

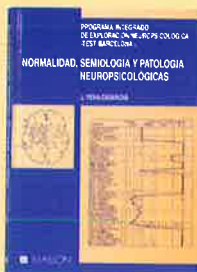
Año 1994
Nº 2

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S. A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



**PROGRAMA INTEGRADO DE EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
«TEST BARCELONA»**

**NORMALIDAD, SEMIOLOGÍA Y
PATOLOGÍA NEUROPSICOLÓGICAS**

J. PEÑA-CASANOVA

Formato 17x24 cm., 280 páginas y 44 figuras.
Encuadernado en cartóné. © 1991

- En la exploración neuropsicológica no existen recetas ni un enfoque ideal, pero, dentro de las dificultades intrínsecas de ésta, el programa propuesto representa un indudable avance para la neurología y la neuropsicología clínicas. El avance es patente si se considera que no existía nada previo similar. También significa un avance el hecho de ofrecer el estudio de una población normal representativa de nuestro medio.
- La obra constituye el elemento central del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica: además de ser una introducción teórica, expone los contenidos, la normalidad, la fiabilidad y el esquema semiológico y diagnóstico básico de los subtests incluidos.

ÍNDICE DE MATERIAS

Introducción general. Bases para un diagnóstico neuropsicológico.

1. Programa integrado de exploración neuropsicológica. Introducción general.
2. Localización de la función y evaluación neuropsicológica: aproximación neoluriana.
3. Variables del paciente y variables de la lesión en la exploración neuropsicológica.
4. Métodos de evaluación en neuropsicología. Breve panorámica general.
5. De la observación a la exploración sistematizada.
6. Valoración neuropsicológica sistemática e integrada.

Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica: objetivos, contenidos, normalización, validez.

7. Objetivos generales del programa integrado de exploración neuropsicológica - test Barcelona.
8. Análisis de resultados: proceso de normalización.
9. Aproximación al estudio de la fiabilidad y de la validez del test Barcelona.
10. Diseño y criterios de definición del perfil de normalidad.

Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas en el Test Barcelona.

11. Test Barcelona: normalidad, semiología y patología.

Aportaciones y conclusiones

12. Aportaciones generales del programa integrado de exploración neuropsicológica - test Barcelona.

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre la obra:

NORMALIDAD, SEMIOLOGÍA Y PATOLOGÍA NEUROPSICOLÓGICAS. J. Peña-Casanova

ISBN: 84-311-0570-4

PVP: 8.750 Ptas. con IVA y 8.495 Ptas. sin IVA

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso,
sin recargo alguno.

FIRMA:

Nombre y Apellidos:

Dirección: n.º

Teléfono: Población:

C.P.: Provincia:

Fecha de nacimiento: Especialidad:

012

Puede dirigirse a su librería habitual o enviar el cupón adjunto a:

EDICIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, S.A. - Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 BARCELONA



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 y suscripciones:

Editorial Garsi, S.A.
Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

Copyright 1994

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil
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

Publicidad:

Editorial Garsi, S.A.

C/ Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

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

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*

Secretario: *S. Arxé i Closa*

Vocales: *A. Agüero Juan*

M.D. Domínguez Santos

X. Gastaminza Pérez

P. León Ramos

J.L. Pedreira Massa

P. Rodríguez Ramos

C. Rubin Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

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

Secretario: *X. Gastaminza Pérez*

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.

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

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.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	Esquizofrenia de inicio en la adolescencia. Indicadores pronósticos <i>A. Agüero Juan</i>	65
Artículos originales	Importancia del medio familiar en el enfoque terapéutico y en la evolución clínica de los trastornos psicopatológicos infantiles <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón</i>	70
	Ansiedad en niños hospitalizados <i>J.L. Jiménez Hernández, A. Oteiza Motrico, P. López Peña, E. Isabel, M. Sastre</i>	74
	La depresión infantil: una revisión del tema a propósito de un caso clínico <i>G. Callicó Cantalejo, M. Domingo Bochmann, E. Requena Varón</i>	80
	Síntomas de ansiedad en alumnos de EGB <i>M.D. Forn Serrallonga, R.M. Raich Escursell</i>	87
	Factores psicopatológicos y control metabólico en niños diabéticos insulín dependientes: un estudio clínico <i>R.N. Puerto Suárez de Mendoza, F.J. Vaz Leal, M.T. Rayo Madrid, J. Moreno Vázquez</i>	96
	Evaluación de la actuación psicofarmacológica-psicoterapéutica en padres de niños oncológicos y diabéticos <i>R.M. Gómez Cabrera, M.A. Díez Sánchez, G. Llorca Ramón, A.L. Blanco González, J.L. Sánchez Rodríguez</i>	102
Artículos de revisión	Propuesta de escala integrada de valoración del autismo infantil EIVA <i>M. Trias, N. Bassas, J. Tomas</i>	107
	¿Qué sabemos de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina para su uso racional en psiquiatría infanto-juvenil? <i>P. Rodríguez-Ramos, L. Sordo Sordo</i>	125
Carta al director		138
Caso clínico		140
Reseñas terapéuticas		142
Comentario de publicaciones		144
Agenda		146

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Centro de trabajo _____ CIF _____

Suscríbame a:

☐ **REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL**
(4 números al año)
5.300 Ptas.

Impuestos y gastos de envío incluidos

☐ Mediante talón nº _____
que adjunto

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

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

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

Banco o caja

Oficina

Control

Nº cuenta (10 dígitos)

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

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:
Editorial Garsi, S. A.
Londres, 19
28029 Madrid

_____ de _____ de 199__

Precios de suscripción válidos hasta el 31 de diciembre de 1994

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Brief commentary	Early onset schizophrenia in adolescence. Prognosis indicators <i>A. Agüero Juan</i>	65
Original articles	Therapeutical approach and clinical evolution in childhood psychopathological disorders: importance of familiar environment <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón</i>	70
	Anxiety in hospitalized children <i>J.L. Jiménez Hernández, A. Oteiza Motrico, P. López Peña, E. Isabel, M. Sastre</i>	74
	Childhood depression: a revision connected to a clinical case <i>G. Callicó Cantalejo, M. Domingo Bochmann, E. Requena Varón</i>	80
	Anxiety symptoms among school-children in ordinary primary schools <i>M.D. Forns Serrallonga, R.M. Raich Escursell</i>	87
	Psychopathological factors and metabolic control in insulin-dependent children with Diabetes Mellitus: a clinical study <i>R.N. Puerto Suárez de Mendoza, F.J. Vaz Leal, M.T. Rayo Madrid, J. Moreno Vázquez</i>	96
	Evaluation of the psychofarmacological-psychotherapeutical action in parents of oncological and diabetic children <i>R.M. Gómez Cabrera, M.A. Díez Sánchez, G. Llorca Ramón, A.L. Blanco González, J.L. Sánchez Rodríguez</i>	102
Review articles	EIVA: a proposal for an integrate scale for the assessment of infantile autism <i>M. Trias, N. Bassas, J. Tomas</i>	107
	What we know about selective serotonin reuptake inhibitors for safety prescription in children and adolescents? <i>P. Rodríguez-Ramos, L. Sordo Sordo</i>	125
Letter to the editor		138
Clinical case		140
Therapeutical summary		142
Publications commentary		144
Calender		146

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

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ POBLACIÓN _____

D.P. _____ PROVINCIA _____

Solicito la inscripción en la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Si desea información, escriba a la dirección abajo mencionada o bien llame al teléfono: 926 22 72 60

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--

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

Banco o caja

Oficina

Control

Nº cuenta (10 dígitos)

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

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:

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

_____ de _____ de 199__

A. Agüero Juan

Esquizofrenia de inicio en la adolescencia. Indicadores pronósticos

Profesor titular de Psiquiatría
Jefe de Sección del Hospital Clínico Universitario
Valencia

Early onset schizophrenia in adolescence. Prognosis indicators

INTRODUCCIÓN

Werry⁽¹⁾, establece un retrato "robot", respecto a la esquizofrenia del adolescente, basándose en los criterios DSM-III-R, cifrándola en una edad de comienzo entre los 16-18 años, más común en varones, con una sintomatología clínica de tipo indiferenciado, con frecuente historia psiquiátrica familiar, con una personalidad premórbida de tipo esquizotípico, que han presentado a lo largo de su desarrollo neurológico elevado número de alteraciones. El diagnóstico diferencial se plantea sobre todo en su inicio con las fases maníacas de los trastornos bipolares, siendo la respuesta a los tratamientos neurolépticos y los resultados evolutivos similares a la esquizofrenia del adulto. Las diferencias con estas últimas, son marcadas en las esquizofrenias de inicio prepuberal, pero en todo caso se trata de diferencias cuantitativas, pues desde el punto de vista cualitativo se trata de un mismo trastorno. Fenton⁽²⁾ señala que a estas edades tempranas se presentan las formas clínicas no paranoides, siendo más comunes las formas hebefrénicas e indeferenciadas de inicio insidioso. Mazaeva⁽³⁾ describe el inicio precoz, antes de los 20 años en un 61%, mientras que el progreso de la enfermedad es más evidente a lo largo de la tercera y cuarta década de la vida.

INDICADORES PRONÓSTICOS

Edad precoz de comienzo

Se asocia como *signo de mal pronóstico el inicio temprano* de la esquizofrenia^(4,5), aunque se encuentra frecuentemente asociado a otros factores como son el sexo masculino y la comorbilidad por abuso de drogas⁽⁶⁾; a los antecedentes psiquiátricos familiares, personalidad premórbida esquizotípica y a la existencia de un *factor desencadenante*⁽⁷⁾; a poblaciones de alto riesgo genético⁽⁸⁾; a un mal ajuste psicosocial premórbido, a la presencia de trastornos neurológicos y a presentar un carácter reactivo⁽⁹⁾; con una evolución en forma de una larga fase prodrómica⁽¹⁰⁾; y asociado con la agresividad premórbida y a una baja capacidad intelectual⁽¹¹⁾.

Sexo

Se cita una mayor frecuencia en el sexo masculino (62% en varones; 48% en mujeres) y una mayor precocidad en el inicio de las esquizofrenias en edades anteriores a los 25 años (3-4 años más temprana en varones)⁽¹²⁾. Se atribuye un *peor pronóstico a los varones*, que comparativamente con las mujeres pre-

66 sentan unas malas relaciones heterosexuales premórbidas. Se muestran más retraídos, con menores habilidades sociales y laborales sufriendo más a menudo de síntomas negativos⁽¹³⁾. Los varones son identificados como de "alto riesgo suicida" coincidiendo con el inicio temprano de la enfermedad y la expresión subjetiva de una intensa ansiedad, al tiempo que expresaban una escasa satisfacción por sus vidas⁽¹⁴⁾. Por el contrario las mujeres presentan un mejor funcionamiento social premórbido, siendo la evolución a largo plazo más favorable aunque sin llegar a niveles estadísticamente significativos⁽¹⁵⁾; asociándose el sexo femenino y los trastornos esquizoafectivos a una evolución favorable en un plazo de tres años de evolución⁽¹⁰⁾.

No obstante para algunos autores la edad de comienzo, el sexo y el nivel educativo son unos indicadores pronósticos poco válidos⁽¹⁶⁾; siendo el sexo y estado civil malos predictores de rehospitalización⁽⁴⁾.

Personalidad premórbida

A las características de la personalidad se le atribuye una gran importancia pronóstica, y se establece como *un signo de mal pronóstico la existencia de una personalidad premórbida de tipo esquizotípico, borderline, o antisocial*^(7,9), a la que se suelen asociar otros factores como el grado de recuperación tras el período inicial de hospitalización⁽¹⁾; la presencia en edades infantiles de hostilidad manifiesta dirigida a la figura materna, desapego y comportamientos delirantes sin llegar a ser verbalizados⁽⁶⁾; en niños con baja capacidad intelectual, con mal ajuste a los compañeros, la agresividad, y las elevadas puntuaciones en escalas psicoticismo⁽¹¹⁾; mientras que el estudio de los factores cognitivos previos muestran una correlación positiva entre los déficits intelectuales y la severidad de la sintomatología en esquizofrénicos hospitalizados⁽¹⁷⁾, siendo en este sentido los déficits registrados en los tests de razonamiento y concepto los más significativos⁽¹⁸⁾.

Abundando en estas hipótesis, se consideran como signo de buen pronóstico la ausencia de rasgos esquizoides, una buena relación con el entorno socio-familiar, la ausencia de problemas económicos y el incremento de las actividades religiosas⁽¹⁹⁾; la presencia de unas adecuadas relaciones interpersonales, y relaciones heterosexuales, la presencia de hobbies y una adecuada actividad y productividad laboral⁽¹³⁾.

En estudios a corto plazo, Hubschmid⁽²¹⁾ observa una gran variabilidad evolutiva y no atribuye especial significación al ajuste social premórbido ni a la cantidad de síntomas negativos.

