemática que el adolescente plantea en comparación con la del niño, dentro de la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil, mediante la valoración de diversos aspectos asistenciales.

No se han podido establecer unas características sociológicas específicas en la población asistida, debido a los diferentes cambios de sector geográfico que ha experimentado la unidad, aunque, en líneas generales, podemos englobar a dicha población dentro de un nivel medio y medio-bajo, tanto desde el punto de vista cultural como económico.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos utilizado una muestra de 289 pacientes, con edades comprendidas entre 1 y 18 años, con la que se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de cuatro años de trabajo clínico, mediante el análisis estadístico de las siguientes variables: *Edad, sexo, remitente del caso, tipo de demanda, motivo de consulta, diagnóstico clínico, circunstancias psicológicas familiares y tratamiento.*

Tabla 2 Número de pacientes por edad y sexo en adolescentes

Edad	Varones	Mujeres	Total
14	8	11	19
15	17	20	37
16	13	19	32
17	5	10	15
18	1	0	1
Total	44	60	104

Varones: edad media 15,41 - desviación 0,996
Mujeres: edad media 15,46 - desviación 0,982
P=0,767 (no significativo)

También se han analizado las interrelaciones:

edad - sexo: diagnóstico clínico - edad - sexo; circunstancias familiares - diagnóstico clínico - edad.

Los programas de ordenador utilizados han sido el Dbase III Plus para introducir datos en un fichero informático y el EPI INFO V.5 para la manipulación y estudio estadístico.

Como datos descriptivos de las diferentes variables se han utilizado porcentajes en variables cualitativas y medias y desviaciones típicas para variables cuantitativas. Cuando fue preciso comparar dos variables cualitativas, aplicamos la prueba del Chi² y en las variables cuantitativas, la comparación de medias por el test de Student - Fisher. Se han dado como significativos los valores de P < 0,05.

RESULTADOS

El 36% de la muestra corresponde a los adolescentes y el 64% a los menores de 14 años, habiendo establecido esta edad "frontera" en función de criterios educativos y administrativos.

Hay un predominio de los varones en los pequeños, siendo las mujeres más numerosas en el grupo de adolescentes. Estas diferencias han sido significativas (p=0,039).

En ambos sexos, el número de casos se incrementa con la edad, observándose que alrededor de los 6, 12 y 15 años, se produce una mayor demanda asistencial (Tablas 1 y 2, Figs. 1 y 2).

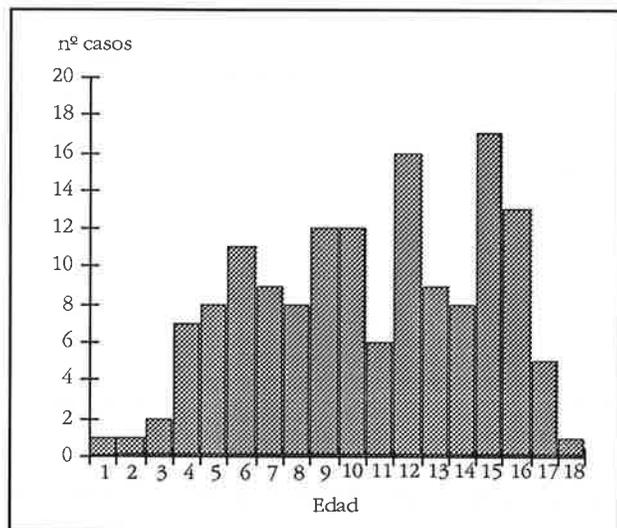


Figura 1. Varones: relación edad y número de casos. Total de la muestra.

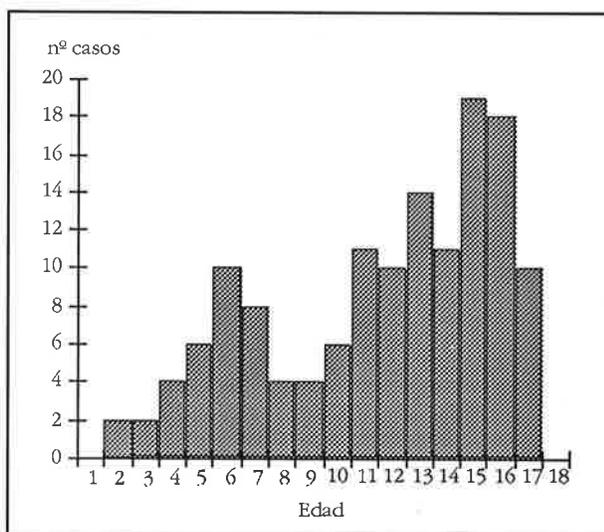


Figura 2. Mujeres: relación edad y número de casos. Total de la muestra.

Los profesionales que plantean la demanda pertenecen en el 78% de los casos a Atención Primaria y el resto a distintas especialidades médicas. Equipos de Salud Mental, Neurología y Urgencias Hospitalarias, entre otros.

El tipo de demanda es, en general, de carácter ordinario para ambos grupos de edad, aunque son los adolescentes quienes acuden con mayor frecuencia de forma urgente, tanto a la Unidad como a los Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Ambos grupos de edad suelen plantear un único motivo de consulta, aunque son los niños quienes, con mayor frecuencia, presentan dos o más.

Aunque hay motivos de consulta que aparecen únicamente en uno de los dos grupos, como los intentos de suicidio en los adolescentes y las alteraciones de la conducta esfinteriana en los pequeños, en general observamos que, comparativamente, en los pequeños, los motivos más frecuentes son las alteraciones de la conducta y el bajo rendimiento escolar, mientras que en los adolescentes son las alteraciones del humor, somatizaciones y trastornos del sueño.

Para el diagnóstico hemos utilizado la clave ICD-9 de la OMS que nos ha permitido observar claras diferencias entre los dos grupos de edad: en el grupo de los

pequeños, los diagnósticos más frecuentes son las alteraciones de las emociones, las reacciones de adaptación y los trastornos neuróticos y de la personalidad los más significativos.

El porcentaje de pacientes diagnosticados de psicosis es ligeramente superior en los adolescentes -3,8% - que en los niños -2,7%-.

En ambos grupos de edad hemos encontrado el mismo porcentaje -85%- de sujetos sin diagnóstico clínico específico -eje V-.

Al compararlos, teniendo en cuenta sexo y diagnóstico, observamos que en el caso de las mujeres adolescentes, predominan los trastornos neuróticos, adaptativos y de personalidad, mientras que en las pequeñas son los trastornos emocionales los más significativos. En el caso de los varones vemos también que en los adolescentes son los trastornos neuróticos y de personalidad los más frecuentes, mientras que en los pequeños son los de las emociones y adaptativos (Tabla 3).

Hemos valorado las circunstancias familiares de cada paciente en función de la presencia o no de las siguientes situaciones: *errores educacionales, alteración de la dinámica familiar, que la madre presente alteración psíquica, que el padre presente alteración psíquica, que ambos padres presenten alteración psíquica y problemática psico-social.*

18

Tabla 3 Número de pacientes en los diferentes diagnósticos

Diagnóstico	Niños		Adolescentes	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
298	—	—	2	2
299	2	3	—	—
300	14	9	11	14
301	3	2	13	11
306	3	5	—	4
307	8	6	1	3
308	1	—	—	—
309	20	9	3	11
312	—	—	1	—
313	28	30	7	7
314	5	1	—	—
315	6	2	—	—
316	—	1	—	—
317	4	1	1	2
318	3	3	1	—
Eje V	6	10	4	5
Sin diagnóstico	—	—	—	1

Dentro del grupo de los pequeños, el 77% de ellos presentan algún tipo de circunstancia, cifra que se reduce al 55% en el grupo de adolescentes ($p=0,0001$).

En ambos grupos, lo más frecuente es que se presente una única circunstancia, sin embargo, en el de los pequeños aparecen dos o más en un porcentaje más elevado que en el de los mayores.

Si comparamos ambos grupos en base a las circunstancias familiares que concurren, observamos que en los casos en que está presente una única circunstancia, son los errores educacionales los que predominan en el grupo de los pequeños, mientras que en los adolescentes, son manifiestas las alteraciones de la dinámica familiar. En el caso de que concurren dos o más circunstancias, vemos que, en ambos grupos de edad, son las alteraciones psíquicas de los padres junto a la dinámica familiar distorsionada las más frecuentes.

Al tener en cuenta el diagnóstico clínico y las posibles circunstancias familiares que concurren en su caso, observamos que los errores educacionales, frecuentes en el grupo de los pequeños, están presentes en los diagnósticos de hiperactividad, trastornos selectivos del desarrollo y retraso mental. En los otros grupos diagnósticos, la circunstancia más manifiesta es la alteración de la dinámica familiar, sobre todo en los trastor-

Tabla 4 Número de circunstancias familiares (solas y/o asociadas)

Circunstancias familiares	En niños	En adolescentes
Errores educacionales	62	20
Alteración dinámica familiar	78	30
Alteración psíquica madre	31	6
Alteración psíquica padre	8	1
Alteración psíquica ambos padres	6	4
Alteración psicosocial	16	10

43 niños sin circunstancias familiares.

47 adolescentes sin circunstancias familiares.

nos de las emociones de los pequeños (en el 93% de los casos) y en los trastornos de la personalidad y de la alimentación, en el caso de los adolescentes (Tablas 4 a 6).

Aunque los tratamientos, en ambos grupos de edad, son de carácter mixto, pues incluyen al individuo y a la familia, lo más frecuente es el enfoque psicológico-educacional de la familia.

Los tratamientos psicofarmacológicos son utilizados en los adolescentes con una frecuencia doble que en los niños, al igual que ocurre con las terapias individuales de carácter dinámico. Son también los adolescentes quienes abandonan el tratamiento con doble frecuencia que los niños. La recomendación de tratamiento psiquiátrico a los padres, y en mayor medida a las madres, es más frecuente en el 0,5% de los niños y en 1% de los adolescentes.

CONCLUSIONES

Parece existir un mayor riesgo de aparición de trastornos psicopatológicos en las mujeres adolescentes y en los varones menores de 14 años.

Respecto a la edad, es la preadolescencia - 12, 13 años- y la adolescencia- 15-16 años- las de mayor riesgo psicopatológico.

Son las adolescentes quienes precisan más intervenciones de carácter urgente por patología del humor e intentos de suicidio.

Las patologías de tipo neurótico y de la personalidad son de mayor incidencia en el adolescente, mientras que en el niño son, fundamentalmente, de tipo reactivo.

Tabla 5 Número de pacientes con /sin circunstancias familiares por diagnósticos clínicos en niños

Diagnóstico	Nº Pacien.	Sin c. fam.	Con una circunstancia familiar				con 2 o +
			Errores Ed.	A. din. fam.	A. psq. padres	A. psic.-soc.	
298	—	—	—	—	—	—	—
299	5	3	—	1	—	1	—
300	23	9	4	4	1	1	4
301	5	1	—	1	—	—	3
306	8	5	—	2	1	—	—
307	14	4	3	5	—	—	2
308	1	—	—	—	—	—	1
309	29	3	3	4	—	2	17
312	—	—	—	—	—	—	—
313	58	4	19	14	1	—	20
314	6	2	3	—	—	1	—
315	8	3	3	—	—	—	2
316	1	—	—	—	—	1	—
317	5	2	1	—	—	1	1
318	6	1	3	1	—	1	—
Totales	169	37	39	32	3	8	50*

* El 70% de las combinaciones son: Alteración dinámica familiar más alteración psíquica padres.

Tabla 6 Número de pacientes con/sin circunstancias familiares por diagnósticos clínicos en adolescentes

Diagnóstico	Nº Pacien.	Sin c. fam.	Con una circunstancia familiar				con 2 o +
			Errores Ed.	A. din. fam.	A. psq. padres	A. psic.-soc.	
298	4	3	1	—	—	—	—
299	—	—	—	—	—	—	—
300	25	14	4	4	—	2	1
301	24	9	2	7	1	—	5
306	4	—	2	2	—	—	—
307	4	1	1	1	—	—	1
308	—	—	—	—	—	—	—
309	14	4	2	6	—	1	1
312	1	1	—	—	—	—	—
313	14	7	3	2	—	—	2
314	—	—	—	—	—	—	—
315	—	—	—	—	—	—	—
316	—	—	—	—	—	—	—
317	3	2	—	—	—	—	1
318	1	1	—	—	—	—	—
Totales	94	42	15	22	1	3	11*

* El 54,5% de las combinaciones son: Alteración dinámica familiar más alteración psíquica padres.

20 Las familias de los adolescentes se hallan alteradas en su dinámica en proporciones más altas que en los pequeños, que sufren, sin embargo, de mayores errores educacionales. La patología psiquiátrica de los progenitores no se presenta como un factor de riesgo frecuente, siendo la alteración global de la dinámica familiar lo más

manifiesto en este sentido, sobre todo en los trastornos de personalidad y de la alimentación del adolescente.

Se constituye como labor primordial del Equipo de Salud Mental en el enfoque terapéutico de los trastornos psicopatológicos de la adolescencia, el actuar sobre las circunstancias familiares adversas que inciden en el sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray Masson.
- 2 Ahlbom A, Staffan N. *Fundamentos de Epidemiología*. Siglo XXI de España Editores S.A.
- 3 Bernardo Arroyo M. Epidemiología Psiquiátrica: Viejas y Nuevas perspectivas. *Medicina Clínica* 1989;92:7.
- 4 Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología. Principios técnicos. Aplicaciones. Cap.18: *Aspectos epidemiológicos de las enfermedades mentales*. Barcelona: Salvat Editores S.A.
- 5 Nedey-Saiag MC, Dugas M. Recueil des données épidémiologiques en Psychiatrie de l'enfant. *Annales de Pédiatrie* 1986;33:8- Octubre.
- 6 Renard L, Jeammet PH. Spécificité et diversité de la Psychopathologie de l'adolescent. *Annales de Pédiatrie* 1986;33:8.

L. Lázaro¹
J. Toro¹
T. Marcos²

1 Sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil
2 Sección de Psicología Clínica
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
Universitat de Barcelona

Correspondencia:

L. Lázaro.
Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica.
Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona
C/Casanovas 143
08036 Barcelona

Rasgos psicopatológicos de personalidad en pacientes con anorexia nerviosa y en sus padres

Psychopathological traits of personality in patients with anorexia nervosa and their parents

RESUMEN

Se evaluaron los rasgos psicopatológicos de personalidad de una muestra de pacientes adolescentes y adultos jóvenes con anorexia nerviosa, mediante el Inventario Multifásico de Personalidad (M.M.P.I.). También se evaluaron los rasgos psicopatológicos de personalidad de los padres. La edad media de estos pacientes fue de $15,9 \pm 2,2$ años (14-21), siendo 27 mujeres (90%) y tres varones (10%). Dieciocho pacientes (58%) presentaban perfiles catalogables de patológicos. El perfil más frecuente era del tipo 27' (Depresión + Ansiedad). Entre el grupo de pacientes con buena evolución (N=17) y el de evolución tórpida (N=13) no existían diferencias significativas en las escalas de este cuestionario, salvo en la escala Pd (Desviación psicopática) ($t = -3,15$, $p = 0,004$) y en la escala Pt (Psicastenia) ($t = -2,25$, $p = 0,033$). En los padres varones, la patología encontrada se centraba fundamentalmente en el ámbito depresivo-ansioso, mientras que en las madres los perfiles psicopatológicos eran más severos cuantitativa y cualitativamente.

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa; Personalidad; M.M.P.I.; Evolución.

ABSTRACT

Psychopathological traits of personality were evaluated in a sample of adolescent and young adult patients with anorexia nervosa, by the M.M.P.I. Psychopathological traits in the parents were also evaluated. The average age of these patients was 15.9 ± 2.2 years old (14-21), being 27 women (90%) and three men (10%). 18 patients (58%) showed pathological profiles. The most frequent profile was type 27' (Depression + Anxiety). Among the group of patients with good outcome (N=17) and the group with torpid outcome (N=13) there were no significant differences in the scales of this questionnaire, except in the Pd scale (Psychopathic deviation) ($t = -3.15$, $p = 0.004$) and in the Pt scale (Psychastenia) ($t = -2.25$, $p = 0.033$). In the fathers, the pathology found was basically depression and anxiety, whereas in the mothers the psychopathological profiles were more severe both quantitatively and qualitatively.

KEY WORDS

Anorexia nervosa; Personality; M.M.P.I.; Outcome.

22 INTRODUCCIÓN

En los últimos años son frecuentes las publicaciones científicas referentes a la relación existente entre trastornos de la personalidad y trastornos del comportamiento alimentario.

Estos estudios subrayan la importancia de la existencia de cualquiera de los trastornos de la personalidad definidos con criterios diagnósticos DSM-III-R⁽¹⁾ y su influencia en la evolución y pronóstico de la patología de la conducta alimentaria. Tejero y cols.⁽²⁾, en nuestro medio, ya plantearon el papel que las diferencias individuales podían jugar en la etiología y curso de la anorexia nerviosa. Dichos autores consideraron que un importante grupo de pacientes con anorexia nerviosa estaban ubicadas en el cuadrante de introversión de Eysenck y por tanto tenían tendencia a presentar una alta susceptibilidad al condicionamiento ante la retirada de recompensas o castigos, lo que se podría utilizar a la hora de realizar un tratamiento. Garner y cols.⁽³⁾ diferencian dentro de los trastornos del comportamiento alimentario dos grandes grupos de pacientes con características de personalidad bien diferenciadas; por un lado estarían las anoréxicas restrictivas que serían personas con características obsesivo-compulsivas, estoicas, perfeccionistas, introvertidas y con notable inhibición emocional, a diferencia del grupo de pacientes con bulimia nerviosa que se caracterizarían por su impulsividad, dificultad para una correcta sociabilidad, tendencia al abuso de sustancias psicoactivas y altos niveles de malestar emocional.

El propósito de este trabajo es evaluar los rasgos psicopatológicos de personalidad de una muestra de adolescentes y jóvenes con anorexia nerviosa visitados en la sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Asimismo, se pretendía evaluar los rasgos psicopatológicos de personalidad de los padres de dichos pacientes. Otro objetivo era buscar si existe, en estos pacientes, una posible relación entre los rasgos de personalidades evaluados al inicio del tratamiento y la evolución posterior de dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las historias clínicas realizadas en los últimos años cuyo diagnóstico principal fuera anorexia

nerviosa. A estos pacientes se les había administrado un protocolo de exploración dentro del cual se había incorporado el Inventario Multifásico de Personalidad (M.M.P.I.)⁽⁴⁾. Se recogieron todos los casos que dispusieran de esta exploración. También dentro del protocolo se contemplaba la realización a los padres del paciente anoréxico de la mencionada prueba, por lo que se recogieron, junto a la exploración del paciente, las de los padres que colaboraron.

Asimismo se registró si el paciente había requerido o no ingreso hospitalario y el tipo de evolución presentada: buena (alta médica por resolución de la patología), regular (persistencia del trastorno) y mala (abandono o no adherencia al tratamiento, complicación con bulimia nerviosa u otras problemáticas añadidas).

El Inventario Multifásico de Personalidad (M.M.P.I.) es una técnica objetiva de evaluación de la personalidad que consta de 566 preguntas de contestación dicotómica (Verdadero/Falso) y que se compone de ocho escalas clínicas (Hipocondría -Hs-, Depresión -D-, Histeroidía -Hy-, Desviación psicopática -Pd-, Paranoidea -Pa-, Psicastenia -Pt-, Esquizoidía -Sc-) y dos escalas no clínicas (Masculinidad-Feminidad -Mf- e Introversión Social -Si-). La corrección de las pruebas se realizó atendiendo además del sexo a la edad correspondiente.

Además de la descripción de los datos se ha realizado un estudio comparativo de los valores de esta prueba entre pacientes ingresados *vs* pacientes que no requirieron ingreso y pacientes con buena evolución *vs* pacientes con evolución tórpida.

RESULTADOS

El grupo de estudio consta de 30 pacientes anoréxicos, 27 mujeres (90%) y tres varones (10%) con una edad media de $15,9 \pm 2,2$ (14-21 años). De estos casos se dispuso de la exploración psicométrica de 18 padres y 16 madres. La edad de los padres fue de $45,2 \pm 4,8$ años (35-55) y la de las madres de $41,8 \pm 5,6$ años (35-55).

Investigando el inventario de personalidad M.M.P.I. por rasgos psicopatológicos se observó que únicamente la escala de Depresión tiene una puntuación media superior a la considerada como normal ($T=70$) (Fig. 1). Dieciséis pacientes anoréxicos (53,3%) presentaban una puntuación superior a la nota $T=70$ o umbral patológico en la escala de Depresión, siete

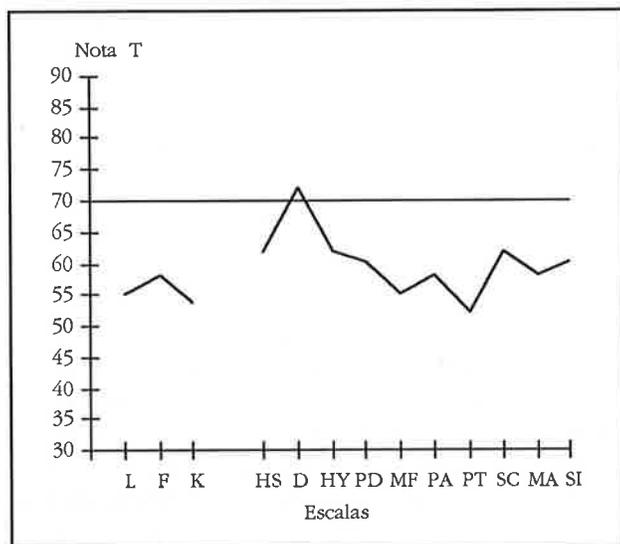


Figura 1. Rasgos psicopatológicos M.M.P.I.

pacientes (23,3%) en la escala de Esquizoidía, seis pacientes (20%) en las escalas de Paranoia y Psicastenia, cinco pacientes (16,6%) en la Histeroidía, Hipocondría y Desviación psicopática. Únicamente dos pacientes (6,6%) presentaban una puntuación T > 70 en la escala de Manía.