Fase prodrómica. Modo de comienzo (agudo-lento)

Las formas de comienzo agudo evolucionan mejor y en general presentan un pronóstico más favorable que las de inicio lento, o insidioso^(22,23); mientras que a medio plazo las formas de comienzo crónico no muestran valor predictivo⁽²⁴⁾.

La larga duración de la fase prodrómica se asocia a un mal pronóstico⁽¹⁰⁾, siendo en estas edades muy frecuente esta forma de comienzo (el 70%) y con una duración que oscila entre los dos y seis años antes de la primera hospitalización⁽¹²⁾.

Sintomatología clínica

Fenton⁽²⁾, describe la historia natural de los distintos subtipos esquizofrénicos, en un estudio de seguimiento de cinco años, señalando como las de inicio temprano, en la adolescencia, a las formas hebefrénicas, que cursan con una evolución insidiosa, asociada a una historia familiar, con elevada incidencia de psicopatología, con un mal funcionamiento premórbido y en general un mal resultado evolutivo. Las formas indeferenciadas, de inicio lento, a veces difícil de distinguir del estado premórbido y generalmente asociada con una temprana historia de trastornos conductuales y una evolución continua y crónica. Frente a ellas las formas paranoides, de edad de comienzo más tardías, con un buen funcionamiento premórbido, con un curso evolutivo intermitente y asociado a un buen resultado y recuperación. En las formas de inicio temprano se aprecia un incremento de la ansiedad (adolescencia) y depresión (adulto joven), siendo a estas edades los síntomas delirantes menos diferenciados y estables y por tanto menos sistematizados⁽¹²⁾; por el contrario las formas de inicio tardío presentan una mayor incidencia de fenómenos alucinatorios (visuales, táctiles, olfativos), delirios de persecución, y personalidad premórbida con rasgos esquizoides, mientras que presentan una menor incidencia de trastornos del pensamiento y afectividad restringida⁽²⁵⁾. A la afectividad restringida se le atribuye

un mal pronóstico⁽²⁶⁾, mientras que al Síndrome de "desrealización" se le atribuye un buen pronóstico, menos cuando se presenta en el curso de una forma hebefrénica⁽²⁷⁾. En general existe la creencia generalizada de que la presencia de sintomatología afectiva es un signo de buen pronóstico. Gift⁽²⁸⁾ muestra una actitud crítica frente a esta hipótesis y opina que los síntomas psicóticos correlacionan positivamente con un buen o mal pronóstico, mientras que la sintomatología afectiva presenta escaso valor predictivo, siendo importante esta cuestión pues en las esquizofrenias de inicio temprano el 31% de las manifestaciones clínicas son específicas de la esquizofrenia, mientras que el 69% son provocadas por factores "psicógenos y ambientales"⁽³⁾. Para Shepherd⁽²⁹⁾, los síntomas psicóticos se encuentran presentes al inicio en un 79% en varones y en un 86% de mujeres y tras una evolución de cinco años en un 38% de varones y un 21% de mujeres.

Cuando se emplean escalas clínicas estandarizadas y se someten a un adecuado tratamiento estadístico encontramos que en relación con los resultados clínico-evolutivos, las valoraciones clínicas iniciales explican una cantidad mínima de varianza, siendo esta cantidad mayor cuando se hacen valoraciones previas del estado social constituyéndose de esta forma como un indicador pronóstico más válido. Veamos algunos resultados que abonan esta hipótesis: Prudo⁽³⁰⁾, obtiene unos resultados que explican el 32% de la varianza respecto a la sintomatología y un 47% respecto a la evolución social. Para Gaebel⁽³¹⁾, los resultados explican un 12% respecto a la sintomatología y un 55% a aspectos sociales y laborales. Para McGlashan⁽³²⁾, solamente un 33% de forma global, para Guy⁽⁹⁾ sería el 46% de la varianza de los resultados globales y para Bland⁽³³⁾ sería un 40% del global.

Curso evolutivo. Indicadores pronósticos

En la revisión bibliográfica encontramos estudios donde se valoran los distintos indicadores pronósticos, a corto, medio y largo plazo.

En los estudios a corto plazo (menos de un año de seguimiento), se valoran escasamente indicadores como, la edad de inicio, el sexo, estado civil, antecedentes psiquiátricos familiares, forma de inicio, duración fase prodrómica, características del proceso terapéutico y tipo de alta hospitalaria. Se concede más importancia como indicadores pronósticos a la personalidad

premórbida, el funcionamiento cognitivo y familiar, al funcionamiento social y laboral, así como a las características clínicas y de hospitalización.

A plazo medio (seguimiento entre dos y cinco años), se valoran poco el estado civil, raza, estatus socio-económico, funcionamiento cognitivo, familiar y laboral, formas de inicio, tiempo de duración de la fase prodrómica y sintomatología positiva. Se presta más atención, a la edad y al sexo y mucho a la personalidad premórbida, al funcionamiento social y a las características clínicas en general.

A largo plazo (por encima de cinco años de seguimiento), se valora poco el funcionamiento cognitivo, la forma de inicio, los tiempos de duración de las fases prodrómica y aguda, el tipo de alta hospitalaria y las características de la terapéutica. Se valora en mayor medida el estado civil, raza, estatus socioeconómico, el funcionamiento familiar los antecedentes psiquiátricos familiares y las características de hospitalización. Y se enfatiza especialmente factores como la edad, el sexo, la personalidad premórbida, el funcionamiento social y laboral y las características clínicas.

De lo que se aprecia en todos los estudios es que se da gran importancia a los siguientes indicadores pronósticos:

- Funcionamiento social premórbido.
 - Características clínicas (sintomatología positiva, negativa, formas clínicas, sintomatología afectiva, severidad del cuadro clínico...).
 - Personalidad premórbida.
 - Edad de comienzo del cuadro clínico.
 - Sexo
 - Funcionamiento laboral premórbido
 - Características de la hospitalización
- Siguiendo en tono menor y progresivamente decreciente:
- Historia familiar psiquiátrica
 - Funcionamiento familiar premórbido
 - Funcionamiento cognitivo premórbido
 - Las formas de inicio: agudo-lento
 - La duración de la fase prodrómica
 - La duración de la fase aguda
 - El estado civil, raza, estatus socio-económico
 - las características del proceso terapéutico
 - El tipo de alta hospitalaria

Se suelen asociar a ellos otros factores que pueden influir decisivamente en el curso evolutivo, como es la "elevada expresividad emocional" de los padres que

- 68 pueden condicionar una evolución más larga⁽³⁴⁾, o los efectos favorables que puede tener la existencia de unos "cuidados ambientales posthospitalización", junto a una adecuada capacidad de "insight" por parte del paciente, que muestran una mayor tendencia a cumplir los tratamientos y un menor número de reingresos⁽³⁵⁾, y la "orientación y asesoramiento a la familia" del esquizofrénico que repercute de forma positiva por cuanto a corto plazo presentan menos exacerbaciones de la sintomatología, menor cantidad de síntomas deficitarios y menos rehospitalizaciones⁽³⁶⁾. la presencia de un buen ambiente en la convalecencia y de una adecuada relación terapéutica se asocia a una buena evolución⁽²⁴⁾. A lo largo de las tres primeras décadas de evolución las características del funcionamiento premórbido tienen una significación relevante en la primera década, en la segunda sería el funcionamiento familiar, y en la tercera los factores genéticos⁽³²⁾.

RESULTADOS

Los resultados finales se asocian a la presencia de síntomas negativos en el momento del ingreso y ambos positivos y negativos a lo largo del curso evolutivo⁽¹⁸⁾. Werry⁽¹⁾, encuentra una buena evolución en el 17% de los casos, mientras que Carone⁽²⁰⁾, un 50% de malos resultados con severo empeoramiento de la sintomatología y el funcionamiento psicosocial. Solamente un 10% presentaban una completa remisión a los dos años y medio y un 17% a los cinco años de evolución. Verghese⁽¹⁹⁾, encuentra un 66% de buena evolución a los dos años de seguimiento. McGlashan⁽³²⁾, describe una mala evolución en 2/3 de los pacientes esquizofrénicos frente a 1/3 de los trastornos afectivos unipolares. Prudo⁽³⁰⁾, encuentra 49% de resultados desfavorables tras cinco de evolución y Gaebel⁽³¹⁾, un 60-90% de malos resultados. Harrow⁽²²⁾, encuentra 14-17% de buenos resultados, sin recaídas y un 50% con un mal ajuste.

BIBLIOGRAFÍA

- Werry JS. Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light DSM-III-R. *J Autism Dev Disord* 1992;22(4):601-624.
- Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(11):967-977.
- Mazaeva NA. Clinical features of the initial manifestations of slowly-progressing schizophrenia. *Zh Neuropatol Psikhiatr* 1981;81(5):709-714.
- Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freman H, Bilker W, Burgess P, Woof K. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitization. *Schizophr Bull* 1992;18(2):217-228.
- Lichko AE, Vdovichenko AA, Kapitanaki VU, Oseretskoskii SD, Skrotskii IA. Prognosis of the onset of latent pseudopsychopathic and pseudoneurotic schizophrenia in male adolescents (data on long-term follow-up). *Zh Neuropatol Psikhiatr* 1986;86(10):1517-1521.
- Borga P, Widerlov B, Stefansson CG, Cullberg J. Social conditions in a total population with long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85(6):465-473.
- Agranovskii ML. The role of endogenous and exogenous factors in the development of paroxysmal schizophrenia. *Zh Neuropatol Psikhiatr* 1992;92(1):110-113.
- Kendler KS, MacLean CJ. Estimating familial effects on age at onset and liability to schizophrenia I. Result of a large sample family study. *Genet Epidemiol* 1990;7(6):409-417.
- Guy JD, Liaboe GP, Wallace CJ. Premorbid adjustment in adult male schizophrenics, as related to process vs. reactive chronic vs. acute, age of onset, and neurologically impaired vs. non-impaired. *J Clin Psychol* 1986;42(1):62-67.
- Inoue K, Nakajima T, Kato N. A longitudinal study of schizophrenia in adolescence. I. The one-to three-year outcome. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1986;40(2):143-151.
- Roff JD, Knight R. Preschizophrenics: Low IQ and aggressive symptoms as predictors of adult outcome and marital status. *J Nerv Ment Dis* 1980;168(3):129-132.
- Hafner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;162:80-86.
- Salokangas RK, Stengard E. Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 1990;3(5-6):333-345.
- Cohen LJ, Test MA, Brown RL. Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *Amer J Psychiatry* 1990;147(5):602-607.
- Childers SE, Harding CM. Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16(2):309-318.
- Tsoi WF, Kua EH. Predicting the outcome of schizophrenia ten years later. *Aust N Z J Psychiatry* 1992;26(2):257-261.
- Aylward E, Walker E, Bettes B. Intelligence in schizophrenia: meta-analysis of the research. *Schizophr Bull* 1984;10(3):430-459.
- Addington J, Addington D. Premorbid functioning, cognitive

- functioning, symptoms and outcome in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1993;18(1):18-23.
- 19 Verghese A, John JK, Rajkumar J, Richard J, Sethi BB, Trivedi JK. Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India. Results of a two-year multicentre follow-up study. *Br J Psychiatry* 1989;154:499-503.
- 20 Carone BJ, Harrow M, Westermayer JF. Posthospital course and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(3):247-253.
- 21 Hubschid T, Perrin N, Ciompi L. The dynamics of outcome predictors in the early phase of schizophrenics psychoses-an-empirical study. *Psychiatr Prax* 1991;18(6):196-201.
- 22 Harrows M, Grinker RR, Silverstein ML, Holzman P. Is modern day schizophrenic outcome still negative? *Am J Psychiatry* 1978;135(10):1156-1162.
- 23 Bashina VM. Course and prognosis of childhood schizophrenia in the light of follow-up information. *Zh Nevropatol Psikhiatr* 1980;80(10):1507-1510.
- 24 Kayton L, Beck L, Koh SD. Postpsychotic state, convalescent environment, and therapeutic relationship in schizophrenic outcome. *Am J Psychiatry* 1976;133(11):1269-1274.
- 25 Pearson GD, Kregar L, Rabins PV, Chase GA, Cohen B, Wirth JB, Schlaepfer TB, Tune LE. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1989;147(10):1382-1383.
- 26 Carpenter WT, Bartko JJ, Strauss JS, Hawk AB. Signs and symptoms as predictor of outcome: a report from the international Pilot study of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1978;135(8):940-944.
- 27 Hwu HG, Chen CC, Tsuang MT, Tseng WS. Derealization syndrome and the outcome of schizophrenia: a report from the international pilot study of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981;139:313-318.
- 28 Gift TE, Strauss JS, Kokes RF, Harder DW, Ritzler BA. Schizophrenia: affect and outcome. *Am J Psychiatry* 1980;137(5).
- 29 Shepherd M, Watt D, Falloom I, Smeeton N. The natural history of schizophrenia: five years follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med Monogr Suppl* 1989;15:1-14.
- 30 Prudo R, Blum HM. Five-year outcome and prognosis in schizophrenia: a report from the London Field Research Centre of the International Pilot Study of Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;150:345-354.
- 31 Gaebel W, Pietzcker A. Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part III. Treatment and outcome. *Schizophr Bull* 1987;13(2):307-316.
- 32 McGlashan TH, Heinssen RK. Hospital discharge status and long-term outcome for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(4):363-368.
- 33 Bland RC, Orn H. Prediction of long-term outcome from presenting symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1980;41(3):85-88.
- 34 Mintz LI, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Mintz J, Snyder KS. The initial onset of schizophrenia and family expressed emotion. Some methodological considerations. *Br J Psychiatry* 1989;154:212-217.
- 35 McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum P, Apperson LJ, Roth L. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(1):48-51.
- 36 Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Mosshb Gilderman AM, Simpson GM. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(9):887-896.