18 pacientes anoréxicos (60%) presentaban perfiles catalogables de patológicos (una o más escalas clínicas T > 70). Las escalas patológicas quedan reflejadas en la tabla 1. De los 18 casos, ocho tenían tres o más escalas patológicas, lo que indica la complejidad de dichos perfiles. Del total de 18 padres y 16 madres evaluados, 10 padres (55,5%) y 11 madres (68,7%) obtuvieron perfiles catalogables de patológicos. En los varones la patología se centraba casi exclusivamente en el ámbito depresivo-ansioso. En las mujeres, el espectro era más amplio y las patologías que se entreveían en los perfiles eran más severas cuantitativa y cualitativamente que las de los hombres (Tabla 1)

Estableciendo dos grupos, pacientes con buena evolución (N=17) vs pacientes con evolución tórpida (N=13), sólo se evidenciaron diferencias significativas en las escalas Pd (Desviación psicopática) (t=3,15, p=,004) y Pt (Psicastenia) (t=-2,25, p=,033). No se encontraron diferencias significativas entre las escalas de pacientes que posteriormente requirieron ingreso y los que no lo necesitaron.

Tabla 1. Perfiles patológicos

Pacientes con anorexia nerviosa (N=30)	
18	Perfiles patológicos (60%)
- 14	"Neuroticismo" (Depresión-Hipocondría-Ansiedad)
- 1	"Psicopatía" (Impulsividad)
- 3	"Psicoticismo" (Esquizoidía-Paranoídad)
Padres (N=18)	
10	Perfiles patológicos (55,5%)
- 8	"Neuroticismo" (Depresión; Depresión-Ansiedad)
- 1	"Psicopatía" (Impulsividad-Manía)
- 1	"Psicoticismo" (Esquizoidía)
Madres (N=16)	
11	Perfiles patológicos (68,7%)
- 6	"Neuroticismo" (Deresión-Hipocondría-Histeroidía)
- 1	"Psicopatía" (Impulsividad)
- 4	"Psicoticismo" (Esquizoidía-Paranoídad)

DISCUSIÓN

Debido a la variabilidad interindividual de los perfiles es desaconsejable la utilización del perfil medio con fines descriptivos de la muestra. No obstante estudiada la frecuencia con que se presentan las escalas de forma patológica, se observa que más de la mitad de los pacientes anoréxicos evaluados presentan la escala de depresión patológica. Este hecho no resulta extraño ya que es conocida la comorbilidad existente entre anorexia nerviosa y trastornos depresivos. Y aún sin la existencia diagnóstica del trastorno afectivo es altamente frecuente en pacientes anoréxicos la existencia de sintomatología depresiva. Otro tanto se podría afirmar de la comorbilidad de la anorexia nerviosa con los trastornos obsesivo-compulsivos, o la existencia junto al trastorno de la conducta alimentaria de sintomatología obsesiva. La escala que recoge esta sintomatología es la Psicastenia. Un 20% de estos pacienteS anoréxicos puntúan por encima del umbral patológico.

Al reagrupar los 18 perfiles patológicos se observa que 14 conformarían el grupo de "Neuroticismo" cuyos rasgos psicopatológicos más llamativos son los síntomas referentes a Depresión, Hipocondría e Histeria. La sintomatología que recogen estas escalas estaría de acuerdo con las características que algunos autores encuentran en estos pacientes. Willians y cols.⁽⁵⁾ asociaban a pacientes con anorexia nerviosa un excesivo control por estímulos externos, una baja

24 asertividad y baja autoestima y una hostilidad dirigida hacia uno mismo.

También en el grupo "Neuroticismo" se englobarían ocho de los 10 padres y seis de las 11 madres patológicas. Los perfiles de los padres son perfiles más simples con uno o a lo sumo dos escalas patológicas. Las madres tienen un espectro más amplio y las patologías que se entreven son más severas cuantitativamente y cualitativamente que las de los padres. De todas formas es difícil resolver si la psicopatología cuantificada en los padres estaba presente previamente a la patología de los hijos o se ha iniciado posteriormente a ésta, dado que normalmente transcurre bastante tiempo desde que se inicia esta patología hasta que se acude al especialista y se inicia tratamiento.

El análisis cualitativo de los perfiles demuestra una buena correlación entre los que son considerados como indicativos de una mayor gravedad psicopatológica y el mal pronóstico evolutivo. Las escalas psicopatológicas que parecen orientar hacia una deficiente evolución son la Desviación psicopática (impulsividad) y la Psicastenia (ansiedad: fobias, obsesividad). Sohlberg y cols.⁽⁶⁾ presentaban como peor predictor pronóstico la impulsividad, entendida ésta como la dificultad para aprender de la experiencia. En su estudio con 35 pa-

cientes con anorexia nerviosa la impulsividad explicaría el 23% de los síntomas anoréxicos a los dos-tres años de seguimiento, y el 14% de los síntomas bulímicos a los cuatro-seis años de seguimiento. Fahy y Eisler⁽⁷⁾ trataron de comparar la impulsividad en pacientes bulímicas y anoréxicas encontrando mayores tasas de impulsividad en las primeras. Exploradas clínicamente sobre comportamientos impulsivos, el 51% de las bulímicas y el 28% de las anoréxicas presentaban al menos uno de estos comportamientos.

En resumen, se puede establecer que: a) La inespecificidad de los perfiles psicopatológicos de personalidad en el M.M.P.I. es muy alta, lo que se comprueba también en la anorexia nerviosa; b) A pesar de lo anterior, el perfil más frecuente es del tipo 27' (depresión más ansiedad en un contexto anancástico) tanto en los padres como en los hijos con anorexia nerviosa, aunque también es el más frecuente del conjunto de todos los perfiles psicopatológicos del M.M.P.I.⁽⁸⁾ y c) Parece existir una cierta correlación entre el desajuste psicopatológico general indicado por el M.M.P.I. y el pronóstico evolutivo. Las diferencias significativas entre grupos de buen y mal pronóstico parecen sugerir que el binomio Impulsión-Compulsión está presente en los segundos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
- 2 Tejero A, Guimerá ME, Farré JM. Aplicación de la teoría de J.A. Gray al estudio de la anorexia nerviosa: datos preliminares y terapéutica conductual. *Rev Dpto Psiquiatría Facultad de Med. Barna*. 1986;13(4):169-174.
- 3 Garner DM, Garner MV, Rosen LR. Anorexia nervosa "restricters" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1993;13:171-185.
- 4 Hathaway SR, McKinley JC. *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual*. PNew York: sychological Corporation, 1967.
- 5 Williams GJ, Power KG, Millar HR y cols. Comparison of Eating Disorders and Other Dietary/Weight Groups on Measures of Perceived Control, Assertiveness, Self-Esteem, and Self-Directed Hostility. *Int J Eating Disord* 1993;14(1):27-32.
- 6 Sohlberg S, Norring C, Holmgren S, Rosmark B. Impulsivity and Long-Term Prognosis of Psychiatry Patients with Anorexia Nervosa/Bulimia Nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(5):249-258.
- 7 Fahy T, Eisler I. Impulsivity and Eating Disorders. *Br J Psychiatr* 1993;162:193-197.
- 8 Graham JR. *M.M.P.I. Guía práctica*. México: Manual Moderno, 1987.

I. Lastra¹
J.C. González-Seijo¹
Y.M. Ramos¹
J.L. de Dios¹
M.J. Martínez-Chamorro²

Estudio clínico de las psicosis de inicio en la adolescencia

1 Psiquiatra
2 Pediatra

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Área Sanitaria VII.
Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Correspondencia:

I. Lastra
Av. Valdeleja, 8D 3-C
39012 Santander (Cantabria)

Clinical features of psychotic disorders with onset during adolescence

RESUMEN

En el presente trabajo se estudian de forma retrospectiva las historias de una muestra de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Agudos durante los años 1989-90-91, diagnosticados de psicosis antes de los 18 años. Como conclusiones, destacar el predominio de varones (76,3%), la edad media en el primer episodio de 15,5 años, y la mayor frecuencia del diagnóstico de esquizofrenia paranoide (52,4%) y hebefrénica (38%). La media del número de ingresos ajustado por años de evolución de la enfermedad fue de 1,03. La evolución fue en un 38,1% de los casos, hacia un importante deterioro psicosocial, siendo necesario el uso de clozapina en un 47,6% de los casos durante algún momento de la evolución, utilizándose en un 47,62% neurolepticos depot. Existieron antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado (no únicamente psicóticos) en un 33,3% de los casos.

PALABRAS CLAVE

Psicosis; Adolescencia; Curso clínico.

ABSTRACT

In this issue, we try to study a sample of patients admitted to the Psychiatric Unit of a General Hospital from 1989 to 1991, with the diagnosis of psychotic disorder, and onset before 18 years old. By sex, we find a higher rate of males (76.3%). Mean age during the first episode was 15.5. By diagnosis, the most frequent was paranoid schizophrenia (52.4%), and the second one, the disorganized type (38%). The mean number of admissions (admissions/years of evolution of the illness) was 1.03. An important psychosocial impairment was observed in 38.1% of the sample. Clozapine was used in 47.6% of the patients, and depot neuroleptics in 47.62%. A first degree of family history of psychiatric disorders (not only psychotic disorders) was observed in 33.3% of the people.

KEY WORDS

Psychotic disorder; Adolescence; Clinical course.

26 INTRODUCCIÓN

El concepto de adolescencia como un periodo de la vida caracterizado por «*Sturm und Drang*» y por importantes problemas psicológicos que pueden llevar a estados patológicos, fue introducido por Stanley Hall⁽⁷⁾ y apoyado por analistas tan reputados como Anna Freud⁽⁸⁾, quien afirmaba: «la adolescencia es, por su naturaleza, una interrupción del crecimiento pacífico, y el mantenimiento del equilibrio estable durante este proceso es, en sí mismo, anormal. Las manifestaciones del desarrollo del adolescente, se aproximan mucho a los síntomas neuróticos psicóticos y se confunden imperceptiblemente sus límites, son los estados *borderline*, ya sean en sus etapas iniciales, en formas frustradas o en las más desarrolladas. En consecuencia, el diagnóstico diferencial entre estas anomalías del adolescente y la auténtica patología, se convierte en tarea difícil».

Como postuló Weiner⁽¹⁸⁾: «La dificultad atribuida a discriminar la psicopatología del adolescente de los fenómenos normativos adolescentes, constituye una influencia errónea de la conceptualización psicoanalítica del adolescente y no se sostiene por datos empíricos».

Según Marcelli y Branconnier, existen tres procesos psicóticos típicos de la adolescencia: aquéllos ligados a la dimensión corporal, entre los que se incluyen la Bouffée Hipocondriaca Aguda; aquéllos ligados a la identidad, como los cuadros de despersonalización, delirios de filiación, delirios de inferioridad, y aquéllos en relación con el investimiento objetal, como las preesquizofrenias de la adolescencia de P. Mâle⁽⁹⁾.

Siguiendo la nomenclatura DSM-III-R, además de las esquizofrenias de tipo adulto, encontraríamos las Psicosis Delirantes Agudas, que con estos criterios incluirían: psicosis reactiva breve, comienzo agudo de la esquizofrenia y psicosis esquizofreniforme

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo se estudian de forma retrospectiva las historias de una muestra de 21 pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario de San Carlos (Madrid) durante los años 1989-90-91, diagnosticados de psicosis antes de los 18 años.

De dichas historias se obtuvieron cuatro grupos fundamentales de datos, a saber:

- *Filiación.*

- *Características del primer episodio psicótico:* edad, diagnóstico y tratamiento, si fue o no necesaria la hospitalización del paciente, su sintomatología, el consumo de tóxicos, la respuesta al tratamiento, personalidad previa, antecedentes de interés, factores desencadenantes...

- *Evolución:* número de episodios posteriores recogidos en la historia clínica, número de ingresos y resumen de la evolución.

- *Datos familiares:* nivel socioeconómico, número de hermanos, puesto que ocupa el paciente entre ellos, edades del padre y la madre, antecedentes psiquiátricos en familiares de primer y segundo grado...

Para el estudio estadístico, se ha utilizado como nivel mínimo de significación el del 95%. La comparación de variables cualitativas se ha realizado con la prueba de la Chi-cuadrado corregida o la prueba exacta de Fisher. La comparación de medias se ha realizado mediante la prueba *t* (prueba F para la comparación de varianzas).

De todos estos datos, expondremos los que por su significación, resultan más interesantes.

RESULTADOS

Respecto al *sexo*, el 76,2% de pacientes fueron varones [IC 95% (límites exactos): 52,8%-91,8%], y el 23,8% mujeres [IC 95% (límites exactos): 8,22%-47,2%]. Por diagnósticos (teniendo en cuenta solamente los dos más frecuentes), encontramos que en las psicosis esquizofrénicas hebefrénicas, eran varones el 87,5% de la muestra, y en las paranoides el 70%.

La media de la *edad de comienzo de la enfermedad* era de 15,5 años (DE: 1,3; IC 95%: 14,9-16,1). Por diagnósticos, la media de edad de comienzo en las esquizofrenias hebefrénicas fue de 15,6 años (DE: 1,3), y en las paranoides de 15,1 años (DE: 1,37).

Requirieron *hospitalización psiquiátrica en el primer brote psicótico* el 70% de los pacientes.

Respecto al *diagnóstico* (criterios ICD-9), el 52,4% de los adolescentes, fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide; de éstos, dos pacientes fueron diagnosticados en el primer episodio de psicosis tóxica, y uno de psicosis maníaco depresiva, reclassificando al de esquizofrenia paranoide en el siguiente ingreso. El 38% recibieron el diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica; el 4,8% de esquizofrenia catatónica y otro 4,8% de psicosis tóxica.

La *sintomatología* más frecuentemente encontrada eran las alteraciones de conducta en un 57,2%; la agresividad en el 52,4% de los casos y las alucinaciones auditivas en el 52,4%. El delirio era no sistematizado en el 47,6% y el inicio de la sintomatología fue insidioso en un 42,9% de los pacientes. No se observaron diferencias significativas en cuanto a sintomatología entre las esquizofrenias paranoides y las hebefrénicas.

El *número de ingresos psiquiátricos/nº de años de evolución* del proceso hasta el último ingreso recogido, fue en media, de 1,03 ingr./año (IC 95%: 0,61-1,44 ingr./año; máximo 4 ingr./año; mínimo 0,09 ingr./año; DE: 0,91). El número máximo de ingresos recogidos fue de 9; el mínimo de 1. El número máximo de años de evolución recogida fue de 25; el mínimo fue 0 años (el ingreso estudiado fue el primero sufrido por el paciente).

Existían *antecedentes psiquiátricos en familiares* de primer grado, en el 33,3% de los pacientes (antecedentes clasificables en el eje I del DSM-III-R), y de segundo grado en el 19,5%. Por diagnósticos, existían antecedentes en familiares de primer o segundo grado en el 10% de los pacientes con esquizofrenia paranoide, y en el 75% de los pacientes con esquizofrenia hebefrénica. Esta diferencia resulta significativa, con una $p=0,013$. Con una confianza del 95%, podemos afirmar que como mínimo, las esquizofrenias hebefrénicas, presentan un 30% más de antecedentes familiares que las paranoides.

En lo que respecta a la *evolución*, señalar que en un 38,1% de los casos, se siguió un grave deterioro psicosocial del paciente. En un 47,62% se utilizaron neurolepticos *depot* durante la evolución del proceso, y clozapina en otro 47,62%; en un 23,8% existió asociación de ambos tratamientos.

DISCUSIÓN

Uno de los principales puntos de discusión sería la similitud o no de las psicosis (en este caso esquizofrénica mayoritariamente) del adolescente con las del adulto.

Para Lutz⁽⁸⁾: «cuando la esquizofrenia aparece a partir de la pubertad, nos encontramos con cuadros clínicos muy parecidos a los del adulto, que pueden ser asimilados a los que éste presenta».

Según Solomon⁽¹⁴⁾, los síntomas son los mismos que en el adulto, con los mismos trastornos, es decir, aluci-

naciones, ideas delirantes, ideas de referencia, trastornos del pensamiento, aceleración del lenguaje... Más recientemente Rutter⁽¹³⁾ opina que cuando la esquizofrenia tiene comienzo durante la adolescencia, tiende a mostrar «casi» la misma sintomatología que en la vida adulta, con trastornos del pensamiento, alucinaciones, perplejidad y trastornos psicomotores.

Para Masterson⁽¹⁰⁾, en la esquizofrenia del adolescente, serían más frecuentes los síntomas depresivos. Para Midenet y Faure⁽¹¹⁾, en la esquizofrenia del adolescente con más frecuencia que en el adulto tendrían lugar frecuentemente fenómenos pseudoneuróticos, y la sintomatología resultaría más intensa.

Si bien en nuestro trabajo, el diseño no se ha realizado con el fin de comparar sintomatología en el adolescente *vs* adulto, los datos explicitados en la sección de resultados nos pueden dar la idea de la similitud entre ambas.

Respecto al sexo, algunos autores (Velilla Picazo y cols.⁽¹⁷⁾, Green y cols.⁽⁶⁾ en pacientes menores de 11 años) encuentran cifras y porcentajes que rondan la proporción dos a uno a favor de los varones. Las diferencias en nuestro trabajo, bien podrían deberse al sesgo que supone el hecho de la hospitalización.

En lo que concierne a la edad, Uschanov⁽¹⁵⁾, señala una mayor frecuencia a las edades de 14, 15 y 16 años, lo que concuerda con nuestro intervalo de la media de edad (14,9-16,09).

Los aspectos diagnósticos, sin embargo, difieren notablemente de otras observaciones, así, la sintomatología asimilable al subtipo simple sería la más frecuente para Velilla Picazo y cols.⁽¹⁷⁾ seguida de la hebefrénica; encuentran raro el tipo catatónico y excepcional el paranoide. En nuestra muestra, la gran frecuencia del tipo paranoide, pensamos que únicamente podría explicarse a partir de diferencias en cuanto a criterios diagnósticos, o bien como en casos anteriores, por el hecho de ser una muestra hospitalizada, lo que podría matizar la elección del tipo de paciente y de su sintomatología.

Como señala Blankenburg⁽⁹⁾, en otro tiempo, el pronóstico de los esquizofrénicos de eclosión precoz, se estimaba generalmente de una forma particularmente desfavorable. Se puede afirmar que sólo los pacientes que han desarrollado una esquizofrenia antes de los diez años de edad, tienen verdaderamente un mal pronóstico⁽⁶⁾. Por el contrario, el pronóstico para las primeras manifestaciones a la edad de diez a quince años, ya no es como se decía antiguamente, esto es, por

28 fuerza peor que para quienes incurren en la enfermedad en edad adulta. A pesar de esto, se han de tener en cuenta las consideraciones de De Dios y González Seijo⁽⁴⁾, en el sentido de que a esta edad, los brotes son más agudos, los síntomas más intensos y la evolución a la larga, más catastrófica. Nuestras observaciones caminan en esta misma línea, a la vista del alto porcentaje de pacientes con grados importantes de deterioro psicosocial y de uso de neurolépticos de reserva como la

clozapina. El alto porcentaje de uso de neurolépticos *depot* concuerda con las afirmaciones de Realmuto y cols.⁽¹²⁾ de que los preparados *depot* pueden ser especialmente útiles para facilitar al adolescente la toma de la medicación.

Señalar, por último, la alta agregación familiar de enfermedad psiquiátrica, con diagnósticos no solamente de cuadros psicóticos, en el caso de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Aarkrog T, Mortensen KV. Schizophrenia in early adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72:422-429.
- 2 American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed. revisada). Barcelona: Masson, 1988.
- 3 Blankenburg W. Psicosis esquizofrénicas durante la adolescencia. *Confrontaciones Psiquiátricas* n° 24. 1987.
- 4 De Dios de Vega JL, González Seijo JC. Psicosis en el adolescente. *Monografías de Psiquiatría* (en prensa).
- 5 Freud A. *Adolescence, psychoanalytic study of the child*. Vol XIII. New York: Intern Univ Press, 1958.
- 6 Green WH y cols. Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:968-976.
- 7 Hall S. *Adolescence*. New York: Appleton, 1904.
- 8 Lutz J. *Psychiatrie infantile*. Neuchatel. Delachaux-niestle, 1968.
- 9 Mâle P. Psychoses de l'enfant. *Confrontations psychiatriques* n° 3. 1969.
- 10 Masterson JF. *El dilema psiquiátrico del adolescente*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- 11 Midenet M, Faure JP. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray Masson, 1976.
- 12 Realmuto GM y cols. Clinical comparison of thiothixene and thioridazine in schizophrenic adolescents. *Am J Psychiatry* 1984;141:440-442.
- 13 Rutter J. *Child Psychiatry - modern approaches*. London: Blackwell Scientific Publications, 1977.
- 14 Solomon PH. *Manual de Psiquiatría*. México: Manual Moderno, 1972.
- 15 Uschakov GK. Contribution a l'étude des stereotypes de developpement de la psychose chez les enfants et les adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. VIII, fasc.1. 1965.
- 16 Velilla Picazo JM. Nivel psicomotor en el deterioro de adolescentes esquizofrénicos. *Comunicación Psiquiátrica*, vol. VI. Universidad de Zaragoza, 1980.
- 17 Velilla Picazo JM. Esquizofrenia en la adolescencia. En: *IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*. Valencia, 1984.
- 18 Weiner IB. *Psychological disturbance in adolescence*. New York: Wiley, 1970.

C. Gómez-Ferrer Gorriz¹
A. Micol Torres²
M. P. García López³
J. Gabarrón Llamas⁴
A. Fernández Moreno⁵

Aspectos psicopatológicos de
individuos con síndrome X frágil
de diferentes familias

- 1 Jefe de servicio de Psiquiatría Infantil.
Hospital General Universitario. Murcia.
2 Médico Interno Residente de Psiquiatría.
Hospital General Universitario. Murcia.
3 Psiquiatra. U.S.M. Torreveja.
4 Jefe de la Unidad Técnica de Genética Humana.
Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Murcia.
5 Prof. colaborador de Psiquiatría.
Hospital General Universitario. Murcia.

Correspondencia:

C. Gómez-Ferrer Gorriz.
Plaza Circular nº 11-3º-A.
30008. Murcia.

*Psychopathological aspects of
Fragile X Syndrome people of
different families*

RESUMEN

Presentamos el estudio citogenético de ocho niños de ambos sexos, entre los 4 y 13 años, con síndrome X-Frágil y la afectación familiar, recordando su fenotipo y clínica, pues aunque está bien delimitado, puede pasar inadvertido pese a su alta incidencia en la población general.

Exponemos el estudio psicopatológico: peculiaridades del retraso mental, lenguaje, rasgos de carácter, hiperactividad y estereotipias, ya que estos aspectos pueden ser importantes y decisivos para sospechar el diagnóstico.

Comparamos nuestros hallazgos con los procedentes de la revisión bibliográfica que hemos realizado de los últimos tres años.

PALABRAS CLAVE

Síndrome X-Frágil; Cromosopatía; Retraso mental; Infancia.

ABSTRACT

We explain the cytogenetic study of eight children that are between 4 and 13 years old, with the fragile X Syndrome and the familial affectation, remembering their phenotype and clinical characteristics, so although this syndrome is properly delimited, it may be skipped in spite of its high effect in the general population.

We expose the psychopathological study: characteristics of the mental deficiency, language, character, hiperactivity and stereotyped activity since this may be significant and decisive for suspecting the diagnostic.

We compare our discoveries with those originated in the bibliographic revision about the last three years we have achieved.

KEY WORDS

Fragile X Syndrome; Chromosopathy; Mental Deficiency; Childhood.

30 INTROUCCIÓN

Nos hemos interesado por el estudio psicopatológico de niños de ambos sexos con Síndrome X-Frágil, a raíz de la grave repercusión familiar que tuvo el diagnóstico que hicimos de dos hermanos cuando ya tenían un tercero también afectado, después de ser visto el mayor de ellos durante varios años en diversas consultas especializadas.

Al realizar estudio familiar se detectaron dos hermanas, primas de estos niños, portadoras del síndrome que no estaban identificadas.

Esto nos indica que el Síndrome X-Frágil puede pasar inadvertido en la infancia a pesar de estar bien definido, tanto en su genética como en su fenotipo, por ello hemos querido profundizar en su estudio psicopatológico que por ser también muy característico puede ser decisivo para sospechar el diagnóstico en los primeros años de la vida ya que muchos de sus rasgos físicos se hacen más patentes a partir de la adolescencia.

En relación con el Centro de Bioquímica y Genética Clínica de Murcia, hemos podido estudiar un total de ocho casos, en el espacio de cinco meses, de los que exponemos su citogenética, afectación familiar y modo de transmisión, el fenotipo y anomalías corporales, las peculiaridades del retraso mental y del lenguaje, los rasgos de carácter, conducta y demás síntomas psicopatológicos.

A pesar de que las niñas están menos afectadas, hemos estudiado a dos familiares de uno de los varones y también presentan gran parte de la sintomatología que había pasado casi inadvertida.

Hemos revisado bibliografía de los últimos tres años de estos aspectos psíquicos pero la mayoría de los trabajos se refieren, sobre todo, a la vida adulta o abarcan amplios rangos de edad. Haremos referencia a ellos y a su relación con nuestros hallazgos.

Aspectos biológicos: En la etiología del retraso mental se han reconocido tanto factores ambientales como hereditarios, siendo la causa una anomalía genética en alrededor del 45% de los casos de retraso mental (RM) severo (Opitz y cols., 1978).

El exceso del 25% de varones retrasados en instituciones⁽¹⁾, así como la descripción de varias familias con gran número de varones retrasados^(2,3), no llevó a los genetistas de la época a percibir la contribución de los genes ligados al X en el RM, hasta que un psicólogo de la educación en Wisconsin^(4,5) reconoció esta conexión.

Tras el descubrimiento del cromosoma X frágil, descrito por primera vez como "marcador X" por Lubs en 1969⁽⁶⁾, y su reconocimiento clínico general como una causa principal de RM ligado al cromosoma X (RMLX), se han vuelto a estudiar las familias inicialmente descritas, revelándose la existencia del X frágil. Se trata de un Sitio Frágil (SF) raro en la posición Xq27.3, cuya expresión citogenética parece estar relacionada con ciertas condiciones de cultivo, concretamente la deficiencia en el medio de ciertos precursores de la síntesis de ADN.

Los varones que llevan el cromosoma X frágil visible en una proporción variable de sus células, tienen un tipo característico de RM hereditario conocido como el síndrome del X frágil (fra X). Su definición como síndrome data de hace aproximadamente una década, aunque lo más probable es que haya existido en poblaciones humanas desde la antigüedad.

Prevalencia del Síndrome X frágil: actualmente el síndrome X frágil se considera la forma más común de RM heredado. En base a los estudios de población realizados en Suecia e Inglaterra^(7,8), se ha estimado una prevalencia de varones afectados de aproximadamente 1/1250. La prevalencia de hembras afectadas es aproximadamente 1/2000, y como solo un tercio del total son afectadas, la prevalencia global de hembras portadoras es alrededor de 1/700.

Diagnóstico del Síndrome X-Frágil: Aunque existen ciertos rasgos físicos que se observan frecuentemente en varones con el síndrome X frágil (cara larga, orejas grandes, y macroorquidismo), la variabilidad de algunos de ellos, como el macroorquidismo, particularmente antes de la pubertad, y la escasa manifestación de otros en los primeros años de vida, ha hecho difícil identificar consistentemente los varones a riesgo. Por ello, el diagnóstico definitivo del individuo afecto depende todavía de la expresión citogenética del marcador X frágil y la identificación molecular de la mutación FRAXA.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Casuística

Hemos podido estudiar ocho casos, seis varones y dos hembras pertenecientes a cinco familias.

En la figura 1, presentamos el árbol genealógico de la familia A, de la que hemos estudiado tres miembros

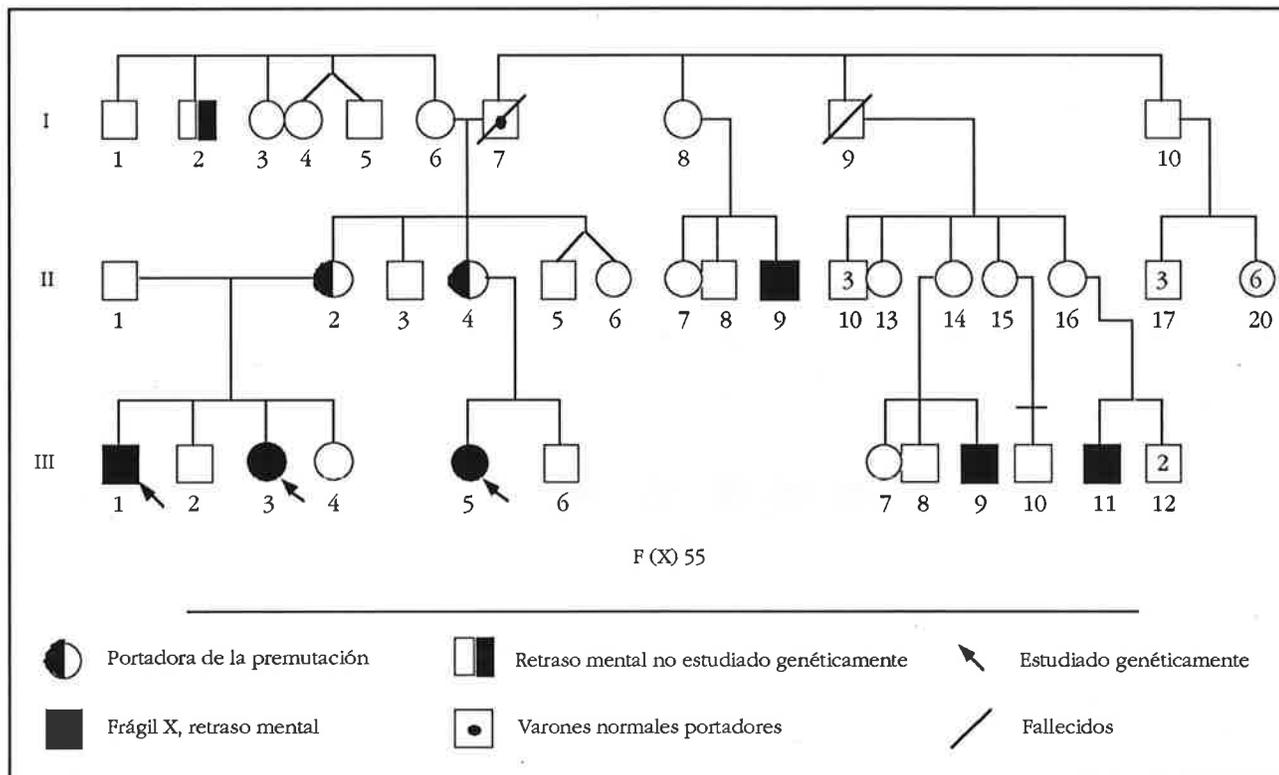


Figura 1. Árbol Genealógico de la Familia A.

afectados: el varón primogénito (nº 1), una hermana (nº 3) y una prima hermana (nº 5).

En la figura 2, se muestra el árbol genealógico de la familia B, que ha promovido este trabajo, de la que hemos estudiado a los dos hermanos varones (nº 5 y 6), en quienes sospechamos este síndrome y que al confirmarse se detectó también en el tercer hermano (nº 7), todos varones, y en las dos primas hermanas (nº 8 y 9) a quienes no hemos podido estudiar por negar el permiso la familia.

Los otros tres varones restantes estudiados, pertenecen a otras tantas familias.

Edades

Las edades que tenían cuando acudieron por vez primera a nuestra consulta son: cuatro años (n=2); seis-ocho años (n=4); 11-13 años (n=2); rango: 4,3-13,1; edad media: 7:10 años.

RESULTADOS

Edad al realizar el diagnóstico

Es importante comparar la edad de los niños cuando acuden a la primera consulta especializada y la que tienen cuando se sospecha el diagnóstico y se realiza el cariotipo, indicando el tiempo transcurrido entre ambas (Fig. 3).

Exponemos en cada caso estos eventos, correspondientes a los seis varones ya que las dos niñas son secundarias a uno de estos diagnósticos, sin haber acudido previamente a ninguna consulta.

Vemos que la edad de la primera consulta es entre uno y seis años (Media: tres años) y el diagnóstico se efectúa entre los 4 y 12 años (Media: 6;9 años), después de transcurridos entre unos meses y ocho años (Media: tres-seis años). Sólo en el caso dos se sospechó y realizó el diagnóstico en la primera consulta, a los seis años de edad. Los casos 4 y 5 se diagnosticaron a los 10 años.

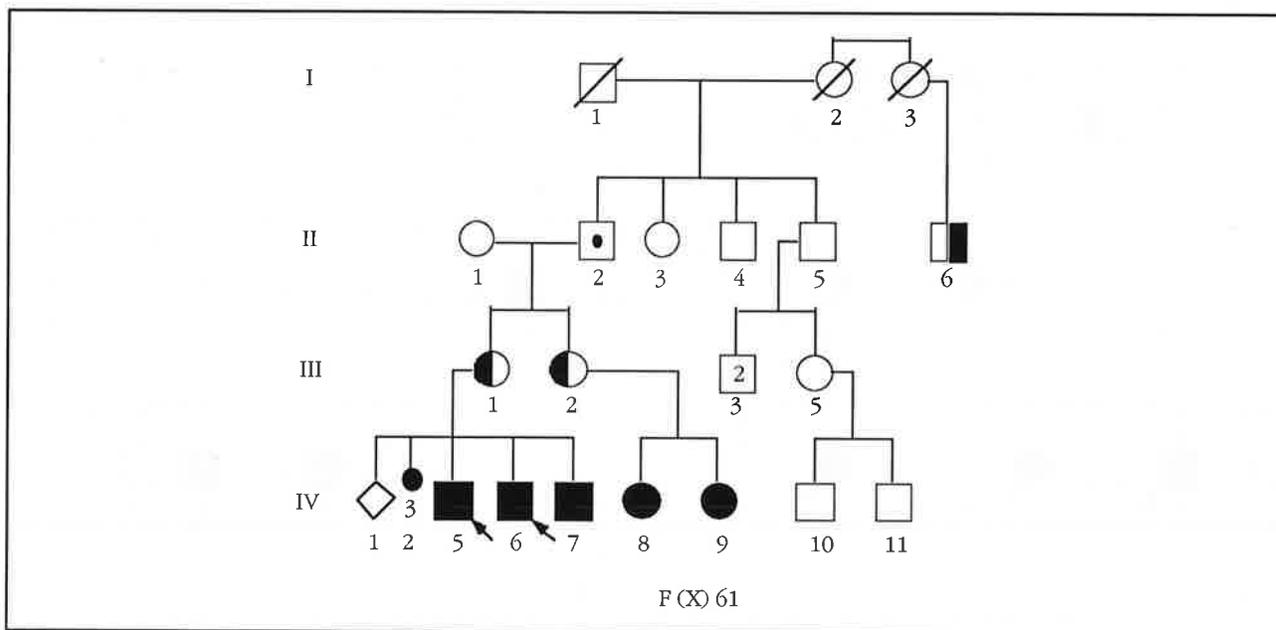


Figura 2. Arbol genealógico de la Familia B.

Citogenética de los casos

Resumimos el diagnóstico citogenético de los casos estudiados y las edades en que se realizó, así como la afectación familiar.

Caso 1.- Varón de cuatro años. Hijo único. Se confirma la expresión citogenética de la fragilidad del cromosoma X en el 24% de las células y se identifica la mutación FRAXA por análisis molecular. La madre y abuela materna son portadoras de la premutación. Una hermana y dos hermanos de la madre son normales.

Caso 2.- Varón de seis años. Una hermana menor normal. Expresión citogenética en el 3% de las células y mutación FRAXA. La madre y tía materna son portadoras de la premutación, probablemente heredada del padre, ya fallecido. Tres hermanos varones normales.

Caso 3.- Varón de cinco años. Una hermana mayor normal. Expresión citogenética en el 48% de las células y mutación FRAXA. La madre y tía materna son portadoras de la premutación, heredada del padre. Un hermano normal. Varios familiares de esta rama también afectados de la premutación.

Caso 4.- Varón de 10 años (Fig. 1, nº 1). Una hermana (nº 3) diagnosticada de Frágil-X a los siete años, estudiada

por nosotros. Un varón y una mujer normales (nº 2 y 4). Expresión citogenética en el 12% de las células y mutación FRAXA. La madre y tía materna son portadoras de la premutación, heredada del padre. Tienen dos hermanos normales. La tía tiene una hija con mutación completa (nº 5), diagnosticada a los 12 años y estudiada por nosotros. Un hijo varón normal. Hay otros familiares del abuelo materno también afectados de la premutación.

Casos 5 y 6.- Varones de diez y cinco años (Fig. 2, nº 5 y 6). Antecedentes de varios abortos. Se identifica en ambos la mutación FRAXA y en el hermano de tres años a quien se había realizado el cariotipo fetal sin aplicar técnicas de fragilidad por no haber sido aún diagnosticados los hermanos. El menor no ha podido ser estudiado. La madre y tía materna son portadoras de la premutación heredada del padre. La tía tiene dos hijas portadoras de la mutación completa que no han podido ser estudiadas.

Características fenotípicas

Medidas antropométricas: Hallados los percentiles para talla, peso y perímetro cefálico, en siete casos se objetiva que la mayoría están en percentiles superiores

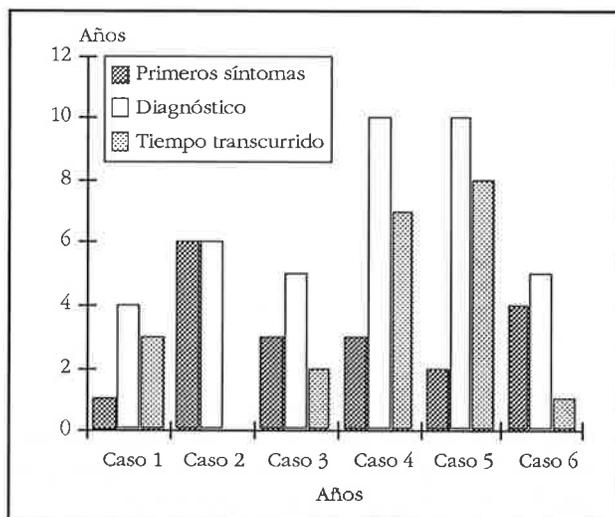


Figura 3. Edad de diagnóstico por cariotipo. Sólo los casos primarios.

al 90 en los tres parámetros, incluso mayor que 95 en Peso y P. cefálico en seis casos, lo que está de acuerdo con el síndrome.

Rasgos fenotípicos (Tabla 1): recogimos los datos referentes a los típicos rasgos físicos propios del síndrome, aunque no todos son patentes en la infancia. Presentamos y destacamos los más frecuentes y manifiestos.

Facies: la mayoría de los niños tienen cara alargada, frente ancha y abombada, orejas grandes y anchas, en eversión, con lóbulo engrosado. Menos frecuente es la implantación baja de orejas y ninguno tenía aún prognatismo ni ojos azules. En tres casos había hipertelorismo y epicantus.

Miembros: todos tienen las manos anchas y gruesas (todavía no son largas) y marcada hiperlaxitud ligamentosa. En tres hay una mayor defensa táctil, y en dos surcos simiescos.

Genitales: dada la edad de los pacientes, sólo en dos hay macroorquidismo.

Exploraciones complementarias: se realizó EEG en cinco casos siendo normales. TAC en dos casos siendo también normales.

Características psíquicas

Cuando hemos visto a unos cuantos de estos niños Frágil X, constatamos que también tienen unas peculia-

Tabla 1 Rasgos fenotípicos

	Si	No
Facies		
Cara alargada	6	2
Frente ancha y abombada	7	1
Orejas grandes	7	1
Orejas anchas	8	0
Orejas en eversión	7	1
Lóbulo engrosado	6	2
Implantación baja	2	4
Ojos azules	0	8
Hipertelorismo	3	5
Epicantus	3	5
Prognatismo	0	8
Miembros		
Manos anchas	8	0
Largas	0	8
Gruesas	7	1
Surcos simiescos	2	4
Surcos plantares		1
Hiperlaxitud ligamentosa	8	0
Mayor defensa táctil	3	3
Genitales: Macroorquidismo		
	2	4

ridades psíquicas que, incluso, pueden hacer sospechar el diagnóstico más aún que las vistas anteriormente.

Encontramos retraso mental con síntomas hiperquinéticos y psicóticos pero en conjunto resultan diferentes a cada uno de estos tres cuadros paidopsiquiátricos. El retraso, en cualquiera de los grados en que se presente, no es uniforme como suele ocurrir en el deficiente mental, sino que es variable y disarmónico según los aspectos explorados. Incluso parece más intenso por la influencia del carácter: timidez y terquedad. La hiperquinesia es muy acentuada e incontrolada y los síntomas psicóticos son aislados y variables de un caso a otro, menos intensos que en las psicosis y con mejor contacto que en ellos, aunque tal vez más pobre. Queda resumido en la tabla 2. Destaca la mirada huidiza, pero a partir de un cierto contacto, con más intencionalidad que en el psicótico. Algunas estereotipias motoras: golpean, muerden, gestos de manos, etc.

El lenguaje es siempre escaso en los primeros años y defectuoso en la pronunciación, con dislalia, defecto de vocalización, muy rápido, en voz baja, repetitivo.

En el carácter son descritos como alegres porque suelen sonreír y son cariñosos, incluso les consideran burlones. Todos son tímidos, tercos, nada razonables (en esto más parecido a los psicóticos que a los retrasa-

Tabla 2 Características psíquicas

	Sí	No
<i>Mirada huidiza</i>	5	3
<i>Estereotipias motoras</i>		
Golpear y morder manos	0	8
Otras	4	4
<i>Lenguaje</i>		
Repetitivo	5	2
Rápido	2	5
Defectos de pronunciación	6	2
<i>Carácter</i>		
Alegres	8	0
Tímidos	8	0
Tercos	8	0
No razonables	8	0
Atención deficiente	8	0
Hiperactividad	7	1
Cariñosos	7	1
Nerviosos	7	1
Irritables	6	2
Miedosos	6	2
Rabietas	6	2
Agresivos	5	3
Burlones	3	5

dos), con deficiente atención e hiperactividad. La mayoría son nerviosos, irritables, con rabietas, miedosos y agresivos.

Escolaridad

Todos tienen retraso escolar, como es obvio, encontrándose en los siguientes niveles: uno en guardería, dos en preescolar, cuatro en EGB, aunque no bien superado el curso. De ellos, cinco reciben clase de apoyo, y uno está en Centro de Educación Especial.

Exploración psicológica (Tabla 3)

Aunque de momento tenemos pocos casos nos ha parecido de gran interés hacer la mayor exploración psicológica posible, para conocerles mejor y así poder identificarles y orientarles.

También en estos aspectos observamos gran variabilidad en los niveles de un test a otro e incluso dentro de una misma prueba, distinto al retraso mental.

Observamos dificultad para lograr centrar su atención en la tarea que, de entrada, rehuyen o no se mantienen hasta la conclusión. En muchos casos ha

habido que hacerlo interrumpiendo, en diversos momentos o días.

Respecto a *Figuras Geométricas* sólo un caso, de 13 años, hace el rombo; tres, el cuadrado; dos, la cruz; y dos, sólo garabatos. El *Test de Gesellen* en los tres casos de menor edad y nivel muestra una mayor capacidad motriz y social que adaptativa y de lenguaje. La *Figura Humana*, en cinco casos; aunque alcanzan CI de 60 a 76, se caracterizan por ser desproporcionadas y desestructuradas.