**J. Ochoa Herrando
M. D. Linares Velilla**

Psiquiatras

Importancia del medio familiar
en el enfoque terapéutico y en la
evolución clínica de los
trastornos psicopatológicos
infantiles

*Therapeutical approach and
clinical evolution in childhood
psychopathological disorders:
importance of familiar
environment*

RESUMEN

Se revisan 100 historias clínicas consecutivas de niños/as entre 6 y 11 años de edad, procediéndose a analizar diversos ítems. Se evidencia que la presencia de conductas negativas dentro del núcleo familiar (con presencia o no de alteraciones psicopatológicas) dificultan el abordaje psicoterapéutico del caso, lo que conduce a un aumento de los tratamientos psicofarmacológicos.

PALABRAS CLAVE

Medio familiar; Evolución clínica; Tratamiento psicofarmacológico.

ABSTRACT

A hundred consecutive clinical stories of children between 6 and 11 years old are reviewed, proceeding to the analysis of several items. It appears that presence of negative conducts inside the familiar nucleus (with or without psychopathological alterations) makes more difficult the psychotherapeutic approach to the case, what leads to an increase of the psychopharmacological treatments.

KEY WORDS

*Familiar medium; Clinical evolution;
Psychopharmacological treatments.*

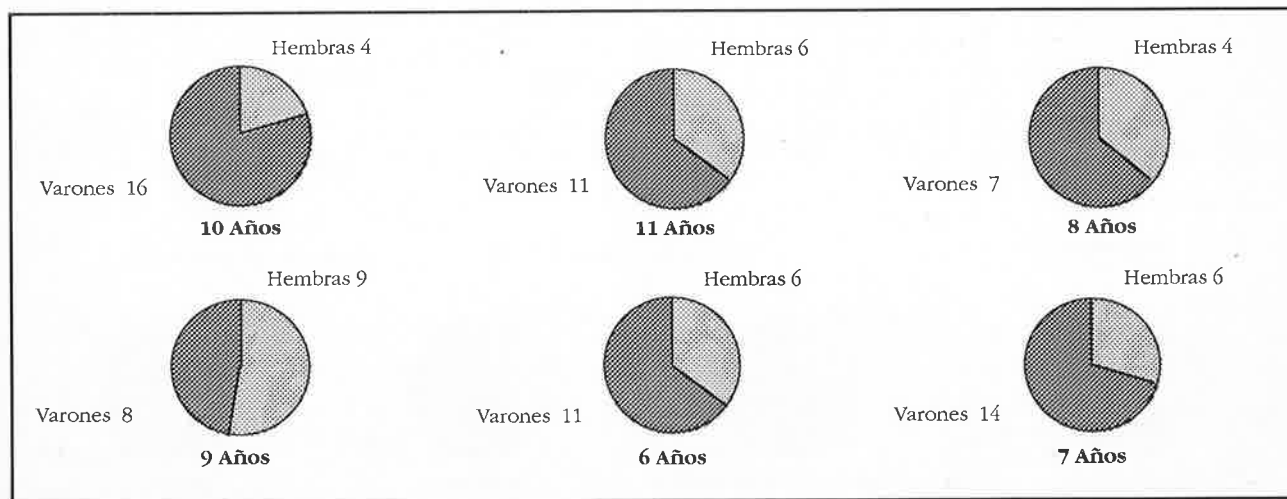


Figura 1.

INTRODUCCIÓN

A fin de obtener el mayor grado de información que nos resulte de utilidad para el tratamiento de las personas que atendemos en la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil de Zaragoza, dependiente de la Diputación General de Aragón, y que forma parte de una red asistencial unificada, hemos procedido al análisis de los datos recogidos de los dos primeros años de trabajo clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa una muestra constituida por 100 historias clínicas consecutivas de sujetos en edades comprendidas entre los 6 y 11 años, atendidos a lo largo de los años 1989 y 1990, procediendo al análisis de los siguientes ítems: *sexo, motivo de consulta, ambiente familiar, diagnóstico clínico, tratamiento, grado de colaboración familiar en el diagnóstico y tratamiento y evolución clínica del paciente.*

RESULTADOS

En la muestra estudiada, que procede tanto del medio urbano como rural, existe un claro predominio del sexo masculino con un 66%, por un 34% del femenino.

En el grupo masculino se aprecia una mayor demanda de asistencia en las primeras y últimas edades, siendo la femenina más frecuente en la zona intermedia (edades de 8-9 años) (Fig. 1).

Al valorar los *motivos* que han originado la derivación del sujeto al Centro para estudio y tratamiento, nos encontramos que en un 52% de los casos son sujetos que presentan dos o más síntomas, mientras que en el 48% son monosintomáticos, no apreciándose diferencias significativas en este sentido, entre las distintas edades ni entre los sexos.

En relación a su frecuencia, los más significativos en orden decreciente son: las alteraciones de conducta (26%), enuresis (21%), inquietud psicomotora (10%), somatizaciones (9%), retraso escolar (9%), trastornos del sueño (7%) y otros. Es preciso matizar que el bajo porcentaje de casos de retraso escolar en comparación con los referidos en otros estudios realizados por otros profesionales, viene condicionado por el funcionamiento del Centro, ya que los sujetos con retraso escolar que no presentan otros signos o síntomas psicopatológicos, son derivados a Centros Psicopedagógicos.

Como se puede observar en la figura 2, se evidencia una frecuencia significativa de las alteraciones de conducta e inquietud psicomotora en el caso de los varones, mientras que en las hembras, las somatizaciones y trastornos del sueño tienen una incidencia más marcada.

72

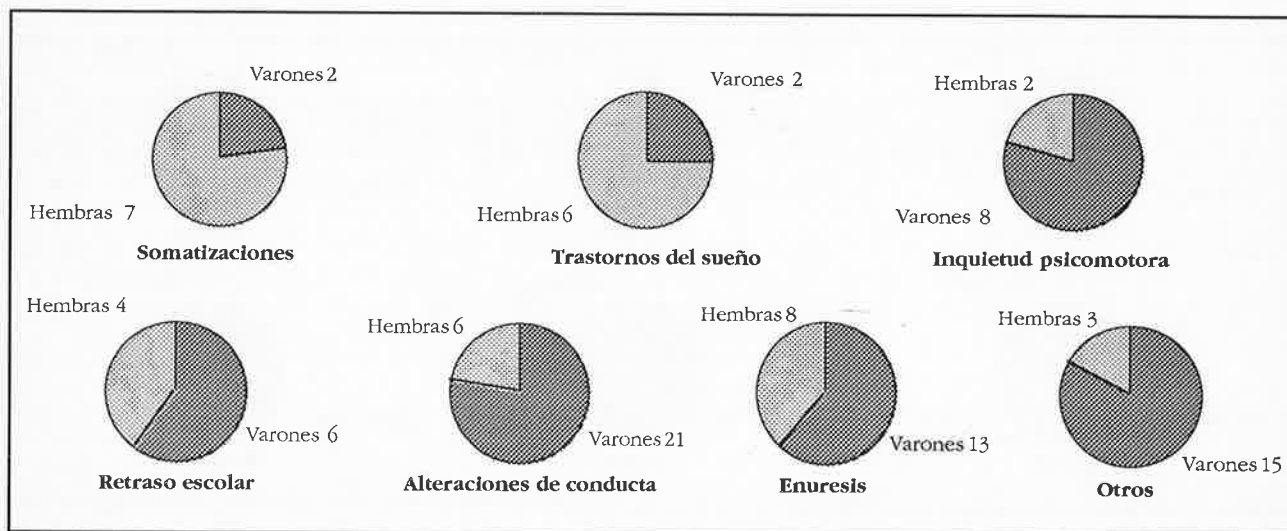


Figura 2.

Al valorar el Ambiente familiar que rodea al sujeto desde la vertiente psicológica, hemos encontrado que en un 96% de los casos las circunstancias psicológicas familiares no son del todo adecuadas para un desarrollo psicoemocional óptimo, pues en un 31% hay errores de tipo educacional (sobrepotección, dejación de funciones, ambivalencias, etc.); 28% de las familias, uno de los progenitores presentaba trastornos psicopatológicos que precisaba atención especializada (en tres casos ambos padres); 17% de niveles altos de ansiedad y/o irritabilidad en algunos de los padres; en el 14% la dinámica familiar estaba alterada en su conjunto (separaciones conflictivas, discusiones cotidianas, etc.; un 6% problemas psico-sociales (desarraigo social, pobreza) y en un 4% sin trastornos, que se corresponden con un caso de autismo, uno de ceguera secundaria y dos retrasos escolares simples.

Una vez realizados los estudios individuales y familiares pertinentes, los diferentes diagnósticos realizados, se pueden resumir en cuatro grupos, ya que entre ellos constituyen el 89% de la muestra:

- Cuadros Reactivos a las circunstancias de su entorno (26%)
- Presentan cierto grado de Retraso en el desarrollo Madurativo de su personalidad (con incidencia muy significativa en el grupo masculino) (26%).
- Trastornos por ansiedad (20%)
- Trastornos depresivos (17%)

- Otros (11%)

Los Tratamientos indicados son múltiples, desde los que inciden sobre la familia como tal, mediante la terapia de apoyo, pautas de conducta, etc., hasta los que enfatizan en el propio sujeto mediante psicoterapia individual, de apoyo o grupal, aunque siempre que se puede, se intenta en ambos niveles.

En 14 casos se ha precisado del tratamiento psicofarmacológico, fundamentalmente del grupo de los ansiolíticos benzodiazepínicos y de los antidepresivos.

En 12 casos se sentó la indicación terapéutica de que alguno de los padres siguiera tratamiento especializado para su trastorno psicopatológico.

El Grado de Colaboración Familiar a lo largo del estudio y su imbricación en las pautas de tratamiento, ha presentado estos matices: buena disposición-colaboradora (40%); escasa disposición, sin apenas implicarse en el proceso terapéutico (25%) y nula disposición (35%).

La Evolución Clínica de los niños, tras el tratamiento propuesto, es de: buena en un 50%; con remisiones parciales en un 11%; mantienen la misma sintomatología el 2% y desconocida evolución por abandono del tratamiento en el 37% de los casos.

Correlacionando la disposición familiar y el tipo de evolución clínica que han seguido, observamos que en los casos en que el grado de colaboración ha sido

evaluado como bueno, nos encontramos que aproximadamente un 75% de los niños de este grupo tienen una respuesta favorable al tratamiento en cualquiera de sus modalidades. Cuando la colaboración familiar fue deficiente, estos resultados bajan por debajo del 60%.

Al evaluar los 14 casos que precisaron de tratamiento farmacológico, nos encontramos que: en un 50% de ellos, el medio familiar está marcadamente alterado, tanto en la vertiente de la dinámica familiar, como por la presencia de patología psiquiátrica en los progenitores; que el grado de colaboración encontrado era desfavorable en más del 50% y la evolución tras el tratamiento farmacológico fue positiva en más del 70% de los casos.

CONCLUSIONES

Cuando la familia colabora positivamente en el tratamiento de sus hijos, es decir, se halla en actitud receptora y admite sus propias dificultades, la evolución clínica de los niños es positiva en un porcentaje más elevado, sin necesidad de la utilización de psicofármacos, salvo casos aislados.

Con la colaboración familiar escasa o nula, se obtienen peores resultados clínicos en los niños, siendo precisa la utilización de psicofármacos en porcentajes elevados.

La administración de psicofármacos en niños de estas edades resulta de gran utilidad en aquellos casos en que la colaboración familiar se prevé poco favorable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajurriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson.
- 2 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Martínez Roca.
- 3 Gessell A. *El niño de 5 a 10 años*. Paidós-Psicología evolutiva.
- 4 Haley J. *Tratamiento de la familia*. Toray.
- 5 Knobel M. *Psiquiatría Infantil Psicodinámica*. Paidós.
- 6 Mazet P, Houzel D. *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Médica y Técnica.
- 7 Ollendick TH, Hersen M. *Psicopatología Infantil*. Martínez Roca.
- 8 OMS (Informe de un Comité de Expertos). *Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño*. Ginebra, 1977.