El *L. Bender*, en cinco casos, con CI: 66-71, presenta todas las alteraciones de coordinación visuo-motora: distorsión, rotación, desintegración y perseveración. En el grafiado, en general, predomina el nivel de garabato, falta de coordinación grafomotora y los trazos son irregulares, sinuosos, inseguros e impulsivos.

El *Terman* lo hacen seis casos con CI entre 40 y 79, mostrando dispersión intertest, no hay edades completas resueltas, sino pruebas aisladas de varias de ellas. El *WISC*, sólo lo hemos podido obtener en tres casos, en uno de ellos con gran esfuerzo por la disgregación que presentaba, otro es la de mayor edad, y en la otra niña sólo la parte manipulativa por presentar un intenso Mutismo Selectivo que hacía imposible cualquier diálogo.

De acuerdo con las diversas investigaciones, también apreciamos niveles verbales menores que los manipulativos y gran variabilidad intertest, con bajo nivel en aritmética, memoria de cifras y comprensión.

DISCUSIÓN

Hemos revisado la bibliografía de los tres últimos años, procedente, sobre todo, del *American Journal of Medical Genetics*, que exponemos a continuación de forma resumida y agrupada según la principal sintomatología del síndrome Frágil-X, indicando en cada apartado los hallazgos efectuados por nuestro trabajo y por nuestra experiencia.

Retraso Mental

Sobre el grado de retraso mental hay unanimidad en que están más afectados los varones Frágil-X que las mujeres, siendo más frecuentes los grados medios, pudiendo ser representativa la distribución indicada por Wisniewski⁽⁹⁾ en 53 varones entre dos y 70 años

Tabla 3 Exploración psicológica.

Test	Nº de casos	Edad	C.I.	Características	Carácter. Generales
<i>Figuras geométricas</i>	<i>1 Caso: Rombo</i>	<i>2 Casos: Cruz</i>	<i>3 Casos: Cuadrado</i>	<i>2 Casos: Garabato</i>	
Gessell	3	4-6	30-57	Mayor capacidad motriz y social que adaptativa y de lenguaje .	Grafiado: Predomina el nivel de garabato, falta de coordinación
Figura humana	5	6-8	60-76	Desestructuración, desproporción.	grafomotora, trazos irregulares, sinuosos, inseguros.
L. Bender	5	7-11	66-71	Distorsión, Rotación Desintegración, Perseveración.	
Terman	6	6-13	40-79	Dispersión Intertest	
Wisc	3	8-13	60-64	Dispersión Intertest	

(media: 23,1) en los que había un 15% de retraso mental ligero, 49% retraso mental moderado, 26% severo y 9% profundo.

En nuestros casos hemos encontrado cinco de retraso mental ligero, dos de grado moderado y uno sólo severo.

Diversos estudios de seguimiento controlan la evolución del CI con la edad de los varones Frágil-X, tratando de determinar qué factores pueden influir en el hecho de que unos mantengan el mismo nivel de retraso mental, mientras que otros se deterioran.

Fisch y cols⁽¹⁰⁾ en un estudio multicéntrico de 1991, recoge las exploraciones realizadas a 60 varones Frágil-X entre 2 y 53 años con un CI de 14 a 93 obtenido con el Standford Binet L-M o el Wechsler, teniendo en el retest una edad entre 4 y 56 años y un CI entre 14 y 73, comprobando que el deterioro es independiente de que estén o no institucionalizados, suponiendo la existencia de procesos neurológicos dinámicos responsables de ello o la detención del normal desarrollo neurológico, todo lo cual no se ha comprobado.

Al año siguiente, 1992, estos autores⁽¹¹⁾ revisan su estudio y otros anteriores de Lachiewicz y cols.⁽¹²⁾ sobre 21 varones en edades de tres a nueve años, retestados a los 5-20 años y de Hagerman⁽¹³⁾ de 24 varones entre 4 y 29 años que revisan entre los siete a 33 años. Son un total de 98 casos, después de eliminar algunos, a los que habían aplicado los mismos tests ya indicados y después de varias hipótesis causales referidas a los defectos del lenguaje que influyen en los conocimientos abstractos que deben aumentar con la edad; a factores genéticos o neurobiológicos que se manifiestan a partir de la pubertad,

etc., se inclinan a pensar que haya diferentes tipos de mutación en la alteración genética del Frágil-X y sean los determinantes de que el retraso mental fuera estático o dinámico según los casos, pero esta hipótesis está sin confirmar.

En las mujeres Frágil-X, por ser menos patente el retraso mental, se ha estudiado con más interés para valorar su manifestación; tanto en mujeres portadoras heterocigotas que suelen ser de inteligencia normal o límite, como en las afectadas de Frágil-X positivo.

Destaca un trabajo de Cronister⁽¹⁴⁾ que estudia a 43 mujeres afectadas, entre 2 y 36 años, hijas de 35 portadoras heterocigotas, obteniendo con la aplicación de Stanford y Wechsler los siguientes resultados:

- 24 mujeres (56%), CI < 85: Deterioro Mental.
- 10 mujeres (23%), CI < 70: Retraso Mental.
- 14 mujeres(33%), CI 70-84: Límite.
- 19 mujeres (44%), CI > 85: Normal.
- 7 mujeres (37%), trastornos de aprendizaje escolar, necesitando Educación Especial.

Concluyen que un total de 33 (77%) tienen deterioro mental o trastornos de aprendizaje.

Los autores tienen en cuenta estos hallazgos para el consejo genético, calculando que el 55% de los casos positivos pueden tener deterioro mental.

En esta misma línea se sitúa el trabajo de Brainard y cols⁽¹⁵⁾ que analiza más cualitativamente el déficit cognitivo hallado en 74 mujeres portadoras heterocigotas, de 16 a 68 años (media: 35), de los que 38 eran Frágil X negativo y 36 Frágil X positivo, con un nivel medio de fragilidad del 8%; se aplicó el WAIS, obteniendo como valores medios los siguientes resultados: CI verbal, 98; CI manipulativo, 101; CI total, 99. Se halló una fuerte

38 y conductuales, siendo más frecuentes en el grupo Frágil X: trastornos de evitación y del humor, así como estereotipias, trastornos de hábitos motores y menor destreza social interpersonal. También se vio correlación entre el lugar de la inserción del DNA alterado con el CI, problemas de atención, ansiedad y retraimiento.

La importancia que en las mujeres portadoras tienen estas diversas alteraciones se refleja en el estudio realizado por Reiss y cols. (30) aplicando unos cuestionarios sobre alteraciones cognitivas y de comportamiento como *screening* para detectar posibles afectadas entre familiares de Frágil-X positivos y, como paso previo al estudio citogenético. Entre los trastornos cognitivos se hacía referencia a haber tenido problemas de lenguaje, lectura, aprendizaje, en especial matemáticas; el haber recibido logopedia o clase especial, si se les había determinado su CI, así como datos sobre años de escolaridad, nivel de estudios y trabajo. Respecto al comportamiento, si tuvo problemas emocionales: nerviosismo, ansiedad o agresividad; o problemas de relación en casa, escuela o socialmente.

Otros estudios han querido relacionar las alteraciones cognitivas de mujeres Frágil X con las alteraciones moleculares según el tipo de herencia. Así, Hinton y cols. (31) comparan 11 mujeres cuyo Frágil X procede del padre, 9 de la madre y otras 15 madres de niños con alteraciones del desarrollo como grupo control. Las procedentes del padre no tenían diferencias significativas con el grupo control, mientras que en las que lo heredan de la madre había un subgrupo con mayor déficit en atención y memoria visual (según WAIS y Benton) y también era mayor la afectación molecular con más de 500 pares de bases insertados en el gen, frente a los otros grupos en que se encontraban menos de 500 pares.

CONCLUSIÓN

Creemos que esta breve exposición del Síndrome X-Frágil es indicativa de su gran trascendencia individual, familiar y social, de ahí la necesidad de conocerlo y pensar en él para diagnosticarlo lo más precozmente posible y poder así realizar el adecuado consejo genético.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Penrose LS. A clinical and genetic study of 1280 cases of mental defect. *Special Rep Ser* Nº 229, London: Medical Research Council, 1938.
- 2 Renpenning H y cols. Familial sex-linked mental retardation. *Canad Med Assoc J* 1962;87:954-956.
- 3 Dunn HG y cols. Mental retardation as a sex-linked defect. *Am J Ment Defic* 1963;67:827-848.
- 4 Lehrke R. A theory of X-linkage of major intellectual traits. *Am J Ment Defic* 1972;76:611-619.
- 5 Lehrke RG. X-linked mental retardation and verbal disability. *Brith Defects Orig Art Ser* 1974;10(c):1-100.
- 6 Lubs HA. A marker-X chromosome. *Am J Hum Genet* 1969;21:231-244.
- 7 Gustavson KII y cols. Prevalence of fragile X syndrome in mentally retarded boys in a Swedish county. *Am J Med Genet* 1986;23:581-588.
- 8 Webb TP, Bunday S, Thake A, Todd J. The frequency of the fragile X chromosome among schoolchildren in Coventry. *J Med Genet* 1986;23:396-399.
- 9 Wisniewski y cols. The Fra(X) Syndrome: Neurological, Electrophysiological, and neuropathological Abnormalities. *Am J Med Genet* 1991;38:476-480.
- 10 Fisch GS y cols. Relationship Between Age and IQ Among Fragile X Males: A Multicenter Study. *Am J Med Genet* 1991;38:481-487.
- 11 Fisch GS y cols. Longitudinal Changes in IQ Among Fragile X Males: Clinical Evidence of More Than One Mutation? *Am J Med Genet* 1992;43:28-34.
- 12 Lachiewicz AM y cols. Declining IQs of young males with the fragile X syndrome. *Am J Ment Retard* 1987;92:272-278.
- 13 Hagerman RJ y cols. Longitudinal IQ changes in fragile X males. *Am J Med Genet* 1989;33:513-518.
- 14 Cronister A y cols. Mental Impairment in cytogenetically positive Fragile X Females. *Am J Med Genet* 1991;38:503-504.
- 15 Brainard SS y cols. Cognitive Profiles of the Carrier Fragile X Woman. *Am J Med Genet* 1991;38:505-508.
- 16 Grigsby J y cols. Verbal Learning and Memory Among Heterogous Fragile X females. *Am J Med Genet* 1992;43:111-115.
- 17 Steyaert J y cols. Cognitive Profile in Adult Normal Intelligent Female Fragile X Carriers. *Am J Med Genet* 1992;43:116-119.
- 18 de von Flindt R y cols. Short-Term Memory and Cognitive Variability in Adult Fragile X Females. *Am J Med Genet* 1991;38:488-492.
- 19 Lida-Pulik H, Basquin M. Cognitive Disorders and Psychiatric Manifestations in the Fragile X Syndrome. Autism and Fragile X. *Psychiatr Infant* 1993;36(1):5-26.
- 20 Reiss AL, Freund L. Behavioral Phenotype of Fragile X Syndrome: DSM-III-R Autistic Behavior in Male Children. *Am J Med Genet* 1992;43:35-46.

- 21 Fisch GS. Is Autism Associated with the Fragiles X Syndrome? *Am J Med Genet* 1992;**43**:47-55.
- 22 Einfeld S, Hall W. Behavior Phenotype of the Fragile X Syndrome. *Am J Med Genet* 1992;**43**:56-60.
- 23 Cohen IL y cols. Effects of Age and Communication Level on Eye Contacts in Fragile X Males and Non-Fragile X Autistic Males. *Am J Med Genet* 1991;**38**:498-502.
- 24 Sudhalter V. Expressive Semantic Deficit in the Productive Language of Males with Fragile X Syndrome. *Am J Med Genet* 1992;**43**:65-71.
- 25 Sudhalter V. Syntactic Delay and Pragmatic Deviance in the Language of Fragile X Males. *Am J Med Genet* 1991;**38**:493-497.
- 26 Lowell RW, Reiss AL. Dual Diagnoses. Psychiatric Disorders in Developmental Disabilities. *Pediatr Clin North Am Jun* 1993;**40**(3):579-592.
- 27 Lachiewicz AM. Abnormal Behaviors of Young Girls with Fragile X Syndrome. *Am J Med Genet* 1992;**43**:72-77.
- 28 Mazzoco MM. problem Solving Limitations Among Cytogenetically Expressing Fragile X Women. *Am J Med Genet* 1992;**43**:78-86.
- 29 Freund LS y cols. Psychiatric Disorders Associated with Fragile X in the Young Female. *Pediatrics* 1993;**91**(2):321-329.
- 30 Reiss AL y cols. Brief Screening Questionnaire for Determining Affected State in Fragile X Syndrome: A Consensus Recommendation. *Am J Med Genet* 1992;**43**:61-64.
- 31 Hinton VJ y cols. Mode of Inheritance Influences Behavioral Expression and Molecular Control of Cognitive Deficits in Females Carriers of the Fragile X Syndrome. *Am J Med Genet* 1992;**43**:87-95.

Tabla 1 Rasgos Morfológicos y Psicopatológicos comparativos

Rasgos morfológicos y psicopatológicos	Lujan y cols. 1984	Fryns y cols. 1987	Lalatta y cols. 1991	Nuestro caso 1993
Talla alta	3/4	2/4	3/4	+
Delgadez	3/4	4/4	3/4	+
Cara larga	3/4	4/4	4/4	+
Paladar ojival	4/4	4/4	4/4	+
Pectus excavatum	2/4	2/4	4/4	+
Manos largas	4/4	4/4	4/4	+
2º dedo del pie	?	4/4	4/4	+
Macroorquidismo	4/4	0/4	0/4	-
Voz nasal	?	4/4	3/4	+
Braza	?	4/4	4/4	+
Retraso mental	4/4	4/4	4/4	-
Trastorno de conducta	3/4	3/4	4/4	+
Trastorno psiquiátrico	?	?	2/4	+

exista constancia de alteraciones emocionales o comportamentales atribuibles a dicho episodio.

El paciente describe su ambiente familiar como "normal", con bajo nivel de conflictividad y con buenas relaciones entre los padres, y de éstos con los hijos. No se constató patología en el ámbito familiar, y tampoco antecedentes psiquiátricos o sugestivos de alteración genética en las ramas paterna y materna.

RESULTADOS

Exploración física

Los hallazgos más relevantes pueden observarse en la tabla 1. La exploración detallada por aparatos no aportó datos significativos.

Exploración psicopatológica

Paciente consciente, orientado, que establece un contacto extremadamente pobre y poco fluido. Rehuye la mirada y el contacto visual. Habla en voz baja y tiende a responder de forma estereotipada con lenguaje pobre, sin que existan por su parte intervenciones espontáneas. El tiempo de latencia en las respuestas se encuentra aumentado y se nota una marcada alexitimia y falta de resonancia afectiva. Presenta tics motores que afectan a párpados, frente, cuello con movimientos laterales de la cabeza y miembros inferiores. No se

objetivó la presencia de sintomatología psicótica, ni en la actualidad ni en el pasado. Tampoco mostró alteraciones de la afectividad, salvo falta de resonancia y sintonía.

Exploraciones complementarias

El hemograma, estudio bioquímico y urianálisis fueron normales. El electroencefalograma mostró un trazado de base normal. En la *T.A.C. craneal* se evidencia un engrosamiento cortical en área parietal izquierda, con disminución del número de surcos, que parece corresponder a un trastorno de la migración neuronal (*paquigiria*). La radiografía de columna vertebral demuestra la existencia de escoliosis.

Exploración neurológica

Resultó normal. Los niveles de Ceruloplasmina fueron, igualmente, normales y la R.N.M. confirmó los hallazgos de la *T.A.C.*.

La determinación de aminoácidos en orina no aportó ningún dato significativo.

Estudio genético

Las características del *fenotipo* del paciente se recogen en la tabla 1, comparadas con las obtenidas en los estudios previos del Síndrome de Lujan-Fryns. Pudieron comprobarse varias de estas peculiaridades, como

la cara y paladar ojival, la estatura y delgadez, con hábito marfanoide, el *pectus excavatum*, la escoliosis y escápula alata, y las características de manos y pies.

El estudio citogenético mostró una constitución cromosómica normal, 46, XY. Se descartó la presencia de X Frágil.

Exploración psicológica

Se aplicaron las siguientes pruebas: WAIS (Escala de Inteligencia de Wechsler); Bender (Test Gestáltico Visomotor); K. Machover y Test de psicodiagnóstico de Rorschach, con los siguientes resultados:

En el WAIS obtiene un C.I. verbal de 101; C.I. manipulativo de 110 y C.I. total de 112 (medio). Las puntuaciones más bajas (en el límite) corresponden a información general, asimilación de experiencias y a comprensión y adaptación a situaciones sociales.

En el Test de Bender no aparecen alteraciones significativas. Los rendimientos en el Rorschach y en R. Machover son pobres, con afecto aplanado, elevado nivel de angustia y una relación con el medio casi inexistente. La afectividad está muy empobrecida y bloqueada, con mal manejo de la agresividad, que vuelve contra sí mismo. El índice de realidad es muy bajo, con un nivel de adaptación y una vivencia del mundo distorsionada.

Se aprecian también suspicacia, desconfianza, problemas de integración social y familiar, rigidez, inseguridad, bloqueo emocional y ausencia de conciencia de enfermedad o conflicto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El caso que presentamos nos muestra a un adolescente del que se solicita valoración psiquiátrica debido a una conducta de progresivo retraimiento psicossocial asociado a fracaso escolar de cinco años de evolución. Es llamativo, de entrada, su aspecto físico, si bien estamos convencidos de que, en muchas ocasiones, éste es un dato que pasa desapercibido, pues se tiende a contemplar al paciente psiquiátrico desde una perspectiva excesivamente psicológica, en detrimento de la valoración física y, eventualmente, orgánica.

Es éste un caso prototípico en el que la valoración conjunta por parte de distintas especialidades médicas

se hace imprescindible para llegar a un correcto diagnóstico global (y no sólo psiquiátrico) del caso, y, en consecuencia, a un adecuado enfoque terapéutico.

Una vez recogida la información biográfica y efectuada la valoración clínica, psicopatológica y psicométrica-proyectiva, desde el punto de vista psiquiátrico se plantean varias posibilidades diagnósticas según la CIE 10⁽⁷⁾ que incluyen:

Trastorno esquizoide de la personalidad. Hipótesis apoyada por la presencia de anhedonia, frialdad emocional, alexitimia, actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva y ausencia de relaciones personales íntimas de mutua confianza. La CIE 10, por otra parte, permite este diagnóstico por debajo de los 16 años.

Trastorno esquizotípico. Concordante con varios rasgos clínicos y evolutivos del cuadro, si bien no se evidenciaron en ningún momento síntomas sugestivos o trastornos del comportamiento de tipo psicótico. Si embargo, una de las posibilidades evolutivas es hacia este trastorno.

Esquizofrenia simple. Se planteó en un principio, pero el seguimiento evolutivo descarta esta posibilidad.

Trastorno Mental Orgánico que curse con retracción social progresiva. No consideramos los hallazgos de la exploración física y de pruebas complementarias de suficiente envergadura como para establecer su causalidad y, en consecuencia, este diagnóstico.

Se descartó *Retraso mental*, a la vista del resultado de la exploración psicométrica.

Se optó, pues, por el diagnóstico principal, psiquiátrico, de *Trastorno Esquizoide de la personalidad*.

A la vista del *hábito marfanoide*, dato físico, adicional y reseñable, se solicitó la valoración por el Servicio de Genética con el fin de descartar alteraciones genotípicas que pudiesen estar etiopatogénicamente relacionadas.

Las características fenotípicas del paciente corresponden fielmente a las descritas en el Síndrome de Lujan-Fryns, una entidad ligada al cromosoma X que cursa con retraso mental leve y hábito marfanoide^(1-3,6). No obstante, en el caso de nuestro paciente, una de las condiciones, el retraso mental, no se cumplía. A pesar de lo anterior, y atendiendo a una serie de consideraciones que exponemos más adelante, el diagnóstico no se descartó.

En la revisión de los artículos publicados hasta la fecha^(1-3,6), el diagnóstico se basó fundamentalmente en

44 los hallazgos morfológicos, mencionando el retraso mental de manera superficial (aunque suponga el título de los artículos), sin especificar con claridad los procedimientos utilizados para llegar a tal apreciación. Así, se mencionan aspectos tales como "lento desarrollo psicomotor", dificultad en la realización de tareas complejas" y "necesidad de educación especializada" como argumentos que sustentan el diagnóstico de retraso mental. No obstante, en algunos trabajos sí se especifica la aplicación de pruebas psicométricas para medir el C.I.^(3,6).

Por otra parte, dentro de la constelación de anomalías asociadas, se mencionan "trastornos del comportamiento", "psicosis", "autismo", "alucinaciones auditivas". Estos trastornos psicopatológicos, compatibles con el diagnóstico de Trastorno esquizotípico o esquizoide, junto con los del fenotipo, han sido las características más sobresalientes en algunos de los casos reportados⁽³⁾.

Cabría preguntarse qué significado tendrían algunas disfunciones madurativas, como la enuresis y encopresis, o trastornos que denotan fragilidad psicomotriz, como los tics múltiples, en el contexto de una patología global, presuntamente orgánica. Igualmente es intere-

sante el hallazgo de paquigiria en la T.A.C. craneal, y su posible relación con el trastorno psiquiátrico.

Sugerimos que, al menos en algunos casos, lo que ha sido diagnosticado de retraso mental, puede corresponder a bajos rendimientos en pruebas generales y no específicas de medición de la inteligencia, que no toman en cuenta aspectos psicopatológicos asociados como trastornos de la atención-concentración, falta de iniciativa e intereses, retraimiento psicosocial e incluso actividad alucinatoria o deterioro cognitivo.

Bajo esta perspectiva, en un paciente como el por nosotros diagnosticado, en el que se evidencia un hábito marfanoides, con un fenotipo que se ajusta con fidelidad al del síndrome de Lujan-Fryns y con un retraimiento psicosocial que se traduce, entre otras consecuencias, en un fracaso escolar grave y continuado (y que sin un estudio apropiado podría imputarse a un retraso mental), mantenemos el diagnóstico de dicho síndrome, y planteamos la interrogante: ¿Es adecuado continuar este síndrome como "Retraso Mental ligado al X"^(1-3,6), o sería preferible describirlo en base a los hallazgos morfológicos, añadiendo la presencia de psicopatología más o menos específica que puede cursar con deterioro?

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fryns JP, Buttiens M. X-Linked mental retardation with marfanoid habitus. *Am J Med Genet* 1987;28:267-274.
- 2 Lujan EJ y cols. A form of X-Linked mental retardation with marfanoid habitus. *Am J Med Genet* 1984;17:311-322.
- 3 Lalatta F y cols. X-Linked mental retardation with marfanoid habitus. First report of four italian patients. *Am J Med Genet* 1991;38:228-232.
- 4 Gurrieri F, Neri G. A girl with the Lujan-Fryns Syndrome. *Am J Med Genet* 1991;38:290-291.
- 5 Neri G y cols. XLMR Genes: Update 1992. *Am J Med Genet* 1992;43:373-382.
- 6 Fryns JP, Van Den Berghe H. X-Linked mental retardation with marfanoid habitus: A changing phenotype with age? *Genetic Counselling* 1991;2(4):241-244.
- 7 Varios autores. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992.

A. Fernández Rivas¹
M. A. González Torres
M. S. Mondragón
B. Noguerras
A. Lasa

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes

1 Centro de Salud Mental. Portugalete. Vizcaya

Correspondencia:

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

Beck Suicidal Intent Scale applied to an attempted suicide sample of adolescents and young adults

RESUMEN

Se aplica la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck a una muestra de 72 adolescentes y adultos jóvenes (edades 15-24 años) tras realizar todos ellos una tentativa de suicidio a lo largo de la semana precedente. Los resultados obtenidos se correlacionan con las variables: edad, sexo, diagnóstico clínico (DSM-III-R), existencia de tentativas de suicidio previas y letalidad del intento. La Intencionalidad Suicida aumenta de forma clara en los sujetos diagnosticados de Trastorno Afectivo y en menor cuantía en aquellos con una no baja letalidad (únicamente en la parte autoevaluativa de la escala).

Edad, sexo y existencia de tentativas previas no muestran relación de dependencia significativa con la Intencionalidad Suicida.

PALABRAS CLAVE

Tentativa de suicidio; Adolescente; Adulto joven; Intencionalidad suicida.

ABSTRACT

A sample of 72 adolescents and young adults (age 15-24) who have attempted suicide in the previous week are evaluated with the Beck Suicidal Intent Scale. Relations among the Scale results and the variables age, sex, DSM-III-R diagnosis, history of other suicide attempts and lethality of the index attempt are explored. Suicidal Intent clearly increases in those subjects diagnosed of Affective Disorder and less markedly in those with a non-low lethality (only in the self-report portion of the scale). Age, sex and history of previous suicide attempts do not show statistically significant relation to Suicidal Intent.

KEY WORDS

Suicide attempt; Adolescent; Young adult; Suicidal intent.

46 INTRODUCCIÓN

El concepto de comportamiento suicida abarca un *continuum* de gravedad creciente que va desde las ideas de suicidio a la tentativa suicida para finalizar en el suicidio consumado⁽¹⁰⁾.

En las última décadas estamos siendo testigos en los países occidentales de un vertiginoso incremento de estos comportamientos en los adolescentes y jóvenes adultos de edades entre 15 y 24 años. Así, el suicidio se ha convertido en la segunda o tercera causa de muerte para este grupo de edad según los países⁽¹⁻³⁾; y las tentativas de suicidio (en adelante, TS) han llegado a representar el 40% de todos los ingresos psiquiátricos en la adolescencia⁽⁴⁾.

Por ello creemos esencial el estudio del comportamiento suicida en estas etapas de la vida; y muy en especial el de las tentativas de suicidio, basándonos fundamentalmente en dos razones: la primera radica en la evidencia de que son los adolescentes y los jóvenes adultos los grupos de población que presentan las mayores tasas de TS. Así, Davidson y Philippe⁽⁵⁾ señalan una tasa de TS para la población francesa de 15 a 24 años en 1980 de 453/100.000 habitantes para las mujeres y 212/100.000 para los varones, tasas muy superiores a la absoluta en mayores de 15 años (251/100.000 para mujeres y 127/100.000 para varones).

La segunda razón viene dada por la posición intermedia y de transición en creciente gravedad que ocupan las TS dentro del conjunto del comportamiento suicida: entre las más leves ideas de suicidio y el extremadamente grave e irreversible suicidio consumado. Por ello, el estudio de las TS en función de su gravedad nos proporcionará el acercamiento a diferentes grupos de población: desde aquellos denominados "gestos suicidas" caracterizados por una baja letalidad e intencionalidad suicida y más cercanos, por lo tanto, a la población que presenta únicamente ideas de suicidio; hasta aquellos "suicidios frustrados" en los que la gravedad de la tentativa es extrema; pasando entre ambos por un amplio grupo de intentos de suicidio en los que el comportamiento autodestructivo representa una elección más ambivalente.

Un parámetro esencial en el estudio de las TS es la gravedad psíquica o Intencionalidad⁽⁶⁾, aspecto fundamental en la localización precisa de dicha TS en el amplio intervalo de gravedad creciente que, como ya hemos referido, los intentos de suicidio ocupan dentro del comportamiento suicida.

Se refine Intencionalidad Suicida como la seriedad o intensidad del deseo que tiene un sujeto de poner fin a su vida.⁽⁶⁾

Se han utilizado diferentes criterios para la medición de la Intencionalidad. Unos son "subjetivos", estableciendo diferentes grados en función de la impresión subjetiva del entrevistador^(5, 7, 8). Otros son "objetivos", se basan en la aplicación de instrumentos de medida estandarizados; entre ellos destaca en un lugar muy relevante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck⁽⁶⁾.

El objetivo del presente trabajo es doble. Por una parte se trata del estudio de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck aplicada a un grupo de adolescentes y jóvenes adultos tras realizar todos ellos una TS. Y por otra, el análisis de la influencia que determinadas variables clínicas y sociodemográficas pueden tener sobre la Intencionalidad Suicida, con la finalidad de llegar a constituir perfiles tipológicos de Intencionalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra a estudio estaba formada por un grupo de 72 jóvenes de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 15 y 24 años, los cuales fueron atendidos en el Servicio de Urgencia del Hospital de Basurto (Bilbao) después de haber realizado una tentativa de suicidio.

Todos ellos fueron entrevistados en la semana siguiente al intento autolítico. Las entrevistas realizadas a cada uno fueron una media de tres. En todas ellas se entrevistaba individualmente al joven, y al final de cada entrevista también se recogía información de los familiares que lo acompañaban (fundamentalmente padres).

Los aspectos estudiados en cada paciente fueron los siguientes:

- 1) Sexo y edad, 2) Diagnóstico clínico (DSM-III-R, ejes I y II) realizado en base a las entrevistas, 3) Existencia de TS previas, 4) Valoración de la letalidad de la TS. Se utilizó un criterio objetivo por los autores en función del tiempo de permanencia del joven en el Servicio de Urgencia, o si precisó hospitalización médica o ingreso en la UCI, 5) Valoración de la Intencionalidad Suicida según la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck⁽⁶⁾.

Esta escala consta de un total de 15 ítems. Cada uno de ellos formula una cuestión con tres posibles respuestas graduadas de cero a dos, de menor a mayor gravedad. Por lo tanto, las puntuaciones máximas y mínimas

Tabla 1 Distribución por edad y sexo

		Varón	Mujer	Total V y M
Edad	15		3	
	16		9	
	17	2	8	
	18		7	
	19	2		
Total	15-19	4	27	31 (43%)
	20	4	5	
	21	3	5	
	22	4	3	
	23	7	4	
	24	3	3	
Total	20-24	21	20	41 (57%)
Total	15-24	25 (34,7%)	47 (65,3%)	72 (100%)

posibles son 30 (extrema intencionalidad suicida) y 0 (nula intencionalidad). A su vez, estos 15 items están subdivididos en dos partes. Los primeros, del 1 al 9, son los denominados "Circunstancias relacionadas con la tentativa de suicidio", son un conjunto de preguntas en torno a la planificación del intento que el entrevistador hace al paciente. La segunda parte, items 10-15, es la "Valoración propia del paciente" ("self-report"), seis cuestiones autoevaluativas sobre el grado de intencionalidad.

Para el estudio característico de los datos se realizaron análisis de frecuencias de las variables: sexo, edad, diagnóstico, TS previas y letalidad. En cuanto al estudio de la Intencionalidad Suicida, se analizaron las puntuaciones medias de los sumatorios total y parciales, así como el análisis de frecuencias de cada uno de los items. Finalmente se realizaron análisis bivariados de la variable Intencionalidad Suicida con las otras, a fin de valorar la existencia o no de relación de dependencia entre ellas (nivel de significación de $p < 0,05$).

RESULTADOS

Sexo y edad

La distribución de la muestra en relación al sexo fue de 25 varones (34,7%) y 47 mujeres (65,3%). En cuanto

Tabla 2 Diagnóstico: DSM-III-R

<i>Eje I:</i>		
Trastorno adaptativo	32	(44,4%)
Trastorno afectivo	28	(38,8%)
Psicosis funcionales	5	(7,0%)
Otros	5	(7,0%)
Ausencia diagnóstico	2	(2,8%)
<i>Eje II</i>		
Ausencia de diagnóstico	59	(81,9%)
Trastorno de personalidad	11	(15,3%)
Retraso Mental	2	(2,8%)

a la edad, la media para todo el grupo fue de 19,75 (2,82 DE), aunque superior para varones: 21,44 (2,02 DE), que para mujeres: 18,85 (2,79 DE). Así, el grupo de adolescentes (edades: 15-19 años) fue conformado por 31 individuos (43% del total) y el de jóvenes adultos (edades: 20-24 años) por 41 (57%). La distribución por edad y sexo se describe en la tabla I.

Diagnóstico clínico

Los diagnósticos según DSM-III-R figuran en la tabla 2. Para este estudio se utilizó en el eje I solamente el diagnóstico principal.

La categoría de "Trastorno Afectivo" incluía Distimia, Depresión Mayor, Trastorno depresivo no especificado y Trastorno bipolar depresivo. En: "Psicosis Funcionales" se englobaron los diagnósticos de Esquizofrenia, Trastornos Esquizofreniforme y Trastorno psicótico no especificado. Por último, en el apartado de "Otros" se incluyeron Trastorno por ansiedad no especificado, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de conducta tipo indiferenciado y Trastorno orgánico de la personalidad.

Tentativas de suicidio previas

De los 72 casos, 27 habían realizado al menos una TS previa (37,5%).

Letalidad

Para el estudio de la Letalidad de la TS los autores aplicaron un criterio objetivo en función al tipo de estancia que el paciente precisó en el hospital. Así, se

Tabla 3 Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Items con puntuaciones más altas

nº 3. Precauciones ante la posible ayuda o a ser descubierto
nº 12. Seriedad de la tentativa
nº 10. Expectativas respecto a la fatalidad del acto
nº 13. Ambivalencia hacia la vida
nº 11. Ideas sobre la letalidad del método

consideraron cuatro posibilidades (de menor a mayor gravedad):

- Estancia en el Servicio de Urgencia no superior a 24 h.
- Estancia en el servicio de Urgencia superior a 24 h.
- Hospitalización médica
- Ingreso en UCI

La distribución de frecuencias para cada uno de los cuatro apartados fue respectivamente: 57 casos (79,2%), 7 casos (9,7%) y 4 casos (5,6%) para las opciones tres y cuatro.

Intencionalidad suicida

El análisis de las puntuaciones obtenidas en la escala de Intencionalidad Suicida de Beck reveló una puntuación total media de 10,375 (5,883 DE) mínima de 0 y máxima de 25.

En cuanto a los sumatorios parciales, la media para los items 1-9 (*"Circunstancias relacionadas con la tentativa de suicidio"*) fue 4,611 (3,019 DE), mínima de 0 y máxima de 14. Para los items 10-15 (*"Valoración propia del paciente"*), la media fue 5,736 (3,306 DE), con una puntuación mínima de 0 y máxima de 11.

Posteriormente se pasó a analizar el sumatorio individual para cada item. Tan solo cinco items obtuvieron un sumatorio total superior al 50% del máximo posible (Tabla 3), de los cuales, salvo el item 3 (*"Precauciones ante la posible ayuda o a ser descubierto"*), todos los demás pertenecían a la parte autoevaluativa de la escala. Todos los 10 items restantes obtuvieron un sumatorio total inferior al 50% del máximo posible, cabe incluso destacar que tres de ellos no llegaron a obtener ni un 15% de dicho sumatorio (Tabla 4), los tres pertenecían a la primera parte de la escala (*"Circunstancias relacionadas con la tentativa de suicidio"*).

Intencionalidad - Sexo, edad

Se realizó un *t* test de las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Intencionalidad Suicida (sumato-

Tabla 4 Escala de Intencionalidad Suicida de Beck items con puntuaciones más bajas

nº 2. Cálculo del tiempo
nº 7. Nota de suicidio
nº 5. Actos finales en anticipación de la muerte

rio total y los dos sumatorios parciales) en función del sexo y de la edad (15-19 o 20-24) de los pacientes. No se pudo demostrar que existiera relación de dependencia significativa entre las variables, por lo que la Escala de Intencionalidad Suicida mostrada por los pacientes objeto del estudio no estuvo condicionada por la edad ni por el sexo de los mismos.

Intencionalidad - Diagnóstico

Se realizó un análisis de la varianza y contrastes *a posteriori* mediante la prueba de Bonferroni de comparaciones múltiples entre los diversos grupos de diagnósticos obtenidos para el eje I (DSM-III-R) y las puntuaciones medias de los sumatorios totales y parciales de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Pudo demostrarse la existencia de diferencias significativas en todas las puntuaciones medias de la escala entre los diagnósticos de Trastorno Adaptativo y Trastorno Afectivo, siendo las de éste último significativamente superiores.

El grupo de pacientes diagnosticados de Psicosis Funcional obtuvieron en el análisis de la varianza puntuaciones medias en los tres sumatorios de la escala muy semejantes a las del grupo de Trastornos Afectivos. Así la puntuación total media fue para este grupo de 12,400 (4,505 DE) y para el de Trastornos Afectivos de 13,071 (5,636 DE). A pesar de esta semejanza, tras realizar los contrastes *a posteriori* con la prueba de Bonferroni de comparaciones múltiples, el grupo de Psicosis Funcionales no fue seleccionado por mostrar diferencias con otros grupos, tal vez debido al escaso número de pacientes que lo formaban posiblemente insuficiente para conformar un grupo con adecuado peso estadístico.

En cuanto al estudio de los diagnósticos correspondientes al eje II (Tabla 3) en relación con el grado de Intencionalidad Suicida, se aplicó un *t* test entre las puntuaciones medias obtenidas en la escala (puntuación total media y puntuaciones medias de los sumato-

rios parciales) de aquellos pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad comparando con los que no recibieron ningún diagnóstico en este eje. Para este análisis se prescindió de los dos casos de Retraso Mental por la poca representatividad y peso estadístico que estos dos únicos casos podrían dar. Se constató tan sólo una tendencia ($p=0,058$) hacia la diferencia significativa entre los dos grupos en la parte autoevaluativa de la escala, mostrándose en este apartado los Trastornos de la Personalidad con un mayor grado de Intencionalidad Suicida. En cuanto a los resultados referidos a la puntuación total media y puntuación parcial media de la primera parte de la escala no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Por lo tanto, el diagnóstico de Trastorno Afectivo en pacientes que han realizado una TS es el que condiciona una Intencionalidad Suicida mayor.

Intencionalidad - TS previas

Se realizó un *t* test entre las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (puntuación total media y puntuaciones medias de los sumatorios parciales) de aquellos pacientes con TS previas comparando con los que no habían realizado ningún intento autolítico previo. Los resultados no revelaron diferencias significativas entre ambos grupos, por lo tanto, no existía diferencia en el grado de Intencionalidad en la TS a estudio entre los pacientes que habían realizado intentos autolíticos previos y los que no poseían este antecedente.

Intencionalidad - Letalidad

Para este análisis estadístico la variable Letalidad fue reagrupada, pasando así de las cuatro categorías en que se había graduado a dos: "Baja letalidad" (correspondiente al apartado de "Estancia en Urgencia hasta 24 h.") y "No baja letalidad" (para los restantes apartados). La razón de este reagrupamiento fue el escaso número de casos que presentaban las categorías: "Estancia en urgencia superior a 24 h", "Hospitalización médica" e "Ingreso en UCI"; número insuficiente para poder realizar el estudio estadístico.

Se aplicó un *t* test para analizar las diferencias en las puntuaciones medias (total y parciales) de la escala de Beck entre los grupos de baja y no baja letalidad. Tan sólo se pudieron constatar diferencias significativas

entre ambos grupos en la puntuación media de la parte autoevaluativa de la escala. Así, los pacientes con baja letalidad mostraron una menor percepción subjetiva de intención suicida. Con respecto a la puntuación media total de la escala los dos grupos mostraron una tendencia hacia la diferencia significativa ($p=0,09$), siendo superior la puntuación obtenida por el grupo de no baja letalidad.

DISCUSIÓN

El estudio de Intencionalidad Suicida aplicando la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck en nuestra muestra de adolescentes y jóvenes adultos reveló una puntuación total media de 10,375 (5,883 DE), similar a la obtenida por Casey⁽¹¹⁾ de 11,1 (5,7 DE) aplicando dicha escala a una muestra de parasuicidios de edades superiores a los 18 años. Sin embargo, de Wilde y cols.⁽¹⁴⁾ obtuvieron con la misma escala una puntuación total media de 6,8 en un estudio de TS en adolescentes.

También las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las dos partes de la escala son semejantes a las descritas por otros autores.

Así en "Circunstancias relacionadas con la tentativa de suicidio" se obtuvo una puntuación media de 4,611 (3,019 DE), similar a la referida por Brent y cols.⁽¹⁾ de 4,7 (3,2 DE) en un estudio de adolescentes con comportamiento suicida (ideas de suicidio y fundamentalmente TS). Resultados semejantes describen otros autores para TS en adultos: Casey⁽¹¹⁾ obtiene una media de 4,1 (2,7 DE) y Beck y cols.⁽⁶⁾ de 6,2.

En "Valoración propia del paciente" la media obtenida fue 5,736 (3,306 DE), semejante a la que obtiene Casey⁽¹¹⁾ de 7,0 (3,8 DE).

Cabe destacar que los items más puntuados corresponden mayoritariamente a la parte autoevaluativa de la escala, lo cual está en concordancia con que sea la puntuación media de esta parte superior a la de la primera.

Vemos cómo los resultados reflejan una Intencionalidad Suicida no elevada, como es habitual en las TS. Además cabe destacar cómo son los items autoevaluativos aquellos que añaden una mayor puntuación, reflejando con ello una disparidad que es habitual en estos casos: el paciente refiere una intención y deseos suicidas superiores a los que por el análisis de las circunstancias en relación con la TS tanto el clínico que evalúa la

50 situación como los propios familiares del paciente advierten.

La Intencionalidad Suicida en las tentativas de suicidio vemos que no dependen ni del sexo ni de la edad. Autores como Kotila y Lönnqvist⁽⁸⁾, Power y cols.⁽⁹⁾ y Kotila⁽⁷⁾ llegan a la misma conclusión.

La estrecha relación entre el diagnóstico clínico y el grado de Intencionalidad de una TS ha sido puesto de manifiesto una vez más en este estudio. Hemos observado cómo los adolescentes y jóvenes adultos afectados de un Trastorno Afectivo con estado de ánimo deprimido en el momento de realizar un intento de suicidio muestran una Intencionalidad Suicida superior a los que sufren otro tipo de padecimiento. Resultado semejante describe Pfeffer⁽¹⁰⁾, quien señala la asociación existente entre la severidad de la Intencionalidad Suicida y el diagnóstico de depresión. Otros autores como Rubenstein y cols.⁽¹²⁾ y Trautman y Shaffer⁽¹³⁾ destacan a la depresión como uno de los factores de riesgo más importantes de comportamiento suicida en la adolescencia.

Otros trastornos psiquiátricos también han mostrado tener relación con el grado de intencionalidad en TS en jóvenes. Kotila⁽⁷⁾ en un amplio estudio sobre intentos de suicidio en pacientes de 15 a 24 años obtiene una estrecha relación de dependencia significativa entre la gravedad de la Intencionalidad Suicida y el diagnóstico de Psicosis. En nuestro trabajo no hemos hallado dicha relación debido quizás al escaso número de pacientes que recibieron ese diagnóstico (cinco casos), insuficiente para poder conformar un grupo con adecuado peso estadístico. No obstante, cabe reseñar que las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck por estos cinco pacientes fueron muy semejantes a las obtenidas por el grupo de Trastornos afectivos.

En relación al diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, nosotros, al igual que autores como Casey⁽¹¹⁾, no hallamos asociación con la Intencionalidad Suicida. Sin embargo, cabe destacar la tendencia hacia una relación de dependencia significativa entre ambas variables únicamente en la parte autoevaluativa de la escala, indicando ello una tendencia a una mayor percepción subjetiva de intención suicida en los pacientes afectados de este tipo de patología.

En nuestro estudio no hemos constatado la existencia de relación de dependencia entre el antecedente de TS previas y el grado de Intencionalidad Suicida de la

tentativa a estudio, a pesar de que en principio pudiera pensarse que dicha relación existiera. No hemos hallado tampoco referencias en la literatura a este respecto.

La Letalidad y la Intencionalidad Suicida mantienen, según los resultados de nuestro estudio, una relación de dependencia significativa únicamente en lo correspondiente a la parte autoevaluativa de la escala ("Valoración propia del paciente"). Así, los adolescentes y jóvenes adultos que realizan una TS con un grado bajo de letalidad presentan una menor percepción subjetiva de intención suicida que aquellos que presentan una letalidad de mayor gravedad.