J. L. Jiménez Hernández¹
A. Oteiza Motrico²
P. López Peña³
E. Isabel³
M. Sastre²

Ansiedad en niños hospitalizados

- 1 Psiquiatría Infantil. Hospital de Cruces (Vizcaya)
2 Psicólogo clínico
3 Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Anxiety in hospitalized children

Correspondencia:

J. L. Jiménez Hernández
Sección de Psiquiatría Infantil
Departamento de Pediatría
Hospital de Cruces
48903 Baracaldo (Vizcaya)

RESUMEN

Se compara el nivel de ansiedad experimentado, ante el ingreso hospitalario, por 50 niños ingresados en una planta de pediatría, con el de 50 niños atendidos en consultas externas. El 60% de los niños ingresados mostraba niveles de ansiedad superiores a los previos; en comparación con el 34% del grupo comparativo, que cumplía los mismos criterios. Dentro del grupo experimental, el subgrupo ingresado por cirugía infantil resultaba ser un 70% positivo para la ansiedad como estado secundario a la hospitalización y a los procedimientos quirúrgicos. La hospitalización conlleva no sólo la separación del niño de su medio habitual, sino que además supone una privación social y cultural que le sitúa en riesgo de alterar su estado previo de salud psicológica. Finalmente, se aconseja proteger a los niños que ingresan en un Hospital, informándoles a ellos y a sus padres de lo que les va a acontecer allí. Un segundo factor de gran importancia psico-profiláctica va a ser la adecuada permanencia de los padres con su hijo durante la estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVE

Hospitalización; Paciente pediátrico; Ansiedad.

ABSTRACT

Results of a comparative study measuring the anxiety of 50 hospitalized pediatric patients and 50 children attended in an outpatients Department consulting room, show that the hospitalized patients were more anxious than those non-hospitalized. The 60% of the hospitalized group vs. 34% of control group demonstrated a level of anxiety higher than previously. However, the subgroup hospitalized by Childhood Surgery displayed more anxiety. A 70% of these patients had an Anxiety-State greater than the Anxiety-Trait. Hospitalization, moreover, involves much more than just the forced absence of family and school life. The added factor of cultural deprivation along with a subsequent decrease in social interaction constitute significant risk factors to the psychic health of pediatric patients hospitalized. Finally, it's concluded that the information to the patient and parents about the medical and surgical procedures foreseeable during the time of the Hospital stay, is

very important to prevent an overdose of anxiety. In this way, the second factor of prevention is the adequate permanence of parents with him.

KEY WORDS

Hospitalization; Pediatric patient; Anxiety.

INTRODUCCIÓN

Los niños han sufrido emocionalmente por la hospitalización, desde que en el siglo XIX se implantó la técnica de la parentectomía para prevenir posibles infecciones hospitalarias. Un estudio pragmático de la higiene hospitalaria, y de los efectos psicológicos de la hospitalización infantil no se hizo realidad hasta 1950, promoviendo con los resultados del mismo un cambio en la actitud no sólo médica, sino también social, ante los ingresos pediátricos⁽¹⁾.

Recientemente, se publicaba una excelente revisión de la psicopatología que el Hospital produce en los niños⁽²⁾. En ella, se hacía hincapié en el acuerdo general que se tiene sobre los efectos estresantes de la hospitalización y de los procedimientos médico-quirúrgicos, en Pediatría.

Concretamente, la *ansiedad* se considera la variable clave para entender las diversas reacciones infantiles ante el ingreso hospitalario⁽³⁾. Otros factores a tener en cuenta son la edad -a mayor edad, menor ansiedad-, la importancia de las visitas; la restricción psicomotriz obligada por el "setting" hospitalario; la actitud parental ante la hospitalización; las relaciones paterno-filiales previas; y la propia personalidad del niño^(4,5).

Hay autores que llegan a afirmar que la consecuencia directa de la hospitalización, expresada de una u otra forma, es siempre una intensa ansiedad de separación⁽⁶⁾. Para ellos, los factores que se asocian con mayor malestar psicológico durante la estancia hospitalaria son: la menor presencia de la familia, y la falta de vínculos establecidos con otros pacientes o con el personal asistencial.

Sin embargo, la ansiedad también se produce por otros motivos. Hay fuentes de estrés emocional para un niño hospitalizado y su familia que pueden evitarse, como son la ausencia de información acerca de la enfermedad padecida y de los procedimientos médico-quirúrgicos, empleados para su curación⁽⁷⁾.

Preparar a los pacientes y a sus padres antes de la hospitalización; ofrecer a los niños actividades recreativas y educativas durante su estancia; y asegurar un apoyo emocional eficaz a toda la familia, seguramente, reducirían el porcentaje de problemas psicosociales, y proveerían de un normal desarrollo al niño hospitalizado⁽⁸⁾.

En este artículo presentamos un estudio realizado para medir la ansiedad en pacientes ingresados en una planta de Pediatría, comparando la de los que ingresan a través del servicio de Cirugía con la de los ingresados por otros servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

El primer paso para medir el grado de ansiedad en pacientes pediátricos es identificar instrumentos válidos de medida. El State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) figura entre los tests más adecuados al respecto^(9,10). Fue adaptado a nuestro idioma por A. del Pozo y A. Polaino-Lorente en 1988⁽¹¹⁾, es auto-administrado, y evalúa las variables *Ansiedad-Estado (A/E)* y *Ansiedad-Rasgo (A/R)* en edades comprendidas entre los 9 y los 15 años.

La *Ansiedad-Rasgo* es el grado de ansiedad que acompaña siempre a cada sujeto, formando parte de su personalidad; mientras que la *Ansiedad-Estado* son los niveles de ansiedad a los que se llega sólo en determinadas circunstancias.

El cuestionario fue rellenado por 50 niños, -38 varones y 12 niñas-, ingresados en una planta de Pediatría (Grupo Experimental); y por un Grupo Control, constituido por 50 pacientes, -33 niños y 17 niñas-, atendidos en las Consultas externas de psiquiatría infantil.

El objetivo principal del estudio era comprobar si la ansiedad de los niños hospitalizados era mayor que la que sufrían otros niños atendidos en consultas, pero no hospitalizados. Otra variable estudiada fue la posible correlación entre niveles más altos de ansiedad y la presencia de cirugía. Los resultados pueden verse reflejados en las tablas 1 y 2.

Los datos extraídos no se utilizaron con fines clínicos.

RESULTADOS

El 60% de los niños ingresados (fueran o no intervenidos quirúrgicamente durante su ingreso) experimen-

Tabla 1 Resultados del estudio acerca del incremento de la ansiedad en edades pediátricas ante la hospitalización

	Resultados globales			
	Hospitalizados		Controles	
	N	%	N	%
Casos positivos (A/E > A/R)	30	60%	17	34%
Casos negativos (A/E < A/R)	20	40%	33	66%

	Resultados según la distribución por sexo:			
	Grupo experimental		Controles	
	V	M	V	M
	N	%	N	%
Casos positivos (A/E > A/R)	22	58%	8	67%
Casos negativos (A/E < A/R)	16	42%	4	33%

taron un incremento de la Ansiedad-Estado (A/E), en comparación con el 34% de los controles.

Entre los 38 varones que componían el grupo experimental, 15 fueron entrevistados tras cirugía, y el resto, -23-, rellenaron el test, sin ninguna relación quirúrgica. Tan sólo uno de los 23 esperaba ser intervenido más adelante. De los 15 "quirúrgicos", 10 (67% del subgrupo) tenían valores de Ansiedad-Estado mayores que los de Ansiedad-Rasgo. Los cinco restantes, obtuvieron resultados menores (A/E < A/R).

El subgrupo de los 23 varones "no quirúrgicos", presentaba una A/E > A/R en 12 casos (52% del subgrupo "no quirúrgico"); una A/E < A/R en 10 pacientes; mientras que el resultado del último caso fue A/E = A/R.

En total, 22 niños varones ingresados presentaban una A/E > A/R, lo que supone que un 57,8% de los pacientes hospitalizados sufrían un incremento significativo de ansiedad ante la hospitalización.

De las cinco niñas a las que se dio el test después de pasar por el quirófano, cuatro (80% del grupo "quirúrgico" femenino), eran de mayor A/E. La paciente restante mantenía niveles de ansiedad similares a los previos al ingreso. El resto "no quirúrgico", -siete casos-, presentaban una A/E < A/R en dos casos, y A/E = A/R en la restante.

En resumen, ocho de las 12 pacientes hospitalizadas (67%) daban altos niveles de ansiedad ante el ingreso hospitalario.

Tabla 2 Diferencias entre subgrupo "quirúrgico" y subgrupo "no quirúrgico"

	1. Varones			
	Quirúrgicos		No quirúrgicos	
	N	%	N	%
Casos positivos (A/E > A/R)	10	66,6%	12	52,1%
Casos negativos (A/E < A/R)	5	33,4%	11	48,9%

	2. Mujeres			
	Grupo quirúrgico		Grupo no quirúrgico	
	N	%	N	%
Casos positivos (A/E > A/R)	4	80%	4	57%
Casos negativos (A/E < A/R)	1	20%	3	43%

Sumando los casos positivos de ambos sexos, 30 casos del Grupo Experimental (60%) presentaban niveles de ansiedad mayores de los habituales, ante el ingreso.

En cuanto a los controles, 17 casos (34%) reaccionaron con un estado de ansiedad ante la consulta pediátrica. Por sexo, 12 de los 33 varones (36,3%), y cinco de las 17 niñas (29,4%) mostraban una A/E > A/R.

DISCUSIÓN

Es conocido por todos que los ingresos pediátricos suponen una experiencia estresante para cualquier niño⁽¹²⁾.

Edelston fue uno de los primeros en describir las distintas etapas emocionales ante la hospitalización pediátrica⁽¹⁴⁾. Para él, la conducta en los hospitales pasa por las siguientes fases. Primero, hay una etapa de malhumor, agresividad hacia el medio hospitalario y "nerviosismo", seguida de un período de excesiva tranquilidad; y luego, con la vuelta a casa, de una actitud regresiva y oposicional.

Sin embargo, es evidente que durante la hospitalización, siempre, se invierte en salud. Los servicios hospitalarios proporcionan los instrumentos necesarios para un precoz diagnóstico y un tratamiento preciso en muchas de las enfermedades infantiles. Ello, hace que

hoy en día los ingresos pediátricos sean totalmente necesarios.

La clave quizás está en adecuar, en la medida de lo técnicamente posible, las características del Servicio y las normas de la planta de Pediatría a las necesidades de los pacientes, algo que ya es habitual en la mayoría de los hospitales⁽¹⁴⁾.

Las variables más importantes al estudiar la ansiedad que produce la hospitalización pediátrica son ⁽¹⁵⁾:

1. La edad del paciente.
2. Las características y severidad de la enfermedad.
3. El temperamento del niño.
4. El tipo de experiencias previas de hospitalización.
5. La duración de la estancia hospitalaria.
6. La estructura y organización del Centro Hospitalario.
7. La respuesta de padres, hermanos y familiares al ingreso.

Entre los seis meses y los 14 años están los pacientes más delicados⁽¹⁶⁾. A partir de los seis años, a mayor edad menor riesgo de inadaptación al ingreso hospitalario.

La severidad o cronicidad de la enfermedad complica, con frecuencia, un buen ajuste ante la hospitalización, que, por supuesto, va a depender del temperamento del paciente. Si un niño es extrovertido, mantendrá una relación independiente y de confianza con sus padres. Si ya ha tenido experiencias previas de hospitalización, no es probable que padezca ansiedad ante el nuevo ingreso.

La psicoprofilaxis de la hospitalización tiene como objetivos concretos: 1) Reducir niveles de ansiedad excesivos; 2) Conseguir la menor cooperación posible por parte del niño y sus padres; 3) Evitar efectos nocivos secundarios al ingreso; y por último, 4) Acelerar el proceso de recuperación del niño hospitalizado⁽¹⁷⁾.

En la práctica, los métodos conductuales empleados, -que no son objetivo del presente artículo-, se dirigen a preparar a las familias para la hospitalización pediátrica, explicándoles lo que va a acontecer allí.

Una cuestión muy debatida es el tiempo que los padres deben permanecer con su hijo. Con niños muy pequeños (entre los seis meses y los cuatro años de edad), puede ser apropiado, por su vulnerabilidad especial, que la madre esté con ellos durante casi toda la hospitalización⁽¹⁸⁾.

Melamed⁽¹⁹⁾ da una serie de recomendaciones para éstos casos. La primera es informar a los padres sobre el tratamiento a que será sometido su hijo. En segundo lugar, previamente al ingreso, aconseja facilitar la ex-

presión de todo tipo de dudas que los padres tengan. Por último, Melamed hace hincapié en la necesidad de conseguir la participación de la madre en los cuidados de su pequeño.

Ferguson⁽²⁰⁾ estudió diferentes métodos de preparación a la hospitalización, descubriendo que las técnicas de video-tape, previas al ingreso o a cualquier procedimiento médico-quirúrgico, conseguían una mejor adaptación al Hospital por parte del paciente.

El beneficio de reducir la ansiedad infantil antes de cualquier procedimiento médico está suficientemente demostrado⁽²¹⁾. Observando la bibliografía⁽²²⁾, se concluye que los efectos de la presencia materna durante las exploraciones aumentan, por lo general, la ansiedad del paciente. Por tanto, sería razonable que en esos casos, se planteara la realización de las pruebas sin la presencia de los padres. No obstante, aunque el aumento del llanto sea evidente, no es seguro que los pacientes pediátricos estén más estresados por la presencia de la madre o del padre, dado el efecto de "figura de apoyo" que ambos tienen⁽²³⁾.

Son cada vez más los hospitales que intentan ofrecer una preparación psicológico-conductual para los pacientes pediátricos y sus familias antes de la admisión hospitalaria, y la mayoría de los pediatras ven esta preparación con buenos ojos⁽²⁴⁾. A largo plazo, su objetivo es dotar al niño de control personal, requisito imprescindible para poder sobrellevar con éxito los problemas cotidianos⁽²⁵⁾.

Hay una serie de hipótesis que se plantean ante la hospitalización⁽²⁶⁾. Las más importantes son:

1. La hospitalización produce en el niño un incremento significativo de la ansiedad; y este incremento es mayor en los *que van a ser intervenidos quirúrgicamente*.
2. Las técnicas de intervención psicológico-conductual (información, apoyo, terapia individual y terapia de grupo) producen una disminución significativa de la ansiedad⁽⁷⁾.
- Al contrario de lo que otros autores han afirmado, un largo período de estancia hospitalaria permite una adaptación mejor que un ingreso de corta estancia, en casi todos los casos⁽²⁷⁾.
3. La ansiedad de los padres predice un peor ajuste a la hospitalización⁽²⁸⁾.

De estas hipótesis se han extraído los objetivos del estudio presentado en este artículo. Éstos son:

78 a) *Determinar el nivel de ansiedad subsiguiente a la hospitalización del niño.*

Como puede verse en la tabla 1, los resultados de la ansiedad como estado reactivo el estrés del ingreso en un Hospital, son mayores que los valores habituales del sujeto; y superan de manera significativa, en ambos sexos, a los obtenidos por los controles.

b) *Comprobar la respuesta de ansiedad del niño ante la intervención quirúrgica⁽²⁹⁾.*

En la tabla 2, se observa cómo la ansiedad es mayor entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente; siendo además evidente, aunque no significativa, la existencia de un nivel de ansiedad mayor entre las niñas del grupo "quirúrgico", respecto de los varones.

Fosson y cols.⁽³⁰⁾ demostraron que la ansiedad disminuía durante la hospitalización; se correlacionaba con la ansiedad parental; y se reducían sus efectos adversos al simular previamente, con juegos, las técnicas médico-quirúrgicas empleadas.

CONCLUSIONES

La hospitalización desempeña, y continuará desempeñando un importante papel en la atención de los niños enfermos.

Los problemas de adaptación a que puede dar lugar, sobre todo:

a) En determinadas edades (de seis a cuatro años).

b) Si es la primera hospitalización.

c) Si hay una mala adaptación parental al ingreso.

d) Si existía una relación problemática previa entre los padres y el paciente.

e) Con una personalidad previa psicopatológica.

f) Si comporta cirugía,

Pueden prevenirse por una adecuada información a los padres y al niño de lo que les va a acontecer en el Hospital; así como por la participación de los padres (sobre todo la madre) en los cuidados del paciente, tanto como sea técnicamente posible, durante su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Graham PJ. Psychosomatic relationships. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. 2nd edition. Edinburgh: Blackwell Scientific Publications, Edinburgh, 1985:605-606.
- 2 Lizasoain O, Polaino-Lorente A. Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. *Rev Esp Pediatr* 1992;**48**:52-61.
- 3 Rasnake LK, Linscheid TR. Anxiety reduction in children receiving medical care: Developmental considerations. *J Dev Behav Pediatr* 1989;**10**:169-175.
- 4 Illingworth RS, Holtz KS. Children in Hospital: some observations on their reaction special reference to daily visiting. *Lancet* 1955;**2**:1257-1262.
- 5 McCarthy D, Lindsay M, Morris I. Children in Hospital with mothers. *Lancet* 1962;**1**:603-608.
- 6 Rutter M. Separation experiences: A new look at an old topic. *J Pediatrics* 1979;**95**:147-154.
- 7 Polaino-Lorente A, Lizasoain O. Depresión y hospitalización infantil: resultado de un programa de intervención psicopedagógica. *An Psiquiatría* 1991;**7**:346-350.
- 8 Polaino A, Lizasoain O. Parental stress and satisfaction with children's hospitalization. A prospective study. *Acta Ped Esp* 1992;**50**:472-479.
- 9 Spielberger CD, Gorsuch RKL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press; 1970.
- 10 Montgomery LE, Finch AJ Jr. Validity of two measures of anxiety in children. *J Abnorm Child Psychol* 1974;**2**:67-69.
- 11 De Pablo A, Polaino-Lorente A. La observación comportamental y su eficacia en el diagnóstico psicopatológico en Pediatría. *Acta Pediatr Esp* 1988;**46**:19-24.
- 12 Tomas M, Paricio JM. El ingreso de repetición en Pediatría. *Rev Esp Pediatr* 1992;**48**:315-318.
- 13 Edelman H. Separation anxiety in young children. *Genet Psychol Monogr* 1943;**28**:1-95.
- 14 Wolfer JA, Visintainer MA. Prehospital psychological preparation for tonsillectomy patients: Effects on children's and parents' adjustment. *Pediatrics* 1979;**64**:646-655.
- 15 Gonzalez-Simancas JL, Polaino-Lorente A. *Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Editorial Narcea, 1990.
- 16 Douglas JWB. Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning. *Develop Med Child Neurol* 1975;**17**:456-480.
- 17 Melamed BG, Ridley-Johnson R. Psychological preparation of families for hospitalization. *J Dev Behav Pediatr* 1988;**9**:96-102.
- 18 Quinton D, Rutter M. Early hospital admissions and later disturbances of behaviour. An attempted replication of Douglas' findings. *Develop Med Child Neurol* 1976;**18**:447-459.

- 19 Melamed BG. Perspectives on acute illness in children. Current approaches to Hospital preparation. En: Melamed BG y cols., eds. *Child Health Psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc. Publ, 1982:173-182.
- 20 Ferguson BF. Preparing young children for hospitalization: a comparison of two methods. *Pediatrics* 1979;64:656-664.
- 21 Admetlla I, Jover S. Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia. Resultados de un programa hospitalario. *An Esp Pediatr* 1988;28:433-436.
- 22 Denholm CJ. Positive and negative experiences of hospitalized adolescents. *J Adolesc* 1988;23:115-126.
- 23 Jay SM. Invasive medical procedures: Psychological intervention and assessment. En: Routh DE, ed. *Handbook of Pediatric Psychology*. Guilford Press, 1988:401-425.
- 24 Elkins PD, Roberts MC. Psychological preparation for pediatric hospitalization. *Clin Psychol Rev* 1983;3:275-295.
- 25 Sipowicz RR, Vernon DT. Children's stress and hospitalization. *J Health Soc Behav* 1965;9:275-287.
- 26 Flórez-Lozano JA, Valdés C, González J, Gutiérrez AI, Pérez M, Hurtado P, Álvarez F. Instrumentos terapéuticos para el cuidado psicológico del niño en el hospital (I parte). *Acta Ped Esp* 1990;48:419-426.
- 27 Dahlquist LM, Gil KM. Preparing children for medical examination: the importance of previous medical experience. *Health Psychol* 1986;5:249-259.
- 28 Kashani JH, Vaidya AF y cols. Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. *Am J Psychiatry* 1990;147:139-145.
- 29 Salmon P, Kaufman L. Preoperative anxiety and endocrine response to surgery. *Lancet* 1990;335:1340-1342.
- 30 Fosson A, Martin J, Haley J. Anxiety among Hospitalized Latency-Age children. *J Dev Behav Pediatr* 1990;11:324-327.

G. Callicó Cantalejo
M. Domingo Bochmann
E. Requena Varón

Departamento de Personalidad
Evaluación y tratamiento psicológico
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona

Correspondencia:

C/ Guipúzcoa 29-33 ent.7
Barcelona 08020

La depresión infantil: una
revisión del tema a propósito de
un caso clínico

*Childhood depression: a revision
connected to a clinical case*

RESUMEN

La polémica que siempre ha suscitado el diagnóstico de depresión en psicopatología infantil actualmente recae en la forma y en el momento evolutivo en que ésta puede manifestarse. El presente artículo revisa diferentes puntos de vista sobre el diagnóstico, la etiología, la estructura familiar, el pronóstico y el tratamiento de la depresión infantil. Asimismo, se presenta un caso de trastorno depresivo en un niño de cuatro años, que sirve para ilustrar los apartados mencionados.

PALABRAS CLAVE

Depresión infantil; Depresión enmascarada;
Conductas autoagresivas.

ABSTRACT

The polemic arisen by the diagnosis of depression in childhood psychopathology is at present in the form and evolutive moment in which it can manifest itself. This article is a review of different points of view on the diagnosis, etiology, family structure, prognosis and the treatment on childhood depression. Also, a case of depressive disorder in four year old child is presented, which shows the above mentioned sections.

KEY WORDS

Childhood depression; Disguised depression; Self-aggressive behaviours.

INTRODUCCIÓN

A través de este trabajo pretendemos resituar la visión actual alrededor de la polémica depresión infantil. Siendo éste un diagnóstico controvertido, revisamos diferentes opiniones sobre el tema, y presentamos un caso clínico ilustrativo que refleja como a una edad muy temprana se puede manifestar un funcionamiento propio de un cuadro depresivo subyacente lo que da pie a valorar la depresión infantil de un modo diferente según el momento evolutivo en que aparezca.

Aproximadamente unos 15 años atrás, no se creía posible la existencia de la depresión como entidad clínica en la infancia. Aunque actualmente es aceptada por la mayoría de autores, existen aún enormes discrepancias sobre la forma en que ésta puede manifestarse.

En una revisión del tema, Cantwell y Carlson (1987)⁽¹⁾ hallan cuatro orientaciones diferentes acerca del cuadro clínico de la depresión en la infancia.

- Unos autores rechazan la existencia de la depresión como cuadro comparable al adulto en el niño. Por motivos diversos (super-yo no suficientemente desarrollado, autoconcepto inestable, aceptación de sustitutos parentales con facilidad...), se niega la aparición de este cuadro antes de la pubertad.
- Otros clínicos y teóricos aceptan la inclusión de la depresión dentro de la psicopatología del niño, asemejándola a la depresión adulta pero añadiendo que, en el niño, además de la sintomatología adulta, aparecen síntomas únicos peculiares. Desgraciadamente, no hay unanimidad sobre cuáles son estos síntomas únicos ni tampoco si deben estar presentes forzosamente para diagnosticar el trastorno. El DSM-III-R⁽²⁾ conceptualiza la depresión básicamente semejante en todas las edades, siendo esos síntomas únicos no esenciales en la manifestación y diagnóstico del trastorno.
- Otra conceptualización posible de esta entidad es la que considera que la depresión en la infancia existe pero aparece de forma distinta que en el adulto. Los síntomas únicos y peculiares pueden enmascarar las características centrales (tristeza, apatía...) del síndrome depresivo. Tradicionalmente se considera que bajo las quejas somáticas, la hiperactividad, la agresividad, la violación de reglas sociales, la enuresis... puede encontrarse una base depresiva cuya manifestación se halla muy lejos de los síntomas típicamente depresivos pero que constituyen formas de depre-

sión enmascarada o equivalentes depresivos. Precisamente este gran abanico de formas depresivas que prácticamente podría abarcar toda la psicopatología infantil, hace que el término depresión enmascarada esté muy desacreditado en algunos círculos⁽³⁾. Tampoco existen criterios claros para el diagnóstico diferencial de si una determinada manifestación psicopatológica en el niño es un equivalente depresivo o no.

- La cuarta orientación sugiere la existencia de similitudes y analogías entre el cuadro clínico de la depresión infantil y la adulta.

A estas controversias, se suma la dificultad de aceptar la depresión cuanto más pequeño es el niño. Así, López-Ibor, citado en Medina y Moreno⁽³⁾, no la admite antes de los cinco años basándose en que no es posible la vivencia de tristeza en los primeros años de vida.