La tendencia que hemos observado hacia una diferencia significativa entre los dos grupos (baja y no baja letalidad) en la puntuación total media de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, pensamos que refleja la combinación entre un resultado en la segunda parte de la escala que expresa la diferencia entre los dos grupos y otro resultado opuesto en la primera parte de dicha escala en el que no se observa diferencia significativa alguna entre ambos grupos.

Sin embargo, otros autores utilizando también la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, obtienen resultados en los que se demuestra que la relación entre las variables no sólo en la parte autoevaluativa de la escala, sino también en la parte más objetiva de "Circunstancias en relación con la TS" y, por lo tanto, en la puntuación total. Así Brent y cols.⁽¹⁾ en una investigación en la que comparan la puntuación media obtenida en la primera parte de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck por un grupo de adolescentes que han fallecido por suicidio y otro grupo control de adolescentes que han realizado otro tipo de comportamiento suicida (ideas de suicidio y con mayor frecuencia TS), obtienen puntuaciones medias en el primer grupo superiores al doble de las que obtienen para el grupo control. Otros autores como Beck y cols.⁽⁶⁾ y Power y cols.⁽⁹⁾ en estudios que realizan sobre TS en población adulta también obtienen resultados que confirman la relación entre Letalidad e Intencionalidad.

CONCLUSIONES

Los adolescentes y jóvenes adultos que realizan una tentativa de suicidio presentan un grado de Intencionalidad Suicida no elevado, según su medición por la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Dicha inten-

cionalidad es de mayor gravedad según la opinión subjetiva del paciente que bajo el criterio que establece el clínico en función del análisis de las circunstancias relacionadas con la TS.

El grado de Intencionalidad Suicida en TS de jóvenes de 15 a 24 años no depende del sexo ni de la edad.

Los adolescentes y jóvenes que han realizado TS previas no presentan en la TS a estudio un grado de

Intencionalidad Suicida diferente a los que carecen de dicho antecedente. **51**

El diagnóstico de Trastorno Afectivo es el factor que se relaciona con una mayor Intencionalidad Suicida.

Los adolescentes y jóvenes adultos que realizan un TS con un grado bajo de letalidad presentan una menor percepción subjetiva de Intencionalidad Suicida que aquellos que presentan una letalidad de mayor gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims With Suicidal Inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;**45**:581-588.
- 2 Harrington RC, Dyer E. Suicide and attempted suicide in adolescence. *Current Opinion in Psychiatry* 1993;**6**:467-469.
- 3 Davidson F, Philippe A. *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique*. Paris: Les Editions ISERM, 1986.
- 4 Mardomingo MJ, Catalina ML. Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿un problema en aumento? *Pediatrika* 1992;**12**:118-121.
- 5 Rodríguez Pulido F, De las Cuevas Castresana C, Henry Benítez M, Morilla Cantero J, Frugoni Perdomo A, Álamo V, González de Rivera JL. Variables socio-demográficas y psiquiátricas de las tentativas de suicidio atendidas en un hospital general. *Psiquis* 1989;**10**(8):293-299.
- 6 Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of Suicidal Intent Scales. En: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ. eds. *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press, Publishers, 1986:45-56.
- 7 Kotila L. Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1988;**79**:436-443.
- 8 Kotila L, Lönnqvist J. Adolescent suicide attempts: Sex differences predicting suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1988;**77**:264-270.
- 9 Power KG, Cooke DJ, Brooks DN. Life Stress, Medical Lethality, and Suicidal Intent. *Br J Psychiatry* 1985;**147**:655-659.
- 10 Pfeffer C. Attempted Suicide in Children and Adolescents: Causes and Management. En: Lewis M. ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams y Wilkins 1991:664-672.
- 11 Casey PR. Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatr Scand* 1989;**79**:290-295.
- 12 Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in "normal" adolescents: risk and protective factors. *Amer J Orthopsychiat* 1989;**59**(1):59-71.
- 13 Trautman PD, Shaffer D. Treatment of child and adolescent suicide attempters. En: Sudack HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston Bristol London: John Wright-PSG Inc, 1984:307-324.
- 14 De Wilde EJ, Kienhorts ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG. The specificity of Psychological Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1993;**32**(1):51-59.

M. Corral
S. Rodríguez Holguín
F. Cadaveira

Vulnerabilidad al alcoholismo en hijas de alcohólicos

Departamento de Psicología Clínica e Psicobiología.
Universidade de Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela. A Coruña.

Alcoholics daughters and vulnerability to alcoholism

Correspondencia:

M. Corral Varela.
Facultade de Psicología. Dpto. de Psicología Clínica e Psicobiología.
Universidade de Santiago de Compostela.
Campus Universitario Sur.
Santiago de Compostela, 15706. A Coruña

RESUMEN

En la última década se ha producido un preocupante incremento del alcoholismo femenino, unido a un comienzo más precoz del trastorno. Sin embargo, las investigaciones de alto riesgo, destinadas a buscar marcadores genéticos de vulnerabilidad en hijas de alcohólicos, apenas han contado con población femenina. Esto se debe a la aceptación por parte de los investigadores de los resultados de los primeros estudios de epidemiología genética y de la clasificación de Cloninger, que daban menor importancia a los factores genéticos en el desarrollo del alcoholismo femenino. Una revisión de los estudios más recientes apunta, sin embargo, a la existencia de similitudes entre ambos sexos en cuanto a factores de vulnerabilidad neuropsicológicos y psicofisiológicos para el desarrollo de este trastorno. En consecuencia, no se deberán excluir muestras femeninas en los estudios destinados a identificar marcadores de riesgo al alcoholismo.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo; Vulnerabilidad; Mujeres; Marcadores psicofisiológicos y neuropsicológicos.

ABSTRACT

In the last decade a significant increase in female alcoholism has emerged, together with an earlier onset of the disease. However, high risk studies directed to the identification of genetic markers in children of alcoholics hardly include women as sample. This is because researchers generally accepted the results of the first studies on genetic epidemiology and Cloninger's classification of alcoholism, which give less importance to genetic factors in the development of female alcoholism. However, our review of the most recent studies points to the presence of similarities between both sexes with respect to neuropsychological and psychophysiological factors of vulnerability for the development of the disease. Therefore, female samples should not be excluded from the studies directed to the identification of risk markers of alcoholism.

KEY WORDS

Alcoholism; Vulnerability; Female; Psychophysiological and neuropsychological markers.

INTRODUCCIÓN

La investigación de alto riesgo tiene como objetivo descubrir marcadores de riesgo al alcoholismo que permitan identificar a aquellos individuos más vulnerables a desarrollar el trastorno. Siguiendo a Iacono^(1,2), el objetivo fundamental es hallar marcadores genéticos de riesgo, partiendo de la importancia que los factores genéticos han demostrado tener en la etiología del alcoholismo.

El alcoholismo se ha asociado tradicionalmente al sexo masculino y a la edad adulta. Sin embargo los estudios epidemiológicos indican que la edad de comienzo es cada vez más temprana y la proporción varón/mujer cada vez menor⁽³⁾. Así, nos encontramos que en España hay unos cuatro millones de alcohólicos, de los que entre 600.000 y 700.000 son mujeres. A pesar de estos datos, la mayor parte de la investigación de alto riesgo al alcoholismo, especialmente los estudios sobre marcadores de riesgo, se ha centrado casi exclusivamente en niños varones. Las niñas se han visto excluidas de estos estudios por dos razones fundamentales:

- Aceptación de los resultados del estudio de epidemiología genética de Goodwin y cols.⁽⁴⁾, quienes señalaron que los hijos varones de alcohólicos, adoptados al nacer por familias sin problemas de alcohol, tenían hasta cuatro veces más probabilidad de desarrollar alcoholismo que los niños sin antecedentes familiares de este trastorno. Sin embargo, los autores no hallaron tales diferencias entre niñas hijas de alcohólicos y niñas sin historia familiar de alcoholismo. Esto llevó a diversos investigadores a excluirlas de los estudios de alto riesgo, al considerar que los factores genéticos no jugaban un papel importante en el desarrollo del alcoholismo femenino.

- Aceptación de la clasificación de Cloninger⁽⁵⁾. Este autor, basándose en los estudios de adopción de Estocolmo, distinguió dos subtipos de alcoholismo con diferente mediación genética: alcoholismo Tipo 1 y Tipo 2 (Tabla 1). El Tipo 1, según Cloninger, depende fundamentalmente de factores ambientales y aparece tanto en hombres como en mujeres. El Tipo 2, por el contrario, depende fundamentalmente de factores genéticos y es exclusivo de los varones, transmitiéndose de padre alcohólico varón a hijo varón. Por lo tanto, siguiendo esta clasificación, la población con mayor vulnerabilidad genética al alcoholismo serían los hijos de alcohólicos y nunca las niñas.

Tabla 1 Características de los subtipos de alcoholismo según Cloninger (1987)

<i>Características</i>	<i>Tipo 1 (milieu-limited)</i>	<i>Tipo 2 (male-limited)</i>
Patrón de alcoholismo		
- Edad de inicio	> 25	< 25
- Incapacidad para la abstinencia	infrecuente	frecuente
- Conducta antisocial	infrecuente	frecuente
Rasgos de personalidad		
- Búsqueda de novedades	bajo	alto
- Evitación del daño	alto	bajo
- Dependiente de la recompensa	alto	bajo
Transmisión	factores genéticos y ambientales	herencia de padre alcohólico varón a hijo varón
Sexo	hombres y mujeres	sólo hombres.

Sin embargo, la evidencia actual parece ir en contra de ambos argumentos. Como se pondrá de manifiesto en esta revisión, los estudios de epidemiología genética más recientes apuntan a una participación similar de los factores genéticos en ambos sexos; por otra parte, algunos autores han cuestionado la existencia de un subtipo de alcoholismo exclusivo de los varones y ha propuesto clasificaciones alternativas más acordes con los datos epidemiológicos.

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA GENÉTICA CON MUJERES

Estudios de Incidencia familiar

La primera revisión de estudios con familias de alcohólicos la realizó Cotton en 1979⁽⁶⁾ (Tabla 2). Esta autora, tras revisar 39 trabajos que comparaban la incidencia de alcoholismo en familias de alcohólicos y no alcohólicos, llegó a la conclusión de que los hombres y mujeres alcohólicos tenían seis veces más probabilidad que la población normal y dos veces más probabilidad que la población psiquiátrica de tener uno o ambos padres alcohólicos. La mayor parte de los estudios

Tabla 2 Estudios de incidencia familiar de alcoholismo en poblaciones de mujeres alcohólicas

<i>Autor</i>	<i>Resultados</i>
Cotton, 1979 (revisión de 39 estudios)	- Las mujeres alcohólicas presentan mayor incidencia de HF+ materna y paterna que los hombres alcohólicos.
McKenna y Pickens, 1981	- Las mujeres presentan 1,3 veces más alcoholismo paterno y 1,8 veces más alcoholismo materno que los hombres alcohólicos.
Pollock, Schneider, Gabrielli y Goodwin, 1987 (revisión de 32 estudios)	- Apoya la existencia de diferencias sexuales en la transmisión de alcoholismo (mayor herencia materna en las mujeres que en los hombres) y la mayor incidencia de HF+ en las mujeres alcohólicas que en los hombres alcohólicos y que la población normal.
Kosten TR, Rounsaville, Kosten TA, y Merikangas, 1991	- Las mujeres alcohólicas presentan mayor densidad de alcoholismo familiar que los hombres alcohólicos y que la población general.
Conde López, 1992	- Las mujeres alcohólicas presentan mayor densidad de alcoholismo familiar que los varones. Los antecedentes maternos presentan la mayor diferencia, con una tasa de 3:1 para las mujeres.
Moskalenko, Vanyukov, Solovyova, Ralkhamnova y Vladimirsky, 1992	- Las mujeres alcohólicas presentan mayor densidad de alcoholismo familiar que los hombres alcohólicos.

indicaban que el alcoholismo en el padre era más frecuente que el alcoholismo en la madre y que las mujeres alcohólicas presentaban mayor incidencia de alcoholismo en sus familias. Así, mientras los hombres alcohólicos presentaban un 27,7% de alcoholismo en el padre y un 5,2% de alcoholismo en la madre, las mujeres alcohólicas mostraban un 40,6% de alcoholismo paterno y un 8% de alcoholismo materno.

A partir de este estudio, muchos otros trabajos han intentado confirmar estos resultados. McKenna y Pickens⁽⁷⁾ tras una investigación con 1930 alcohólicos (410 mujeres) admitidos para desintoxicación entre 1974 y 1975, señalaron que las mujeres alcohólicas de su muestra tenían 1,8 veces más probabilidad de presentar antecedentes de alcoholismo en la madre y 1,3 veces más en el padre, que los alcohólicos varones. Así, estos autores confirman que la incidencia de alcoholismo paterno y materno es mayor entre las mujeres alcohólicas que entre los hombres.

Pollock, Schneider, Gabrielli y Goodwin⁽⁸⁾ realizaron un meta-análisis con los resultados de 32 trabajos con el fin de comprobar si el sexo de los padres interaccionaba con el sexo de los hijos en la transmisión del alcoholismo. Los resultados de su estudio indican que las mujeres y los hombres alcohólicos proceden de familias en las que el padre, más que la madre, es alcohólico. Además,

los autores señalan que las hijas de madres alcohólicas muestran mayor probabilidad de alcoholismo que la población normal, mientras que esto no ocurre en los hijos de madres alcohólicas. Estos datos podrían apuntar la existencia de una forma matrilineal de alcoholismo. Estudios posteriores^(9,10), confirmaron la existencia de una mayor densidad de alcoholismo en las familias de mujeres alcohólicas frente a varones alcohólicos. El estudio genético llevado a cabo por Moskalenko con población moscovita, encontró diferencias en la tasa de alcoholismo de los padres y hermanos de mujeres y hombres alcohólicos, siendo las tasas mayores para las mujeres.

La investigación llevada a cabo en España por Conde López⁽¹¹⁾ con 63 mujeres y 490 varones alcohólicos, obtiene resultados similares:

- Los sujetos alcohólicos presentan más antecedentes familiares de alcoholismo que la población general, siendo más frecuente el alcoholismo paterno que el materno.

- Existen diferencias significativas en la transmisión del alcoholismo en función del sexo de padre e hijos; así, las mujeres alcohólicas presentan con mayor frecuencia que los hombres alcohólicos, alcoholismo materno (11,1% vs 3,06%), mientras que el alcoholismo paterno es más frecuente en los varones,

Tabla 3 Estudios de epidemiología genética del alcoholismo con gemelas

<i>Autor</i>	<i>Resultados</i>
Pickens y cols, 1991	- Las gemelas Mz y Dz presentan diferencias de concordancia para el criterio de dependencia al alcohol.
Kendler, Heath, Neale, Kessler y Eaves, 1991	- Existen diferencias de concordancia en cuanto al alcoholismo entre gemelas Mz y Dz. - La influencia de los factores genéticos es similar entre hombres y mujeres.
McGue, Pickens y Svikis, 1992	- Los factores genéticos tienen escasa importancia en el alcoholismo femenino.
Prescott, Hewitt, Heath y cols, 1994 a Prescott, Hewitt, Truett y cols, 1994 b	- No existen diferencias sexuales en la contribución de los factores genéticos y ambientales al desarrollo del alcoholismo.

aunque la diferencia no es tan importante (39,39% *vs* 31,74%).

En síntesis, los resultados de los estudios sobre incidencia familiar de alcoholismo confirman la existencia de una mayor frecuencia del trastorno en las familias de las mujeres alcohólicas frente a la población normal. En cuanto a si este efecto es similar al encontrado en varones alcohólicos, los resultados no son definitivos pero apuntan a una mayor presencia de antecedentes maternos de alcoholismo entre las mujeres alcohólicas que entre los varones.

Estudios con gemelas

Los estudios con gemelas, que dan un paso más en el análisis de la transmisión genética del alcoholismo, se han centrado en dos aspectos: a) la concordancia de los hábitos de consumo de alcohol entre gemelos Mz y Dz y b) la concordancia del diagnóstico de alcoholismo entre gemelas Mz y Dz, hijas de padres y madres alcohólicos.

En cuanto al primer aspecto, el equipo de Heath^(12,13) examinó el efecto de los determinantes genéticos y sociales sobre la edad de comienzo de consumo de alcohol y sobre su patrón de consumo. Sus resultados indican que los gemelos, hombres y mujeres, muestran una elevada concordancia tanto en el uso o abstinencia de alcohol en la adolescencia, como en la edad de comienzo de consumo. Al comparar el papel de los factores genéticos y ambientales en función del sexo, hallaron que la edad de comienzo estaba más afectada por factores genéticos en las mujeres y por factores sociales en los hombres. La heredabilidad del patrón de consumo (frecuencia y cantidad) es mayor en las muje-

res que en los varones (66% y 42-75% respectivamente, para la frecuencia y 57% y 24-61% respectivamente para la cantidad).

En cuanto al segundo aspecto, dos estudios del grupo de Pickens McGue^(14,16) que intentaban establecer el riesgo de hombres y mujeres para los diagnósticos de abuso y dependencia del alcohol, señalaron diferencias de concordancia entre varones gemelos Mz y Dz para el criterio compuesto de abuso y/o dependencia. Sin embargo, este resultado no se mantuvo en las gemelas. En cuanto a los diagnósticos específicos, es decir diagnóstico de abuso o diagnóstico de dependencia, los hombres mostraron diferencias de concordancia tanto para el criterio de abuso como para el de dependencia. Sin embargo, las gemelas Mz y Dz sólo mostraron diferencias de concordancia para el diagnóstico de dependencia. Los autores interpretan este resultado como una prueba de la escasa importancia de los factores genéticos en el desarrollo del alcoholismo femenino. Pero estos resultados pueden tener otra interpretación. Si consideramos que la mediación genética es mayor precisamente en las formas más severas de alcoholismo, es lógico esperar que sea esta categoría (dependencia) la que muestre mayor concordancia, dado que la presión social protege a las mujeres de formas menos severas de abuso de alcohol.

En 1992, el grupo de Kendler de la Universidad de Virginia⁽¹⁶⁾ llevó a cabo una sofisticada investigación sólo con mujeres, con el objetivo de aclarar el papel de los factores genéticos en la etiología del alcoholismo femenino. Para ello seleccionó a 1.030 pares de gemelas del Virginia Twin Register y realizó diversas pruebas, entre ellas exámenes del ADN, para determinar si eran monocigóticas o dicigóticas. En cuanto al diagnóstico

Tabla 4 Principales estudios de adopción de hijas de padres biológicos alcohólicos

Autor	Resultados
Goodwin, Schulsinger, Hermansen, Guze y Winokur, 1973	- Los niños HF + tienen cuatro veces más probabilidad de llegar a ser alcohólicos que la población general, pero las niñas HF + no difieren de las HF -.
Bohman, Sigvardson y Cloninger, 1981	- Las hijas de madres alcohólicas tienen cuatro veces más la probabilidad de llegar a ser alcohólicas que niñas HF -. - Las tasas de transmisión de madre a hija son mayores que de padre a hija.
Cadoret, O'Gorman, Troughton y Heywood, 1985 Cadoret, Troughton, O'Gorman y Heywood, 1986	- Los factores genéticos que intervienen en el desarrollo del alcoholismo operan de modo similar en ambos sexos.

de alcoholismo, se estableció de acuerdo a los criterios del DSM-III-R, después de una entrevista estructurada llevada a cabo por investigadores ciegos a la patología de los sujetos. Los datos fueron sometidos a un análisis de regresión y mostraron diferencias de concordancia entre gemelas monocigóticas y dicigóticas, siendo mayor la concordancia entre las primeras. Los resultados de este estudio señalan que los factores genéticos juegan un papel considerable en la etiología del alcoholismo femenino y que su influencia es similar a la señalada para los hombres en otros estudios. Kendler establece la herencia de vulnerabilidad al alcoholismo en mujeres en un rango de 50-61% y concluye que las mujeres deben estar representadas en la investigación de susceptibilidad al alcoholismo en la misma medida que los hombres.

Las ventajas del estudio de Kendler frente a los anteriores son numerosas. La magnitud de la muestra empleada y que el que ésta procediera de la población general y no de centros de tratamiento, la comprobación, mediante análisis del ADN, del carácter monocigótico o dicigótico de los pares de gemelas, el sofisticado análisis de los datos y otras cualidades de esta investigación la convierten en referencia obligada para decidir la inclusión de mujeres en los estudios de riesgo al alcoholismo. Por último, el estudio de gemelos más recientes^(17, 18), llevado a cabo con adultos de edad avanzada (un total de 3.049 hombres y 1.070 mujeres, gemelos de edades comprendidas entre los 50 y los 96 años), tampoco ha hallado diferencias sexuales en la contribución de los factores genéticos y ambientales al desarrollo del alcoholismo. Este mismo equipo, con una muestra incrementada a 6.000 gemelos de los que 3.850 eran mujeres estiman una heredabilidad del 67%

entre gemelos Mz (0,60 para las mujeres y 0,71 para los varones)¹⁹⁾.

Estudios de adopción

Los estudios de adopción intentan determinar la contribución de la genética y del ambiente en la etiología del alcoholismo. Por lo tanto, dan un paso más respecto a los estudios de incidencia familiar y gemelos.

El estudio de adopción más mencionado en los trabajos de alcoholismo es, sin duda el de Goodwin y cols.⁽⁴⁾, que, como ya señalamos, concluía que las niñas hijas de alcohólicos tenían igual probabilidad de desarrollar alcoholismo que niñas sin antecedentes familiares del trastorno. Esta conclusión ha sido duramente criticada por algunos autores⁽²⁰⁾, por considerar que la muestra de niñas (49 y 49, con 4 y 2 alcohólicas respectivamente) era demasiado pequeña para poder realizar comparaciones.