Lebovici y Soulé, citados en Penot⁽⁴⁾ hablan de vivencia depresiva en el niño y de las dificultades para detectarla en el marco escolar y familiar ya que suele estar enmascarada por otros trastornos de conducta, no asociados comúnmente a la sintomatología depresiva del cuadro adulto. A esto hay que añadir, como citan varios autores, la tendencia de los adultos a negar estos estados en el niño.

Un factor que marca la diferencia entre depresión en la infancia y en la adultez es, sin duda, tal como señalan Medina y Moreno⁽³⁾, el proceso de maduración que introduce unas variables intervinientes que hacen que la atipicidad se convierta en norma en la psicopatología de las edades infanto-juveniles. De acuerdo con Campo⁽⁵⁾, un determinado sentimiento puede expresarse de distinta manera según el grado de evolución del psiquismo, a través de la conducta, de la fantasía, del estado de ánimo o de la verbalización.

Otros autores sitúan la polémica y las confusiones que se producen en este tema en la no diferenciación entre lo que podría considerarse cuadro clínico, síndrome y síntoma. Asimismo Cantwell y Carlson⁽¹⁾ se refiere a la necesidad de diferenciar el síntoma, el síndrome o el trastorno depresivo. En este mismo sentido, Bene, citado por Campo⁽⁵⁾, subraya el aspecto defensivo de las manifestaciones de la depresión en el niño y como esto suele hacerla pasar desapercibida.

Dentro de la literatura psicoanalítica, aún se produce más confusión al hablar de la posición depresiva, descrita por Klein⁽⁶⁾, como un momento genético-evolutivo normal en el desarrollo y cabe diferenciarlo del sufri-

82 miento depresivo patológico al que nos referimos cuando hablamos de la depresión.

CASO CLÍNICO

Presentamos a continuación el caso de un niño de cuatro años con síntomas pertenecientes a un cuadro depresivo. A partir de los datos que en este caso nos proporciona, planteamos distintas cuestiones respecto a la depresión como son el diagnóstico, la etiología, la estructura familiar, el pronóstico y el tratamiento.

El niño acude a la consulta debido a las conductas manifestadas últimamente que ponen en peligro su integridad física. La madre explica que el niño dice que es Supermán. Se lanzó desde un andamio de dos metros de altura aunque sin consecuencias graves. También se le sorprendió cuando intentaba hacerlo en el balcón de su casa (un quinto piso).

La exploración diagnóstica consistió en tres entrevistas con la madre y tres sesiones de juego con el niño.

La anamnesis nos revela que fue un niño precoz en su desarrollo. Anduvo a los 8-9 meses. Empezó a hablar muy pronto y claro. Controló los esfínteres al año.

La madre lo describe como muy nervioso. Nunca ha dormido bien, se despierta frecuentemente y va a la cama con su madre, que duerme sola porque el padre prácticamente no se acuesta para dormir. El niño siempre ha sido poco comedor, se interrumpió la lactancia materna al mes por este motivo.

Durante el primer año fue cuidado por su abuela materna, luego fue a la guardería.

Nos llaman la atención algunos accidentes ocurridos al niño, como quemarse con la estufa, y otras conductas como darse golpes, morderse, que él justifica diciendo que se lo hace porque es muy malo. En la escuela lo castigan continuamente por su mal comportamiento. La madre no halla relación entre estos sucesos y el motivo de consulta.

Durante la primera entrevista que mantenemos con la madre, el niño que está presente rompe parte del material que la psicóloga le ha ofrecido, mirándola fijamente a la cara y guarda los trozos rotos en el bolso de su madre, la cual no se ha enterado de nada.

La madre se nos aparece muy pasiva y poco receptiva hacia su hijo. El padre, ausente en las entrevistas, es descrito como hiperactivo, tienen tres trabajos, prácticamente no se acuesta para dormir y siempre va corrien-

do a todos lados. La madre también trabaja fuera de casa.

A continuación transcribimos un fragmento de una sesión de juego diagnóstica con el niño, que creemos puede ayudar a clarificar los comentarios posteriores.

"El niño coge la plastilina y empieza haciendo la forma de un avión, lo hace volar, después modela un cohete espacial que sale lanzado, mientras juega con esto empieza a explicar espontáneamente a la psicóloga: ¿Sabes, qué he visto en la calle? Una furgoneta volcada.

Psicóloga: ¿Qué crees que habrá pasado?

Que se le han roto los frenos..... Me he encontrado unos amigos en la calle antes de venir, estaban haciendo tonterías.

Psicóloga: ¿Tonterías?

Uno le decía al otro: ¡Te voy a matar!, y estaba vivo. Continúa haciendo más naves espaciales.

¿Esta cuerda para que es? (se refiere al cordel que hay en el material de juego). Saber, mi papá iba a volcar como la furgoneta.

Psicóloga: ¿Cómo es eso?

Porque iba muy deprisa.... y yo tenía mucho miedoooo...

Coge el cordel, lo ata a un barco, después atraviesa la plastilina por el medio y pasa el cordel. Después lo saca y lo hace pasar a través de su silla, empieza a darle vueltas de forma que queda la silla atada, hace varios nudos, lo desata y vuelve a empezar haciendo la misma operación.

¿Podré llevarme la cuerda? En casa tengo una pero se me enreda, ésta de aquí no se enreda, yo quiero ésta"

DISCUSIÓN

Diagnóstico

El problema del diagnóstico en el caso de la depresión infantil es doble, por una parte por carencia de instrumentos, por otra parte la dificultad de su elaboración, dada la confusión alrededor del concepto mismo de depresión infantil como ya hemos explicado anteriormente.

En general, se ha destacado la importancia de la entrevista diagnóstica aunque se han desarrollado algunos instrumentos diagnósticos específicos de la depresión infantil (DICA Herjanic; SCI, Kovacs; K-SADS-P,

Puig-Antich y Chambres citados en Cantwell y Carlson⁽¹⁾.

También se ha considerado al niño como informador fiable (Rutter y Graham, 1968; Herjanic y cols., 1975; citados en Cantwell y Carlson⁽¹⁾).

Han habido diversos intentos de clasificación de los trastornos afectivos en la infancia (por ejemplo, Carlson y Cantwell^(7,8); Citryn⁽⁹⁾; Frommar⁽¹⁰⁾; McConville⁽¹¹⁾; Weinberg⁽¹²⁾). Es un terreno poco investigado pero que apunta hacia la existencia de posibles subtipos. En general, se acepta que la semiología de la depresión en el niño está ligada a la edad y al momento de desarrollo. Es posible la conjunción de síntomas similares a los de la depresión adulta, no obstante, en el niño la depresión también puede manifestarse a través de la conducta y no del estado de ánimo⁽⁵⁾. Es evidente que el desarrollo afectivo e intelectual mediatiza la forma de presentarse el sentimiento depresivo. En etapas evolutivas más tempranas, la manifestación es somática; a medida que el niño crece tiene otras vías de comunicación: conducta, estado de ánimo, verbalización.

Frecuentemente lo que observamos son mecanismos de defensa frente a los sentimientos de depresión. Ajurriaguerra⁽¹³⁾ considera que a partir de los dos-tres años es más usual hallar conductas de protesta y de lucha contra la depresión que el estado de depresivo genuino y cita como ejemplos de defensa contra la depresión -además de los comportamientos de oposición, cólera o rabia- las manifestaciones agresivas y autoagresivas y los trastornos de comportamiento, robo, fuga y conducta delictiva. Klein⁽⁶⁾ habla de reparación depresiva y de defensas maníacas como dos respuestas posibles y opuestas a los sentimientos que experimenta el bebé cuando empieza a percibir la madre como persona global -albergando tanto aspectos buenos como malos- y la ambivalencia de sentimientos que ello le despierta.

En el caso expuesto, debido a la presencia de conductas tipo Supermán, se consideró necesario un diagnóstico diferencial para descartar una posible psicosis. A lo largo de las sesiones diagnósticas, queda patente que el niño sabe que no es Supermán y que posee un buen contacto con la realidad. En cambio, hallamos una serie de síntomas que están presentes en los criterios para la depresión de Feighner (RD), Spitzer (RDC) citados en Cantwell y Carlson⁽¹⁾ y DSM-III-R⁽²⁾. Estos síntomas son: a) presencia de conductas peligrosas para la integridad del niño; b) trastornos del sueño; c) trastornos de la alimentación; d) agitación; y e) conducta

desadaptativa en la escuela. Otros indicios que hallamos de la presunta base depresiva del trastorno de conducta del niño son las referencias al tema de la muerte relacionándolas con otras personas e historias de accidentes y autoagresiones repetidas. Autores como Duché⁽¹⁴⁾, Riquet, Gessell y Bakwin citados en Ajurriaguerra⁽¹³⁾ han establecido un paralelismo entre las conductas suicidas manifiestas y la propensión a los accidentes en algunos niños.

Desde un diagnóstico dinámico, nuestro niño habría reaccionado con defensas maníacas ante la depresión⁽⁶⁾. En las entrevistas diagnósticas emerge con fuerza la hipótesis de una reacción maníaca a los sentimientos depresivos. El tema de la muerte está muy presente en sus verbalizaciones. Se detectan sentimientos de omnipotencia en el niño, reforzados por la conducta pasiva de la madre. Por ejemplo, se le escapa continuamente y nunca sabe dónde está su hijo.

Según la teoría psicoanalítica, los sentimientos de culpa de pueden aliviar a través de la búsqueda, consciente o inconsciente, de castigos. En su grado máximo, algunos comportamientos aparecen como la evidencia directa del sentimiento de culpa o de la necesidad de castigo, cuya vinculación, por lo menos temporal, con un episodio depresivo es evidente: heridas repetidas, actitudes peligrosas, castigos incesantes en la escuela, etc. También puede darse la aparición de conductas autoagresivas o conductas suicidas. Por otro lado, las limitaciones cognitivas pueden impedir al niño comprender la noción de futuro y de muerte, por lo que quizás es preferible hablar de conductas cuya finalidad es autoagredirse en lugar de hablar de conductas suicidas. En este sentido, consideramos que la conducta de Supermán estaría relacionada, por una parte a una conducta autoagresiva junto con las conductas de pegarse, morderse, sufrir accidentes y que sería la forma de expiar la culpa por lo malo que el niño se siente; por otra parte, creemos que supone una identificación con su padre -que por la hiperactividad que realiza podemos considerarlo un superhombre- así como por la noción que provoca en el niño la falta de límites, de frenos y las fantasías de omnipotencia.

La hipótesis del alivio de culpa a través del castigo concuerda con la de la depresión enmascarada -a través de los mecanismos defensivos -en el caso expuesto (el niño constantemente es castigado en la escuela). También durante la entrevista, cuando rompe parte del material que se le ha ofrecido, parece querer provocar

84 a la psicóloga para que ésta le castigue, ante la ineficacia de su madre para ponerle límites.

Etiología

La etiología de la depresión varía en función del marco teórico del que se parte. Cantwell y Carlson⁽¹⁾ comentando un estudio de Akiskal y McKinney citan cinco escuelas que contemplan de alguna manera la depresión infantil: psicoanalítica, conductual, sociológica, existencial y biológica. En su integración concluyen que, al menos, cuatro grandes áreas intervendrían en el trastorno depresivo: factores genéticos, factores fisiológicos, estresores psicosociales y factores evolutivos.

Volviendo a nuestro caso clínico, no hallaríamos estresores psicosociales propiamente dichos pero sí un ambiente familiar que puede favorecer la aparición de reacciones depresivas: un padre ausente y una madre poco sensible a las necesidades de su hijo y con reacciones imprevisibles. Así, por ejemplo, en la primera sesión diagnóstica con el niño, éste ruega a su madre que entre con él. La madre parece acceder pero cuando llega al despacho, sale corriendo y deja al niño solo con la psicóloga, llorando desconsoladamente. Como hemos señalado anteriormente, el desarrollo evolutivo, moldea la forma de presentación de la depresión siendo a los cuatro años lo más frecuente conductas de protesta, agresividad o cólera.

Dentro de la escuela psicoanalítica se diferencian cuatro modelos diferentes de depresión. Nosotros nos centraremos en el modelo denominado de agresión internalizada que tiene sus orígenes en Freud y Abraham, y que posteriormente fue más elaborado por Kellin. Según esta autora, la predisposición más significativa hacia la depresión reside en el fracaso del niño en introyectar la representación mental de su objeto amado dentro del self, fracaso que puede devenir porque el sujeto se siente incapaz de proteger su objeto amado de sus propios impulsos agresivos. El sujeto entonces puede sentirse albergando dentro suyo representaciones mentales -principalmente los padres- dañadas, produciéndose una identificación del yo con estos objetos dañados. Toda esta situación conduce a un sentimiento de maldad que no será posible proyectar al exterior, sino que se verá incorporado a la imagen de uno mismo. Todo ello creará un sentimiento de culpa que, según Grinberg⁽¹⁵⁾, es el resultado de una tensión creciente entre el yo y el super-yo, que se manifiesta como una

necesidad de castigo. La crueldad del super-yo proviene de la propia hostilidad que retorna en contra de sí mismo y el buscar castigo, a través de portarse mal, sirve para aliviar este sentimiento de culpa.

Para Ajurriaguerra⁽¹³⁾, habría dos elementos fundamentales en la etiología de los procesos depresivos. El primero derivaría de la capacidad para elaborar las pulsiones agresivas, en el caso expuesto, observaríamos el fracaso en esta elaboración a través de las conductas autoagresivas; y el segundo, de la experiencia de pérdida o de separación en el pasado del niño depresivo, que se manifestaría en nuestro caso, no por la pérdida real de uno de los padres, sino por la ausencia del padre en la vida cotidiana del niño, y de la madre en cuanto a realizar su función materna protectora.

Estructura familiar

Algunos estudios en este campo intentan hallar factores genéticos que actúan en el trastorno depresivo en la infancia⁽¹⁾, pero no se cuenta todavía con ningún resultado definitivo al respecto.

Según Polaino Lorente⁽¹⁶⁾, las actitudes de los padres lógicamente han de contribuir a moldear el comportamiento de sus hijos: el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos.... todos ellos factores que están implicados en el trastorno depresivo.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que los casos de niños deprimidos suele haber uno de los padres con síntomas de depresión. En este sentido, Ajurriaguerra⁽¹⁷⁾ en una revisión sobre estudios del medio familiar, llega a las mismas conclusiones y considera que esto podría generar dos hipótesis etiológicas: 1) ha operado un mecanismo de identificación del niño con el padre depresivo; 2) se genera en el pequeño un sentimiento de que esta figura es inaccesible, incapaz de ofrecer gratificación.

Levovici y Soulé citados en Penot⁽⁴⁾ señalan que en la depresión infantil, el padre suele estar ausente o con funciones parentales bastante nulas, inestable, presente en las fantasías del niño por su omnipotencia. La madre suele ser joven y presentar un carácter imprevisible, con variaciones del humor, evitativa de la vivencia depresiva a través de acciones intempestivas. Todo esto lleva a dificultar o imposibilitar la internalización de unas figuras paternas de referencia estables.

A lo largo de nuestra exposición, se han presentado datos de la constelación familiar del caso que concuer-

dan con la hipótesis etiológica presentada anteriormente de la identificación del niño con su padre -a través de querer ser Supermán-, cuya conducta apunta, al menos, un estado de hipomanía.

Pronóstico

Lebovici y Soulé citados en Penot⁽⁴⁾, haciendo referencia a varios estudios sobre el pronóstico de la depresión infantil, concluye que la presencia de trastorno afectivo en la infancia no es pronóstico de un futuro trastorno afectivo en la adultez en la mayoría de los casos. No obstante, debido a que la mayoría de estas investigaciones se refieren casi siempre a diagnósticos de depresión mayor o de psicosis maníaco-depresivas, la mayoría de las veces basados en criterios diagnósticos muy adultomorfos, es posible que se detecten menos diagnósticos de los existentes, ya que pensamos que una personalidad que se estructura sobre un sufrimiento depresivo de fondo, sin duda está más predispuesta a sufrir en un futuro un trastorno de este tipo.

Estos autores indican que el mayor riesgo de pronóstico, la evolución hacia una psicosis disociativa en la adolescencia, ocurre en pocos casos, otro riesgo es la evolución hacia trastornos de conducta con rasgos psicopáticos (defensivos de la depresión).

Torras y Cantavella⁽¹⁷⁾ consideran que el niño y el adolescente evolucionan siempre, ya sea hacia una mayor integración y consolidación de su personalidad, ya sea hacia una pérdida de la integración y una mayor desestructuración y riesgo de enfermedad mental abierta. De esta forma, el diagnóstico en psiquiatría y psicología infantil es evolutivo y, por tanto, no hay diagnóstico definitivo. En este sentido, queremos señalar que este estado de evolución puede favorecer el pronóstico en el caso de que se efectúe un tratamiento.

Tratamiento

En general, los resultados de los antidepresivos no son buenos en la infancia. La mayoría de autores se decantan, en cambio, por un abordaje psicoterapéutico.

Ajurriaguerra considera que cuanto más pequeño sea el niño, más importante es la ayuda que debe suministrarse a la familia.

En el caso expuesto, se indicó iniciar una psicoterapia para el niño y entrevistas psicoterapéuticas con ambos padres, debido a que sus propias dificultades -la

hiperactividad del padre y la pasividad de la madre- repercutían sin duda en la problemática del niño.

CONCLUSIONES

A partir de los trabajos revisados y el caso descrito quedan patentes las dificultades que plantea la depresión infantil principalmente por la falta de acuerdo en la clasificación diagnóstica, por la extrapolación que entonces se lleva a cabo desde el diagnóstico adulto y por las resistencias que suscita el reconocimiento de la psicopatología infantil.

El vacío en las clasificaciones diagnósticas de la depresión infantil dificulta la comprensión de este síndrome, dando lugar a confusiones. En este sentido, observamos que no se tiene en cuenta que la sintomatología, la expresión y la vivencia del trastorno será diferente según la edad y el nivel madurativo, y, si bien en el adulto es posible generalizar, la evolución del niño da pie a manifestaciones y significados de sus conductas diferentes según sea ésta.

Nos parece necesario resaltar la necesidad de observar y comprender los síntomas infantiles integrándolos en un cuadro clínico con significado, en cada momento evolutivo, que oriente posteriores decisiones.

Por otro lado, nos parece de fundamental importancia poder detectar el trastorno depresivo en la infancia ya no sólo por el sufrimiento que supone para el niño -sufrimiento que en muchas ocasiones está enmascarado- que sin duda interfiere en su rendimiento, aprendizajes, relaciones y desarrollo en general, sino también por la posibilidad de actuar de una forma más precoz a través de un tratamiento con pronóstico mucho más favorable cuanto antes se inicie éste, dada la plasticidad y la mayor posibilidad de reorganización que el abordaje del tratamiento ofrece en edades tempranas.

Creemos que a través del caso expuesto hemos podido ilustrar además de la existencia del trastorno depresivo en la infancia, cómo ésta puede manifestarse en edades muy tempranas.

Por último, queremos destacar algunos aspectos que se han puesto de evidencia a lo largo de este trabajo:

- Actualmente se acepta plenamente la posibilidad de depresión en la infancia;
- No hay acuerdo unánime sobre su forma de presentación pero se tiende a aceptar la polisintomatología del cuadro.

- 86 - Parece que una determinada estructura familiar favorece la aparición de síntomas depresivos en el niño: - El pronóstico es bueno si nos atenemos a que el niño está en un momento de evolución constante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, *DSM-III-R*. Washington, DC, 1980.
- 3 Medina A, Moreno MJ. *Epidemiología etiopatogenia y terapéutica de las depresiones*. Espaxs, Barcelona, 1988.
- 4 Penot B. La depresión en el niño. En: Lebovici S, Soulé M, Diatkine E, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. V. 3 Biblioteca Nueva. Madrid, 1989.
- 5 Campo AJ. La depresión en la infancia y la psicoterapia psicoanalítica de las severas manifestaciones. *Rev Catalana de Psicoanàlisi* 1984;**2**:79-94.
- 6 Klein M. *Psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*. (1948) Obras completas V. II. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- 7 Carlson GA, Cantwell DP. A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population: interview data. *J Am Acad Child Psychiatry* 1979;**18**:587-589.
- 8 Carlson GA, Cantwell D. Unmasking masked depression. *Am J Psychiatry* 1980;**137**(4):445-449.
- 9 Citryn L, McKnew DH Jr. proposed classification of childhood depression. *Am J Psychiatry* 1972;**129**:149-155.
- 10 Frommer EA. Depressive illness in childhood. En: Coppens A, Walk A, eds. *Recent development in affective disorders*. Ashford, Kent: Headley Brothers 1968:117-136.
- 11 McConville BJ y cols. Three types of childhood depression. *Can J Psychiatr* 1973;**18**:133-138.
- 12 Weinberg WA y cols. Depression in children referred to an education diagnostic center. *J Pediatr* 1973;**83**:1065-1072.
- 13 Ajurriaguerra J de. *Manual de Psicopatología del niño*. Ed. Toray-Mason. Barcelona, 1982.
- 14 Duché DJ. Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatr Infant* 1964;**7**(1):1-114.
- 15 Grinberg L. *Culpa y Depresión*. Alianza. Madrid, 1983.
- 16 Polaino Lorente A. *La depresión*. Martínez Roca. Barcelona, 1985.
- 17 Torras E, Cantavella F. E.N.E.T. Classificació diagnòstica en Psiquiatria i Psicologia infantil. *Ann Med* 1984;**70**(10):290-293.

M. D. Forns Serrallonga
R. M. Raich Escursell

Síntomas de ansiedad en alumnos de EGB

Profesora titular
Departamento Psicología de la Salud
Universidad Autónoma de Barcelona
Bellaterra (Barcelona)

Anxiety symptoms among school- children in ordinary primary schools

RESUMEN

Se ha utilizado el cuestionario STAIC (Spielberger, 1973) para evaluar los síntomas de ansiedad de 1.491 alumnos, entre 8 y 15 años. Se han establecido dos grupos de alumnos;

- Grupo 1: alumnos con graves necesidades educativas
- Grupo 2: alumnos sin graves necesidades educativas.

Se han estudiado los índices estadísticos. Se han comparado los resultados obtenidos con los encontrados por otros investigadores. También se han estudiado las relaciones entre los dos grupos de alumnos que integran la muestra.

PALABRAS CLAVE

Síntomas de ansiedad; Cuestionarios de ansiedad; Integración educativa.

ABSTRACT

The State-Trait Anxiety Inventory for Children, (Spielberger, 1973) was used to assess anxiety symptoms in 1491 pupils (ages between 8 and 15 years). Two groups were ranged:

- Group 1: Students with severe educational necessities*
- Group 2: Students without severe educational necessities.*

Statistics indexes and results distribution were analized and results were contrasted with prior studies. Indeed relationships between both groups have been studied.

KEY WORDS

Anxiety symptoms; Anxiety questionnaires; Educative integration.

Tabla 1 Distribución de la población

	<i>Colegio A</i>	<i>Colegio B</i>	<i>Colegio C</i>	<i>Colegio D</i>	<i>Total</i>
Alumnos	301	509	512	169	1.491
Varones	150	335	254	91	830
Mujeres	151	174	258	78	661
3º EGB	43	53	79	29	204
4º EGB	45	60	70	25	200
5º EGB	24	97	108	29	258
6º EGB	68	100	88	29	285
7º EGB	48	110	102	28	288
8º EGB	73	89	65	29	256
Grupo 1	23	20	21	14	78
Grupo 2	278	489	491	155	1.413

INTRODUCCIÓN

En este sentido se evalúan los síntomas de ansiedad de una muestra de alumnos de EGB de la ciudad de Barcelona. En especial, se analizan los síntomas ansiosos que presentan los alumnos con graves necesidades educativas integrados en estos colegios ordinarios, comparando sus resultados con los obtenidos por el resto de compañeros. El exceso de ansiedad constituye una situación de riesgo para los propios sujetos; por tanto dicha información es esencial para proponer estrategias en materia de prevención psicológica infanto-juvenil⁽⁵⁾.

Tanto en España como en la mayor parte de países avanzados, la integración educativa es actualmente un hecho incuestionable. Queremos remarcar que la escuela verdaderamente integradora debe favorecer el equilibrio emocional y la adaptación social de todos sus alumnos, convirtiéndose en un posible factor de riesgo para los que presentan una baja motivación, sentimientos de fracaso y de marginación⁽⁷⁾.

Numerosos cuestionarios evalúan síntomas de ansiedad. Hemos analizado entre otros, los siguientes: CTASS "Inventario de indicadores de tensión y ansiedad", Cautela⁽³⁾. IER "Inventario de experiencias recientes", Holmes⁽⁶⁾. LES-C "Escala de Life-events para niños", Coddington⁽⁴⁾. STAIC "State-Trait anxiety inventory for children", Spielberg⁽⁹⁾. El análisis de los ítems de las distintas escalas, en función de las nueve características conductuales de ansiedad-retraimiento propuestas por Quay⁽⁸⁾, nos ha decidido por la utilización del cuestionario STAIC.

OBJETIVOS PRINCIPALES

Nos proponemos:

1. Evaluar la sintomatología ansiosa de alumnos de Ciclo Medio y Superior (3º a 8º de EGB).
2. Comparar nuestros resultados con los encontrados por otros investigadores que han utilizado los mismos instrumentos.
3. Buscar las relaciones entre los resultados obtenidos en nuestra muestra por el grupo de alumnos que presentaban graves necesidades educativas y por el grupo que no presentan necesidades especiales.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos de estudio

Han participado en la investigación los alumnos de ciclo medio y superior de cuatro colegios de EGB del distrito IX de Barcelona. N= 1.491 alumnos (Tabla 1).