Bohman, Cloninger, Sigvardsson y Von Knorring⁽²¹⁾, en una revisión de los resultados del estudio de adopción de Estocolmo, señalan que las niñas hijas de madres biológicas alcohólicas, adoptadas al nacer por familias sin problemas de alcohol, tenían cuatro veces más probabilidad de desarrollar alcoholismo que las niñas sin antecedentes biológicos de alcoholismo (10,3% vs 2,8%). Las tasas de transmisión de madre a hija fueron mayores que las de padre a hija (98,0% vs 3,5%), por lo que los autores concluyen que, en las mujeres, la herencia materna de alcoholismo es más importante que la paterna. Este resultado fue confirmado en un trabajo posterior⁽²²⁾. Un segundo resultado de este análisis fue que las hijas de padres alcohólicos Tipo 2 no mostraban mayor probabilidad de desarro-

llar alcoholismo que niñas sin antecedentes de alcoholismo. Dado que, según los autores, la herencia juega un papel más importante en el alcoholismo Tipo 2, concluyen que los factores genéticos no afectan al desarrollo del alcoholismo femenino. Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo en este punto. Conde López⁽¹¹⁾ y Hill y Smith⁽²⁰⁾ consideran que los resultados de este estudio más bien parecen apuntar a la importancia de la herencia en el desarrollo del alcoholismo en las hijas de alcohólicos, sino que la herencia podría estar ligada al sexo, de modo que las hijas de alcohólicas serían más vulnerables a desarrollar el trastorno que las hijas de alcohólicos, es decir que existiría un modo matrilineal de herencia.

Cadoret y cols.^(23, 24) realizaron una investigación acerca de la influencia de factores genéticos y ambientales sobre hombres y mujeres adoptados, mediante modelos "log-lineal". Las conclusiones más importantes de este trabajo son:

- Los factores ambientales contribuyen a aumentar el riesgo de sufrir alcoholismo. Los niños y niñas adoptados que crecen en hogares en los que se abusa del alcohol tienen mayor riesgo de llegar a ser alcohólicos que los niños de familias sin problemas con el alcohol.

- El modelo que mejor predice el abuso de alcohol en varones se ajusta también a las mujeres y demuestra que los factores genéticos operan de modo similar en ambos sexos.

En suma, los estudios de epidemiología genética, aunque no ofrezcan resultados definitivos, sí permiten concluir, sobre todo los estudios más sofisticados, la existencia de influencia genética en el desarrollo de alcoholismo femenino. Lo que está por dilucidar es el modo de transmisión, especialmente si existe un modo de herencia matrilineal.

CRÍTICAS A LA CLASIFICACIÓN DE CLONINGER. ESTUDIOS DE ALTO RIESGO CON NIÑAS HIJAS DE ALCOHÓLICOS

En cuanto a la segunda razón señalada para excluir a las mujeres de los estudios de riesgo, la clasificación de Cloninger, algunos autores consideran que las conclusiones extraídas de los estudios de adopción no son adecuadas y que existen explicaciones más parsimoniosas de sus resultados^(25, 26). Otros autores no han podido clasificar muestras de alcohólicos según su criterio

de clasificación (edad de comienzo del alcoholismo o rasgos de personalidad).

Según la clasificación de Cloninger, los alcohólicos Tipo 1 y Tipo 2 presentan diferentes rasgos de personalidad que son los responsables de sus patrones de respuesta al alcohol. Nixon y Parsons⁽²⁷⁾ aplicaron el Cuestionario de Personalidad Tridimensional (CPT) de Cloninger a una muestra de hombres y mujeres alcohólicas y sus controles, con el objetivo de confirmar la relación señalada por el autor. Encontraron que las puntuaciones del CPT no clasificaban a los alcohólicos en las categorías Tipo 1 y Tipo 2 y, además, no hallaron las diferencias sexuales señaladas por Cloninger.

El trabajo de Hill y Smith⁽²⁰⁾ contradice la propuesta de Cloninger acerca de un subtipo de alcoholismo exclusivo de los varones. Estos autores, en un estudio sobre la mediación genética del alcoholismo en mujeres, señalan que los datos epidemiológicos recogidos por Robins (1984) y Wilsnack (1984) (citados en Hill y Smith⁽²⁰⁾) indican claramente que existen dos tipos de mujeres alcohólicas en función de la edad de comienzo del trastorno. Un subtipo muestra el mayor nivel de consumo a la edad de 35-49 años, mientras que el otro alcanza el máximo nivel a la edad de 18-24 años. Hill y Smith sugieren que dado que el segundo tipo es menos frecuente, podría tratarse de una forma más severa de alcoholismo y con mayor mediación genética que el subtipo más tardío. Por tanto, el alcoholismo Tipo 2, condicionado genéticamente, no parece estar ligado en exclusiva a varones.

Algunos autores han propuesto clasificaciones diferentes a la de Cloninger, a partir de muestras que incluyen alcohólicos de ambos sexos. Glenn y Nixon⁽²⁸⁾ en un estudio que examinaba la adecuación de la clasificación de Cloninger a muestras de mujeres alcohólicas encontraron que existía un gran solapamiento de síntomas entre las mujeres clasificadas de acuerdo al criterio de Cloninger y que muchos sujetos no podían ser asignados a ninguna de las categorías. Ante estos resultados, realizaron una nueva clasificación pero, en este caso, el criterio utilizado no fue la edad de comienzo del alcoholismo (criterio señalado por Cloninger) sino la de comienzo del síntoma. Así, formaron dos grupos a los que denominaron ESO (*early symptom onset* o comienzo temprano del síntoma) y LSO (*late symptom onset* o comienzo tardío) (Tabla 5). Atendiendo a este criterio lograron clasificar al 71% de la muestra. Al realizar un análisis de las características de ambos grupos, observaron

58

Tabla 5 Clasificación de subtipos de alcoholismo en mujeres según Glenn y Nixon (1991)

<i>Características</i>	<i>LSO</i> (<i>late symptom onset</i>)	<i>ESO</i> (<i>early symptom onset</i>)
Edad de inicio	> 25	< 25
Nivel de educación	alta	baja
Severidad del trastorno	poco severo	muy severo
Historia familiar de alcoholismo	alta densidad en familiares de 1º grado	- alta densidad en familiares de 1º y 2º grado - alcoholismo paterno más severo
Psicopatología		
- conducta antisocial	baja	alta
- socialización	alta	baja
- nivel de ansiedad	bajo	alto
Abuso de otras drogas	tranquilizantes	drogas "duras"

Tabla 6 Clasificación de subtipos de alcoholismo según Babor y cols. (1992)

<i>Características</i>	<i>Tipo A</i>	<i>Tipo B</i>
Edad de inicio	tardío	temprano
Factores de riesgo en la infancia	infrecuente	frecuente
Severidad del trastorno	poco severo	muy severo
Problemas asociados al consumo	infrecuente	frecuente
Psicopatología	poco severa	severa
Sexo	hombres, mujeres	hombres, mujeres

que las mujeres ESO mostraban menor estabilidad laboral, una forma de alcoholismo más severa, mayor densidad de alcoholismo familiar y padres varones con un alcoholismo más severo, mayor conducta antisocial, menor socialización y mayor abuso de otras drogas que las mujeres LSO. Estas características son muy similares a las del Tipo 2 de Cloninger, por lo que estos autores concluyen que las mujeres alcohólicas podrían estar representadas en ambos tipos de alcoholismo.

En una línea similar, el grupo de Babor⁽²⁹⁾, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de formular una clasificación de tipos de alcoholismo que tuviese validez discriminativa y predictiva. Distinguió dos grupos de alcohólicos; el *Tipo A*, se caracterizó por comienzo tardío, pocos factores de riesgo en la infancia, dependencia menos severa, pocos problemas relacionados con el

alcohol y menor disfunción psicopatológica. Los alcohólicos *Tipo B*, tenían más factores de riesgo en la infancia, alcoholismo familiar, comienzo temprano de problemas relacionados con el alcohol, dependencia más severa, eran poliadictos y tenían una historia de tratamiento más crónica. La tabla 6 resume las principales características de ambos tipos de alcoholismo. Babor señala que si bien su clasificación es similar a la de Cloninger, al igual que ocurría con la tipología de Glenn y Nixon, no se encuentran diferencias sexuales entre ambos grupos.

En un reciente estudio realizado con población checa sobre los factores de riesgo al alcoholismo en mujeres, Kubicka y cols.⁽³⁰⁾ distinguieron cuatro tipos de mujeres alcohólicas, en función de su grado de dependencia al alcohol y de los problemas asociados con su abuso. El grupo caracterizado por dependencia elevada y gran número de problemas asociados estaba muy ligado a la presencia de antecedentes de alcoholismo en el padre, por lo que Kubicka sugiere que los factores genéticos podrían tener un papel importante en este grupo de mujeres alcohólicas.

En suma, los resultados de estas investigaciones han llevado a cuestionar la existencia de un subtipo de alcoholismo exclusivo de los varones y a descartar la clasificación de Cloninger como criterio de selección de muestras de alto riesgo, sustituyéndolo por otro más preciso: la *densidad de alcoholismo familiar*. Así, los estudios más recientes consideran de alto riesgo a aquel

con antecedentes familiares de alcoholismo independientemente del sexo de los padres.

Cuando se ha utilizado este criterio de clasificación en estudios de alto riesgo y se han incluido muestras de niñas, los resultados obtenidos son similares a los hallados en aquellos estudios que sólo cuentan con niños. Así, los estudios sobre marcadores psicofisiológicos de riesgo al alcoholismo y, en concreto, los trabajos con potenciales evocados, parecen indicar que las niñas hijas de alcohólicos presentan diferencias en la amplitud de P3 y N250 frente a niñas sin antecedentes familiares de alcoholismo^(31,32). Algunas de estas diferencias (onda P3) son comunes a pacientes alcohólicos abstinentes⁽³³⁾, por lo que podrían cumplir los requisitos señalados por Iacono^(1,2) para ser consideradas marcadores de riesgo al alcoholismo. Un nuevo dato, la mayor frecuencia de amplitudes menores de P3 en niñas hijas de madres alcohólicas que en niñas de padres alcohólicos, podría confirmar la existencia de una forma matrilineal de herencia del alcoholismo en las mujeres⁽³⁴⁾.

CONCLUSIONES

59

La revisión llevada a cabo nos permite concluir que actualmente ya no es posible mantener la existencia de un subtipo de alcoholismo exclusivo de los varones, ni negar la participación de factores genéticos en el desarrollo de alcoholismo en niñas hijas de padres alcohólicos. Siguiendo a Conde López⁽¹¹⁾ y a Hill⁽³⁴⁾ la cuestión ya no es si los factores genéticos participan en la etiología del alcoholismo femenino, sino qué proporción de varianza explican, en qué grado están modulados por factores personales (personalidad, comorbilidad psiquiátrica, edad, etc.) y ambientales (medio familiar, sociocultural, etc.) y el modo en que se transmite la vulnerabilidad. Por último, nos parece importante resaltar de nuevo la necesidad de incluir muestras de niñas en los estudios de riesgo al alcoholismo, especialmente en aquéllos destinados a la identificación de marcadores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Iacono WG. Psychophysiology and genetics: A key to psychopathology research. *Psychophysiology* 1983;**20**:371-383.
- 2 Iacono WG. Psychophysiology markers of psychopathology: A review. *Canadian Psychol* 1985;**26**:96-112.
- 3 Barcia D, Morcillo L, Pozo P, González M, Martínez E, Bagaños E, de Llamas A, Peñalver JA, González M. Aspectos socioculturales en el alcoholismo femenino. *Psicopatología* 1990;**10**:91-100.
- 4 Goodwin DW, Schulsinger F, Hemansen L, Guze SB, Winokur G. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Arch Gen Psychiat* 1973;**28**:238-243.
- 5 Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;**236**:410-416.
- 6 Cotton NS. The familial incidence of alcoholism: A review. *J Stud Alcohol* 1979;**40**:89-116.
- 7 McKenna T, Pickens R. Alcoholic children of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1981;**42**:1021-1029.
- 8 Pollock VE, Schneider LS, Gabrielli WF, Goodwin DW. Sex of parent and offspring in the transmission of alcoholism: A meta-analysis. *J Ner Ment Dis* 1987;**175**:669-673.
- 9 Kosten TR, Rounsaville BJ, Kosten TA, Merikangas K. Gender differences in the specificity of alcoholism transmission among the relatives of opioid addicts. *J Ner Ment Dis* 1991;**179**:392-400.
- 10 Moskalenko MD, Vanyukow MM, Solovyova AV, Rakhmanova TV, Vladimirsky MM. A genetic study of alcoholism in the Moscow population: Preliminary findings. *J Stud Alcohol* 1992;**53**:218-224.
- 11 Conde López V. Herencia y alcoholismo. *III Reunión Gallega de Psiquiatría. Jornadas Científicas*. 11-95. Excma. Diputación Provincial de Lugo, 1992.
- 12 Heath AC, Martín NG. Teenage alcohol use in the Australian twin register: genetic and social determinants of starting to drink. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;**12**:735-741.
- 13 Heath AC, Meyer J, Jardine R, Martin NG. The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample: II Determinants of consumption frequency and quantity consumed. *J Stud Alcohol* 1991;**52**:425-433.
- 14 McGue M, Pickens RW, Sviki DS. Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study. *J Abn Psychol* 1992;**101**:3-17.
- 15 Pickens RW, Sviki DS, McGue M, Lykken DT, Heston LL, Clayton PJ. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. *Arch Gen Psychiat* 1991;**48**:19-28.
- 16 Kendler SK, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ. A population-based twin study of alcoholism in women. *JAMA* 1992;**268**:1877-1882.
- 17 Prescott CA, Hewitt JK, Truett KR, Heath AC, Neale MC, Eaves LJ. Genetic and environmental influences on lifetime alcohol-related problems in a volunteer sample of older twins. *J Stud Alcohol* 1994;**55**:184-202.
- 19 Heath AC, Madden PAF, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Slutske WS, Donne MP, Statham D, Martin NG. Genetic contribution to alcoholism risk in women. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;**18**:448.

- 60
- 20 Hill SY, Smith TR. Evidence for genetic mediation of alcoholism in women. *J Subst Abuse* 1991;**3**:159-174.
 - 21 Bohman M, Cloninger RC, Sigvardson S, Von Knorring A. Steps towards a classification of alcoholism: lessons from adoption studies. En: Saitoh S, Steinglass P, Schuckit A, eds. *Alcoholism and the family*. Tokyo: Seiwa Shoten Publishers, 1989.
 - 22 Bohman M, Sigvardson S, Cloninger CR. Susceptibility to alcoholism inherited from a mother. *Digest of alcoholism theory and application* 1982;**1**:47-50.
 - 23 Cadoret RJ, O'Gorman TW, Troughton E, Heywood E. Alcoholism and antisocial personality. *Arch Gen Psychiat* 1985;**42**:161-167.
 - 24 Cadoret RJ, Troughton E, O'Gorman TW, Heywood E. An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Arch Gen Psychiat* 1986;**43**:1131-1136.
 - 25 Littrell J. The Swedish studies of the adopted children of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1988;**49**:491-499.
 - 26 Searles JS. The role of genetics in the pathogenesis of alcoholism. Special issue: Models of the addiction. *J Abn Psychol* 1988;**97**:153-167.
 - 27 Nixon SJ, Parsons OA. Application of the Tridimensional Personality Questionnaire to a population of alcoholics and other substance abusers. *Alcohol Clin Exp Res* 1990;**14**:513-517.
 - 28 Glenn SW, Nixon SJ. Applications of Cloninger's subtypes in a female alcoholic sample. *Alcohol Clin Exp Res* 1991;**15**:851-857.
 - 29 Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, Rounsaville B. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiat* 1992;**49**:599-608.
 - 30 Kubicka I, Csémy L, Kozeny J. A case-control study of risk factors of alcohol misuse in Czech women: Are there four types of female alcoholism? *Int J Addict* 1992;**27**:1105-1118.
 - 31 Hill SY, Steinhauer SR. Assessment of prepuberal and postpuberal boys and girls at risk for developing alcoholism with P300 from a visual discrimination task. *J Stud Alcohol* 1993;**54**:350-358.
 - 32 Steinhauer SR, Hill SY. Auditory Event-related potentials in children at high risk for alcoholism. *J Stud Alcohol* 1993;**54**:408-421.
 - 33 Hill SY, Steinhauer ST. Event-related potentials in women at risk for alcoholism. *Alcohol* 1994;**10**:349-354.
 - 34 Hill SY. Vulnerability to alcoholism in women: Genetic and cultural factors. En: Galanter M, ed. *Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Press (en prensa).

**COMENTARIOS PARA LA COMPRENSIÓN DE UN CASO
CON ALTERACIONES EN LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

Las dificultades en la alimentación -desde la anorexia a la bulimia- suelen estar presentes, asociadas junto con otros síntomas, en las consultas que los padres efectúan al profesional de la salud mental. En general, comer se asocia a crecer, estar sano, etc., es por ello que es una fuente importante de angustia en los padres todo lo relacionado con la alimentación. En este sentido, Winnicott⁽¹⁾, ya resaltaba la frecuencia con que se dan alteraciones en el apetito en las enfermedades psiquiátricas, subrayando que el apetito desmesurado como síntoma resulta ser una defensa contra la angustia y la depresión.

Presentamos a continuación un caso clínico de un niño de ocho años de edad que presentaba una variedad de síntomas: bajo rendimiento escolar, torpeza motora, apetito desmesurado, conducta inestable, mal manejo de los celos y dificultades de relación tanto con adultos como con iguales. A través del análisis del caso, intentamos mostrar la existencia de un trasfondo depresivo y de fuertes ansiedades que son expresadas sintomáticamente mediante un comportamiento inestable y una conducta voraz. También se destaca la comprensión psicodinámica de la estructura familiar que incide en las perturbaciones del chico.

Historia del paciente: el niño de ocho años de edad, es el mayor de dos hermanos (su hermana tiene un año y medio en el momento de la consulta). Fue un hijo deseado. La madre le dio el pecho durante dos o tres meses. Al principio, se hizo cargo de él una tía, por padecer la madre una depresión postparto. Posteriormente, el niño fue llevado a una guardería todo el día, permaneciendo el resto del día con su abuela, hasta que su madre regresa de trabajar.

Los padres lo describen de pequeño como un niño normal que dormía todo el día. Destacan que es muy patoso y propenso a los accidentes, cortándose, etc. Remarcan que de siempre ha sido muy comilón, "come más que el padre" y nunca tiene bastante, "sólo piensa en comer, es su locura". El chico presenta una estatura superior a la de su edad y se le puede considerar obeso.

La relación actual con los padres no es buena, especialmente con la madre. Según ellos les toma el pelo. Siempre están regañándole, incluso han llegado a pegarle. La madre se siente desbordada, no funcionan los castigos, ni tampoco darle todos sus caprichos. La madre no trabaja desde el nacimiento de la hermana y el padre pasa muchas horas fuera de su domicilio familiar.

Es muy despistado, se equivoca de autocar escolar. En casa es desordenado y desobediente, tira juguetes a la calle desde el balcón. Dice mentiras. Con los abuelos se repite el mismo patrón de conducta. Su relación con la hermana tampoco es

bueno, tiene muchos celos de ella. Cursa 3º de E.G.B. Tendría que haber repetido pero la maestra pensó que como el chico es de constitución física grande, esto le acomplejaría ante los demás. Se esfuerza poco. Les han dicho que tiene dislexia. Las relaciones con niños de su edad tampoco son buenas, debido a su gran complexión, sólo lo quieren para que los defienda o pegue a otros. Le gusta ir a la suya. No sabe jugar solo, solamente le gusta ensuciarse, tirarse por el suelo, mancharse con la arena.

En la primera entrevista, la madre llora, dice estar muy deprimida, y pregunta sobre la posibilidad de tratarse ella. La madre muestra preocupación y desespero pero también muchas quejas, al parecer ha tratado a su hijo de todos los medios posibles que se le han ocurrido. El padre comenta que su hijo es normal, que lo que ocurre es que es muy nervioso y no tiene hábitos de orden y que su mujer tiene muy poca paciencia. La madre le reprocha que pasa pocas horas en casa y no puede saber lo insoportable que puede ser el niño. El padre remarca que se pasa el día trabajando porque "lo primero es comer".

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En el servicio de Neurología se descartó una posible organicidad de la falta de control en el comportamiento y en la ingesta de comidas, por lo que se derivó el caso al psicólogo.

En la exploración psicológica se administró: Wisc, Bender, Patanegra, H.P.T., y Hora de juego.

Los resultados del Wisc indican una inteligencia normal media (C.I. total = 94; C.I. verbal = 96 y C.I. manipulativo = 93). Se observa que se esfuerza poco durante esta prueba y que podría haber obtenido mejores resultados. El rendimiento más bajo se da en las pruebas que requieren mayor atención y concentración. El test de Bender presenta alteraciones por conflictos emocionales. El test Patanegra detecta sentimientos de exclusión y celos muy mal manejados y miedo a ser constantemente castigado. En las situaciones en que se siente perseguido contesta siempre con agresión. El H.T.P. denota omnipotencia, necesidad de límites, imagen muy negativa de sí mismo y rasgos depresivos. En la Hora de juego muestra voracidad, agresividad oral, falta de contenido y necesidad de límites.

COMENTARIO

El caso que presentamos es el de un niño dominado por ansiedades muy intensas que son expresadas sintomáticamente a través de su comportamiento inestable y de su conducta voraz. A causa de su comportamiento provocativo

62 y de la respuesta inadecuada de su entorno, el niño se ha ido creando una imagen de sí mismo como "malo" y culpable, que nos haría pensar en un trastorno depresivo. Su bajo rendimiento en tareas de atención y concentración no son debidos a su déficit cognitivo sino a estímulos internos perturbadores que interfieren su ejecución intelectual.

En las sesiones diagnósticas, se detectó además una gran voracidad (cuya traducción directa externa es su gran apetito, pero no la única) y también una fuerte agresividad. A partir de este síntoma y aproximándonos más al funcionamiento psicológico de este tipo de niño estamos de acuerdo con Kreisler y cols.⁽²⁾ en que la psicología del niño obeso es inseparable de su entorno, ya que es en él donde el niño adquiere hábitos bulímicos. Generalmente, la causa de que una madre, o quien cumple las funciones maternas, siempre responde con comida ante las necesidades de su bebé la encontramos en su propia personalidad, en su patología. La alimentación es la primera forma de comunicación -y por tanto de relación- entre la madre y el recién nacido. Sería, por tanto, en esta relación donde se daría el fracaso que conllevaría a satisfacer inmediatamente cualquier deseo del niño mediante la alimentación. En esta misma línea se encuentra la hipótesis de Bruch⁽³⁾, según la cual el origen de algunas obesidades se halla en una falta de aprendizaje de la sensación del hambre en la primera infancia, y las hipótesis de los trabajos experimentalistas de Schachter⁽⁴⁾. Pensamos que una "madre" con estas características se sentirá seguramente demasiado identificada con el bebé que llora, siendo entonces sus propios aspectos infantiles los que han de ser inmediatamente satisfechos. En términos de Bion⁽⁵⁾, diríamos que esta madre no posee capacidad de "réverie", es decir de hacerse cargo de la diferentes necesidades y deseos de su bebé y poder obrar en consecuencia. En este sentido, nos parece fundamental el hecho de que la madre sufriera una depresión post-parto, ya que una madre deprimida sin duda no presenta la receptividad idónea hacia las necesidades de su bebé. Por lo tanto, un bebé con una madre de estas características, no sabrá cuándo tiene necesidad de comer o de afecto, etc. En estos casos, la necesidad afectiva, según señala Jeammet⁽⁶⁾, puede quedar ubicada en la comida y transformarse en deseo alimentario. El niño encon-

traré en la comida la solución -aparente- a todas sus necesidades pero, precisamente porque es sólo una solución aparente, se verá impulsado a comer sin que se sienta nunca saciado. A un nivel más inconsciente, Riviere⁽⁷⁾ considera que las cosas que anhelamos nos sirven como garantía contra el temor de hallarnos internamente vacíos. También nos parece interesante la aportación de Winnicott⁽¹⁾ de la analogía que supone para el niño pequeño la palabra interior con el vientre.

En el caso expuesto vemos como cualquier demanda del niño es satisfecha por los padres dando comida o cosas materiales. Esto queda patente cuando el chico durante una sesión del tratamiento explica que con frecuencia se despierta lleno de miedo durante la noche, en estas ocasiones llama a los padres, éstos le dan agua y lo mandan otra vez a la cama, pero a él con el agua -nos cuenta- no se le va el miedo.

En cuanto a la estructura familiar, la figura del padre de niños obesos ha sido descrito por Brich⁽³⁾, como distante, que interviene poco. La madre, en cambio, suele ocuparse del hijo dejándose dominar por concepciones acerca de un niño perfecto y una educación perfecta, en detrimento de una atención dirigida al niño tal y como es. En nuestro caso, se cumplen ambas descripciones.

Jeammet⁽⁶⁾ señala que la forma de relacionarse de estos sujetos con la comida se generaliza también a otras áreas. Para ilustrar esto transcribimos un fragmento de sesión de tratamiento: "el chico llega a la sesión, coge todos los folios en blanco que se le han ofrecido y en un momento los garabatea, de forma que a los cinco minutos ya se ha "comido" todos los folios y ya está pidiendo más. Observamos como este "devorar" sea comida, folios u otras cosas, está al servicio de apaciguar ansiedades y llenar vacíos. Pensamos que solamente si el psicoterapeuta es capaz de contener estas ansiedades y de devolverlas más elaboradas, haciendo uso de su propia capacidad de "réverie", es decir, ubicándolas en su auténtico significado emocional, podrá ayudar al niño.

G. Callicó Cantalejo

E. Requena Varón

Universitat de Barcelona

Dept. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Winnicott D. *Apetito y trastorno emocional. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1979.
- 2 Kreisler L, Fain M, Soule M. *L'enfant et son corps: études sur la clinique psychosomatique du premier age*. París: Press Universitaires, 1981.
- 3 Bruch H. *Les yeux et le ventre*. Payor, París, 1975.
- 4 Schachter S. Some extraordinary facts about obese human and rats. *Amer Psychol* 1971;126:129-144.
- 5 Bion W. *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- 6 Jeammet Ph. *Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia: Anorexia y bulimia. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia infantil* 1989;8.
- 7 Riviere J. Amor, odio y reparación. En: Klein M: *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Horme, 1980.

TRATAMIENTO TÓPICO, CON ÁCIDO ESCUÁRICO DIBUTILÉSTER, DE LA ALOPECIA AREATA INFANTIL

Es usual que distintas especialidades afronten una misma patología con distintos enfoques y tratamientos, y es inusual un abordaje integrador. Abordaje integrador que, quizás, tanto más con el predominante modelo biopsicosocial en la psiquiatría actual⁽¹⁾, debería caracterizar la práctica clínica. En este sentido, este lector ha recogido el trabajo de Orecchia y colaboradores, de la Clínica Dermatológica de la Universidad de Pavia, Italia⁽²⁾ en que presentan los resultados del estudio de la efectividad y conveniencia del tratamiento tópico con ácido escuárico dibutiléster (AED) en el tratamiento de formas severas de alopecia areata en niños con trastorno psicológico severo y resistentes a otros tratamientos.

La alopecia areata es la segunda causa más común de caída de pelo en la infancia, después de la tiña capitis. Desde que la alopecia areata presenta una frecuente asociación con atopía y tiene una temprana presentación comporta, habitualmente, un pobre pronóstico.

Los sensibilizadores tópicos han supuesto más esperanzas para la recuperación de la alopecia areata, aunque sus índices de éxito son variados. Su aplicación está limitada por la irritación que, sin embargo, algunos autores consideran un prerrequisito para ser eficaz. El ácido escuárico dibutiléster (AED) y el difenciprono son preferidos, en los últimos años, al dinitroclorobenceno por ser mutagénico este último. El ácido escuárico dibutiléster (AED) es usado actualmente en Europa para tratar la alopecia areata en adultos.

La muestra estaba constituida por 38 pacientes (12 chicos y 16 chicas) de 5 a 13 años, afectos de alopecia areata extensa y de larga duración (entre 2 y 5 años), resistente a otros tratamientos y afectos de un distrés psicológico severo. Todos tenían una historia familiar de alopecia areata.

La sensibilización fue inducida con ácido escuárico dibutiléster (AED) al 2% en acetona aplicado a una pequeña área de la cabellera (de alrededor de 50 cm) para evitar reacciones bullosas y eczemas agudos recurrentes. Después de dos semanas se probaron diferentes concentraciones de ácido escuárico dibutiléster (AED) en la cabellera para encontrar la dosis personal de cada niño que produjera el mínimo eritema sin malestar. Las dosis iniciales fueron normalmente tan bajas como 0,0001% a 0,001% para minimizar los efectos a largo plazo. Las aplicaciones fueron realizadas semanalmente durante 12 meses. Se administró a cada paciente una crema o una loción con un potente esteroide tópico (propionato de clobetasol) y un antihistamínico para tomar sólo en caso de una excesiva irritación.

Resultados. Nueve pacientes (32,1%) consiguieron un recrecimiento completo o aceptable cosméticamente y otros seis (21,4%) tuvieron un significativo recrecimiento. Fue pobre en 9 (21,4%) y no existió en 4 (14,2%).

Los efectos secundarios fueron mínimos, debido a las bajas concentraciones del fármaco y a la forma de aplicación. Una linfadenopatía local se presentó en casi todos los sujetos y considerada como un signo favorable.

No encontrando ninguna correlación entre respuesta y sexo, edad de inicio de la enfermedad, extensión, duración, o tipo clínico.

En 14 pacientes que siguieron el tratamiento tópico con ácido escuárico dibutiléster (AED) durante un periodo entre 18 meses y 8 años permaneció la eficacia para las recaídas también.

Concluyendo así que el tratamiento tópico con ácido escuárico dibutiléster (AED) es un tratamiento válido e indicado para niños, particularmente aquellos que son resistentes a las terapias habituales.

TRATAMIENTO CON FLUOXETINA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

Birmaher y cols.⁽³⁾ presentan los resultados del primer estudio publicado de la utilización de fluoxetina en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad: estudio abierto en niños afectos de Trastorno de ansiedad excesiva, Trastorno de ansiedad de separación y fobia social.

Los trastornos de ansiedad están entre las formas de psicopatología más prevalentes en los niños, en los adolescentes y los adultos. Estos trastornos están a menudo asociados con problemas familiares, escolares y familiares, molestias físicas, baja autoestima, depresión, abuso de sustancias, y continuados con trastornos de ansiedad y problemas adaptativos en la adultez.

Con la excepción del Trastorno obsesivo-compulsivo, son escasos los datos apoyando la eficacia de la psicoterapia farmacológica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Algunos trabajos han estudiado los tricíclicos: la imipramina, y la clomipramina. Otros han sugerido que las benzodiazepinas podían jugar un papel en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia. Aplicación que, a cause del riesgo de abuso y los potenciales efectos secundarios cognoscitivos, permanece en controversia.

De aquí el interés de este trabajo sobre el uso de la fluoxetina, un bicíclico, inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina.

Fueron

xcluidos los

casos con Trastorno depresivo mayor, Trastorno obsesivo-compulsivo o Trastorno de pánico, así como los que presentaban antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias o psicosis.

64 La muestra estaba formada por 21 niños y adolescentes. La edad media, al inicio, era de 14 años (rango: de 11 a 17 años), siendo 11 los varones y 10 las niñas.

La dosis media fue de 25,7 mg/d, con la siguiente distribución: un paciente recibió 10 mg/d, 15 recibieron 20 mg/d, un paciente 30 mg/d, dos recibieron 40 mg/d, y dos pacientes 60 mg/d. El tiempo medio de tratamiento fue de 10 meses (rango: de 1 a 31 meses).

Resultados. El 95% de los pacientes (n= 20) mostraron alguna mejoría en la ansiedad, el 81% (n= 17) mostraron alguna mejoría de moderada a marcada. En general, la mejoría empezaba después de 6 a 8 semanas de tratamiento con fluoxetina. Ninguno mostró empeoramiento en su clínica. No siendo significativo la edad, sexo, severidad de la enfermedad, duración del tratamiento o efecto dosis.

No se presentaron efectos secundarios significativos. Ninguno experimentó agitación, síntomas de manía/hipomanía o ideación suicida. Los pacientes se quejaron de los siguientes efectos secundarios: cefalea leve (n= 1), náusea (n= 3), insomnio (n= 3), anorexia (n= 1) y gastralgia (n= 1).

En resumen: los resultados de esta publicación sugieren que la fluoxetina puede ser un eficaz y seguro tratamiento para niños y adolescentes no deprimidos con un Trastorno de ansiedad distinto al Trastorno obsesivo-compulsivo y al Trastorno de pánico.

TRATAMIENTO DEL MUTISMO ELECTIVO CON FLUOXETINA

En este trabajo Blaci y Udhe⁽⁴⁾ estudian la eficacia del tratamiento con fluoxetina en un estudio placebo-control, doble ciego. Autores que anteriormente publicaron un caso clínico

de mutismo electivo tratado con fluoxetina⁽⁵⁾, y habían revisado el tema sugiriendo que podía ser una variante de la fobia social⁽⁶⁾.

Dieciséis pacientes con mutismo electivo fueron tratados con placebo, a ciego simple, durante dos semanas. Quince pacientes, que no respondieron al placebo, fueron asignados al azar a un tratamiento doble ciego con fluoxetina a una dosis de 0,6 mg/Kg/d (n= 6) o continuaron con el placebo (n= 9) durante otras 12 semanas. Las valoraciones de resultados fueron completadas por los psiquiatras tratantes, los padres y los profesores.

Resultados. Fueron demostradas mejoras significativas, a lo largo del tiempo, en las valoraciones del mutismo electivo, ansiedad y ansiedad social valoradas por los clínicos, padres y profesores en los sujetos tratados con fluoxetina y en los tratados con placebo. Los sujetos tratados con fluoxetina mejoraron significativamente más que los tratados con placebo en las valoraciones parentales de cambio en el mutismo y cambio global. Las valoraciones de los clínicos y de los profesores no revelaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Aunque mejoraron, la mayoría de los sujetos de ambos grupos de tratamiento permanecieron bastante sintomáticos al final del estudio. Los efectos secundarios fueron mínimos.

Considerando que la fluoxetina puede ser beneficiosa y segura en el tratamiento de niños con mutismo electivo. Pudiendo producir unos periodos más largos de tratamiento unos más sustanciales beneficios terapéuticos. Finalizando con la indicación de la conveniencia de otros estudios adicionales.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129.
- 2 Orecchia G, malagoli P, Santagostino L. Treatment of severe alopecia areata with squaric acid dibutylester in pediatric patients. *Pediatric Dermatology* 1994;11:65-68.
- 3 Bismaher B, Waterman S, Ryan N, Cully M, Balach L, Ingram J, Brodsky M. Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:993-999.
- 4 Black B, Udhe TW. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1000-1006.
- 5 Black B, Udhe TW, Tancer ME. Fluoxetine for the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1992;14:293-295.
- 6 Black B, Udhe TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1090-1094.

CÓMO ESCRIBIR Y PUBLICAR TRABAJOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Edward J. Huth

Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1992
Rústica, 262 páginas

Escribir siempre es laborioso si se desea hacerlo bien, pero la satisfacción final por el resultado conseguido es patente si se sigue el enfoque adecuado.

El autor expone en sus 19 capítulos y en cuatro prácticos apéndices todas las fases de la redacción y publicación de un artículo en Ciencias de la Salud: su concepción, redacción y revisión.

La misma secuencia de los capítulos se asemeja a un programa de sesiones de enseñanza.

Las normas de estilo utilizadas en esta obra son las especificadas en *Medical style and format: an international guide authors, editors and publishers*, y los requerimientos para las referencias bibliográficas son los especificados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

El libro es una guía práctica que ofrece gran cantidad de consejos con los que se pueden desarrollar habilidades en la redacción de artículos científicos, encontrando soluciones prácticas a problemas que siempre surgen en la elaboración de las mismas, razonando el motivo de las normas y consejos.

El Dr. Huth tiene una dilatada trayectoria profesional como Editor de *Annals of Internal Medicine* y ha desempeñado importantes funciones en organismos internacionales como presidente del "Council of Biology Editors", presidente de la "American Medical Writers Association", consultor de la Unesco y miembro fundador del "International Committee of Medical Journals Editors".

J.E. de la Fuente

DIAGNOSTIC STRUCTUREL CHEZ L'ENFANT

F. Palacio-Espasa, R. Dufour

Collection Medicine et Psychotherapie. Masson éditeur, Paris, 1994
Rústica, 208 páginas

En el niño pequeño, en el que la organización de la personalidad y la noción de patogenia se ensamblan frecuentemente, el diagnóstico clínico no cuadra siempre con las grandes entidades: neurosis y psicosis. En verdad, un número de casos se encuentran en el amplio grupo de los estados límites o "borderline".

El recurrir a criterios de orden clínico-dinámicos permite hacer reagrupamientos bien individualizados. Esta obra propone esta aproximación diagnóstica dinámico-estructural de la psicopatología infantil comparándola a los criterios de la clasificación francesa y de la DSM III R. La importancia otorgada a la conflictividad depresiva permite el reconsiderar las grandes categorías clásicas (neurosis, depresión y estados límites) en el niño y darle una aproximación dinámico-estructural, proponiendo estructuras intermedias entre las de tipo neuróticas y los estados límites: las organizaciones "paraneuróticas" y las organizaciones "paradepresivas". Ejemplos clínicos detallados, analizados con la ayuda de un entramado diagnóstico clínico-dinámico, apoyan e ilustran estas propuestas.

Basándose en una experiencia clínica cotidiana, este trabajo demuestra la necesidad de un "repérage" estricto de la organización psíquica del niño a pesar del contexto evolutivo característico de esta etapa.

Editado en lengua francesa, su lectura es interesante para los psiquiatras, paidopsiquiatras, psicólogos clínicos y todo el conjunto de profesionales de los equipos de salud mental infantil a los que concierne la puesta en marcha psicológica de los niños.

66

PRIMERAS JORNADAS NACIONALES DE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA. ORÍGENES Y FUNDAMENTOS DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sección de Historia de la Psiquiatría). Secretaría: Camino de Rubín, s/n 33011. Oviedo. Telf. (98) 511-18-21 Fax: (98) 511-15-18.

Oviedo, del 30 de marzo al 1 de abril de 1995

XXVIII JORNADES D'INTERÉS PSIQUIÀTRIC: "LOS NUEVOS CRÓNICOS EN PSIQUIATRÍA"

Secretaría e información: Dr. A. Labad Alquézar. Instituto Pedro Mata. Dept. de formación. Tel. 977 - 31 00 66. Reus (Tarragona), del 10 al 12 de abril de 1995

I CONGRÉS INTERNACIONAL: "LA REHABILITACIÓ PSICOSOCIAL INTEGRAL A LA COMUNITAT I AMB LA COMUNITAT"

Información: Asociación A.R.A.P.D.I.S. C/ Joan Blanques, 59; 08024 Barcelona. Tel. 93 - 210 30 74. Fax: 93 - 213 44 13. Barcelona, del 7 al 11 de mayo de 1995

V EUROPEAN CONFERENCE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT

Información: Mental Barnehelp (Mental Aid for Children). Arbinsgate 1, N-0253 Oslo, Norway. Tel. +47-22441451. Fax: +47-22440407.

Oslo (Noruega), del 13 al 16 de mayo de 1995

II JORNADA NACIONAL DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: "ASPECTOS BIOLÓGICOS EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE"

Organización: Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

Sede e información: Hospital Ramón y Cajal. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Dr. J. San Sebastián. Tel. 91-336 90 50.

Madrid, 2 de junio de 1995

IV CONGRESO MUNDIAL DE NEUROCIENCIA

Información e inscripciones: Ultramar Congress. C/ Diputación, 238-244. 08007 Barcelona. Tel: 93- 482 71 50. Fax: 93- 482 71 58. También: Viajes y Cultura. C/ General Aranz, 49. 28027 Madrid. Tel. 91- 742 66 51. Fax: 91- 320 28 51.

Kyoto (Japón), del 9 al 14 de julio de 1995

XXXVII CONGRESO INTERNACIONAL DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA

Información e inscripciones: Viajes y Cultura. C/ General Aranz, 49. 28027 Madrid. Tel. 91- 742 66 51. Fax: 91- 320 28 51.

San Diego (Estados Unidos), del 20 al 25 de agosto de 1995

X CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Información e inscripciones: Viajes y Cultura. C/ General Aranz, 49. 28027 Madrid. Tel. 91- 742 66 51. Fax: 91- 320 28 51.

Utrech (Países Bajos), del 16 al 20 de septiembre de 1995

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

**XXXIII REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

Dirección e información: Hospital Infanta Cristina. Unidad de Psiquiatría Infantil; 06080 Badajoz. Tel. 924- 21 81 00 (ext.: 18.3.20). , 924- 24 55 41. Fax: 924- 21 81 10.
Badajoz, del 12 al 13 de mayo de 1995

Programa preliminar

12 de mayo de 1995

Ponencia: Niveles plasmáticos de psicofármacos. Eficacia y efectos secundarios

- 09.30 Monitorización de niveles plasmáticos de psicofármacos
Prof. Dr. Alfonso Domínguez-Gil Hurlé
Catedrático de Farmacia Galénica. Universidad de Salamanca
- 10.00 Aspectos farmacocinéticos en la infancia y la adolescencia
Dra. María del Mar Fernández de Gatta
Departamento de Farmacia Galénica. Universidad de Salamanca
- 10.30 Aspectos clínicos de la monitorización de los niveles plasmáticos de psicofármacos
Dr. Francisco Rey Sánchez
Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital Clínico. Salamanca
- 11.00 Resumen y Discusión
- 11.30 Descanso (coffee-break)
- 12.00 Monitorización de antidepresivos en la infancia y adolescencia
Dr. José Ramón Gutiérrez Casares
Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz

- 12.30 Variabilidad en los niveles plasmáticos de neurolépticos en la infancia y adolescencia
Dr. Adrián Llerena Ruiz
Departamento de Farmacología. Universidad de Extremadura
- 13.00 Resumen y Discusión
- 13.30 Acto de Inauguración

67

Comunicaciones

- 16.30 Inicio Sesión
- 19.30 Fin de la sesión (según número de comunicaciones)

13 de mayo de 1995

Mesa redonda: Abusos sexuales en la infancia

- 10.00 Los abusos sexuales en la infancia
Dr. Mariano Velilla Picazo
Psiquiatría infantil. Hospital Clínico de Zaragoza
- 10.30 Exploración de niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales
Prof. Dra. Edelmira Doménech Llabería
Catedrática de Psicopatología. Universidad Autónoma de Barcelona
- 11.00 Manifestaciones psicopatológicas del niño víctima de abuso sexual
Prof. Dr. Jaime Rodríguez Sacristán
Catedrático de Psiquiatría Infantil. Universidad de Sevilla
- 11.30 Resumen y Discusión
- 12.00 Descanso (coffee break)
- 12.30 Repercusiones en los adultos de los abusos sexuales en la infancia
Prof. Dr. Antonio Seva Díaz
Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza
- 13.00 Aspectos judiciales de los abusos sexuales
D. Rafael Martínez de la Concha
Magistrado Juez de lo Penal. Juzgado nº 1. Badajoz
- 13.30 Resumen y Discusión
- 14.00 Clausura

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 deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para cada Sección correspondiente.

10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la Redacción al autor del trabajo, a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener tres o cuatro citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.

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

12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

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

La «Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil» se adhiere a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos publicados a Revistas Biomédicas (4ª edición). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.



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

ferring



Minurin[®] Desmopresina

Aerosol nasal 5 ml única respuesta actual y eficaz

al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

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

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

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

famix