Grupo 1: alumnos con graves necesidades educativas.

Grupo 2: alumnos sin graves necesidades educativas.

Los 1.491 alumnos se encuentran escolarizados en 52 grupos-clase o aulas. Pertenecen a un nivel sociocultural medio-bajo y bajo. Los colegios A, B, y C son de titularidad pública. El colegio D es un centro de titularidad privada que posee concierto pleno, por tanto es gratuito al igual que los tres colegios restantes.

El grupo de alumnos con graves necesidades educativas, grupo 1, ha sido seleccionado a partir de la definición operacional de caso.

Procedimiento

Se ha administrado a toda la muestra el cuestionario STAIC "State-Trait Anxiety Inventory for Children"⁽⁹⁾ utilizando la versión castellana realizada para fines experimentales por García, Cuesta y Toro, Unidad de Psiquiatría infantil y juvenil de la Facultad de Medicina de Barcelona (1986). Las respuestas dadas por los sujetos en los distintos ítems han sido valoradas dentro de un enfoque conductual, tal como prevé Carrobbles⁽²⁾, es decir, han sido consideradas como simples manifestaciones de conducta: cognitivas, motoras o fisiológicas, respuestas específicas a situaciones estresantes o adversas para el individuo. No nos referiremos por tanto al Cuestionario STAIC como un instrumento dentro de la teoría general del rasgo-estado en el que puede encuadrarse a su autor Spielberger: ansiedad considerada como un estado emocional transitorio o como rasgos de personalidad.

El cuestionario consta de 20 ítems en la Escala R, y 20 ítems en la Escala E, cada uno con tres posibles respuestas alternativas. El sujeto debe marcar con una cruz la respuesta que describe mejor su situación personal de forma habitual, es decir, generalmente, en la Escala R. En la Escala E debe marcar la respuesta que describe mejor su situación personal en el momento de contestar el cuestionario. Las tres posibles respuestas alternativas de cada ítem reflejan: severidad del síntoma; menor gravedad del síntoma, y ausencia del síntoma.

Cada ítem puede recibir una puntuación de 3, 2 y 1 puntos, según el tipo de respuesta dada por el sujeto. La puntuación total equivale a la suma de puntuaciones obtenidas en cada ítem y puede oscilar entre 0 y 60 puntos, en cada escala.

Se ha aplicado de forma colectiva. Únicamente algunos alumnos con dificultades para realizar este trabajo en grupo, han contestado de forma individual. Se han respetado las instrucciones verbales y normas de aplicación previstas por su autor. Se han aplicado las dos escalas STAIC-R y STAIC-E en la misma sesión de trabajo, con una duración aproximada de 20 minutos.

El tratamiento estadístico de los resultados se ha realizado con las versiones 3.0 y 3.1 para VAX/VMS del Sistema SPSS-X.

Se ha estudiado la distribución de los resultados y los índices estadísticos del cuestionario STAIC-R y E, obtenidos por los 1.491 alumnos que integran nuestra muestra.

A continuación se han comparado nuestros resultados con los que han encontrado otros investigadores que han utilizado el mismo instrumento.

También se han analizado las relaciones entre los resultados de los dos grupos de alumnos que integran la muestra: a) alumnos con graves necesidades educativas y b) alumnos sin graves necesidades educativas.

Finalmente se han estudiado otros aspectos psicométricos del propio instrumento utilizado.

RESULTADOS

Resultados del cuestionario STAIC. Totalidad de la muestra

En la tabla 2 se refleja la distribución de frecuencias de las respuestas alternativas 1, 2 y 3, dadas por la población total a cada uno de los ítems del cuestionario STAIC.

En el STAIC-R se observa que los ítems 1 y 15 que indican actitud pesimista, preocupación, han recibido un porcentaje muy alto de respuestas de valor 3 (respuestas menos adaptadas), cercano al 50%. Únicamente dos ítems relacionados con el estado de ánimo, ítems 2 y 3, han tenido pocas respuestas de valor 3 (valores cercanos al 5%). Los 16 ítems restantes han recibido entre el 10% y el 35% de respuestas de valor 3, cifra que consideramos elevada para este tipo de respuestas.

En el STAIC-E se observa que todos los ítems han recibido un porcentaje de respuestas de valor 1 (respuestas adaptadas), más elevado que el porcentaje de valor 3. Únicamente cinco ítems (ítems 1, 6, 8, 10 y 13) han recibido puntuaciones de valor 3 superiores al 10%: los ítems 1, 6 y 8 indican irritabilidad, agitación; los ítems 10 y 13 expresan conductas de tipo cognitivo.

En la tabla 3 figura la puntuación media y la desviación estándar de los resultados totales del STAIC-R y E, obtenidos por la población total y por los distintos grupos de alumnos según las variables sexo, curso y colegio.

Comparación de los resultados obtenidos en nuestra muestra y los encontrados por otros investigadores

Efectuamos la comparación de los resultados a partir de las puntuaciones medias de las distintas muestras. (Tabla 4).

Tabla 2 Distribución de frecuencias. Items cuestionario STAIC

Items STAIC-R

Respuestas %

	1	2	3
1. Me preocupa hacer mal cosas	11,7	41,4	46,9
2. Me siento con ganas de llorar	53,5	41,1	5,4
3. Me siento desgraciado	70,0	24,9	5,1
4. Me cuesta tener ideas claras	31,3	47,8	20,9
5. Hacer frente a problemas	33,3	45,9	20,8
6. Me preocupo demasiado por todo	24,3	42,0	33,7
7. Estoy alterado en casa	51,8	33,4	14,8
8. Soy tímido	40,4	36,2	23,4
9. Creo que tengo problemas	46,1	40,5	13,4
10. Tengo ganas de llorar	45,8	35,4	18,8
11. Estoy preocupado por el colegio	27,0	38,6	34,4
12. Decidir entre varias cosas	30,4	42,1	27,5
13. Mi corazón va deprisa	44,2	36,2	19,6
14. Tengo miedo	47,7	35,7	16,6
15. Estoy preocupado por padres	21,1	33,7	45,2
16. Me sudan las manos	41,7	27,0	31,3
17. Me preocupan las cosas	19,7	48,6	31,7
18. Me cuesta dormir	52,6	26,2	21,2
19. Algo raro en estómago	59,2	31,3	9,5
20. Otros piensan de mí	31,9	34,7	33,4

Items STAIC-E

Respuestas %

1. Poco alarmado	24,3	63,6	12,1
2. Alterado	73,0	21,3	5,7
3. Nada a gusto	33,5	59,0	7,5
4. Nervioso	63,0	27,4	9,6
5. Inquieto	63,4	28,2	8,4
6. Intranquilo	28,4	56,1	15,5
7. Con miedo	84,5	13,0	2,5
8. Nada relajado	23,9	58,8	17,3
9. Muy preocupado	57,6	32,9	9,5
10. Nada satisfecho	24,7	60,0	15,3
11. Muy asustado	81,6	14,5	3,9
12. Nada feliz	40,4	53,1	6,5
13. Nada seguro	29,9	59,4	10,7
14. Nada bien	44,7	50,5	4,8
15. Con problemas	48,8	44,7	6,5
16. Fastidiado	74,5	19,6	5,9
17. Nada contento	39,4	52,5	8,1
18. Aterrorizado	90,5	7,6	1,9
19. Hecho un lío	75,2	20,2	4,6
20. Nada animado	43,3	47,5	9,3

La puntuación media que hemos encontrado en nuestra investigación es muy parecida a la encontrada por el propio autor del cuestionario, Spielberger⁽⁹⁾ y parecida también a la hallada en la adaptación española de TEA⁽¹⁰⁾. En cambio Canals⁽¹⁾ ha obtenido

puntuaciones medias bastante más bajas que las muestras.

Para determinar si la diferencia entre las puntuaciones medias del cuestionario STAIC-R y E en las distintas investigaciones y nuestros resultados es

Tabla 3 Distribución de los sujetos, puntuación media y desviación estándar del cuestionario SRAIC-R según las variables sexo, colegio y curso

	STAIC-R		STAIC-E		N
	P.M.	(D.E.)	P.M.	(D.E.)	
Población total	36,89	(6,36)	31,21	(6,71)	1.491
Total varones	36,15	(6,15)	30,84	(6,77)	830
Total mujeres	37,82	(6,49)	31,68	(6,60)	661
Colegio "A"	37,14	(6,59)	31,68	(7,19)	301
Colegio "B"	36,05	(6,49)	30,70	(6,54)	509
Colegio "C"	37,76	(6,15)	31,52	(6,64)	512
Colegio "D"	36,37	(5,79)	31,03	(6,42)	169
Curso 3º P. Total	36,50	(6,15)	28,85	(6,66)	204
Varones	36,26	(5,85)	28,03	(6,07)	106
Mujeres	36,75	(6,47)	29,73	(7,18)	98
Curso 4º P. Total	37,75	(6,44)	30,91	(7,34)	200
Varones	36,81	(6,50)	30,57	(7,35)	113
Mujeres	38,96	(6,18)	31,35	(7,34)	87
Curso 5º P. Total	36,78	(6,29)	30,32	(5,70)	258
Varones	36,36	(6,52)	30,78	(6,10)	147
Mujeres	37,34	(5,96)	29,72	(5,10)	111
Curso 6º P. Total	37,21	(6,52)	31,15	(7,06)	285
Varones	36,30	(5,89)	31,47	(7,80)	146
Mujeres	38,16	(7,02)	32,87	(6,13)	139
Curso 7º P. Total	36,42	(6,06)	31,96	(6,52)	288
Varones	35,44	(5,66)	31,22	(6,50)	166
Mujeres	37,75	(6,34)	32,96	(6,45)	122
Curso 8º P. Total	36,80	(6,61)	32,33	(6,39)	256
Varones	35,96	(6,47)	32,03	(6,15)	152
Mujeres	38,01	(6,66)	32,76	(6,73)	104

significativa, hemos aplicado la prueba de comparación de medias observadas en muestras grandes con datos independientes. Hemos mantenido las agrupaciones por cursos y edades que han realizado los demás investigadores para poder llevar a cabo la comparación.

No se encuentran diferencias significativas entre nuestros resultados y los encontrados por Spielberger⁽⁹⁾ en el STAIC-R. En todos los grupos estudiados los valores *z* han sido inferiores a 1,96, con un grado de significación $P=0,05$. En el STAIC-E tampoco encontramos diferencias significativas entre nuestras medias y las de Spielberger, en la mayoría de grupos. Solamente se han encontrado diferencias significativas ($P=0,05$), entre los grupos de mujeres de 5º y 6º de EGB.

En la comparación de los resultados del STAIC-R, de nuestro estudio y los obtenidos en la adaptación

española de TEA, no se encuentran diferencias significativas ni en los varones ni en las mujeres, a partir de 7º EGB. En cambio se han encontrado diferencias significativas en los varones y en las mujeres de los grupos de alumnos de 4º, 5º y 6º de EGB.

En el cuestionario STAIC-E no hemos encontrado diferencias significativas en la mayoría de grupos, entre nuestros resultados y los de la adaptación española de TEA. Únicamente en el grupo de mujeres de 4º, 5º y 6º de EGB, se han encontrado valores *z* superiores a 1,96 ($P=0,05$).

Las mayores diferencias, tanto en el STAIC-R como en el STAIC-E, las hemos encontrado entre nuestros resultados y los de Canals. Nuestras puntuaciones medias son más elevadas en todos los grupos de varones y mujeres, que las encontradas por Canals⁽¹⁾.

Tabla 4 Resultados STAIC, otros investigadores

STAIC-R Autor	Curso-Edad	P.M.	(D.E.)	N
Spielberger (1973)	4º Varones	36,3	6,80	222
	Mujeres	38,1	6,06	194
	5º Varones	36,4	6,21	286
	Mujeres	38,7	7,00	250
	6º Varones	37,3	6,03	309
	Mujeres	37,3	6,73	293
	P. Total V.	36,7	6,32	817
	P. total M.	38,0	6,68	737
	4º-6º Varones	34,41	6,62	193
	Mujeres	35,33	6,79	452
Spielberger (1990)	7º-1º BUP Varones	35,32	6,32	263
	Mujeres	37,65	6,70	599
Canals (1989)	11 a. Mujeres	34,75	6,60	223
	12 a. Varones	33,5	5,94	311
	12 a. Mujeres	33,5	7,01	223
	13 a. Varones	32,14	6,23	311
<i>STAIC-E</i>				
Spielberger (1973)	4º Varones	30,1	5,62	222
	Mujeres	30,3	6,40	194
	5º Varones	31,0	5,60	286
	Mujeres	31,2	6,14	250
	6º Varones	31,8	5,84	309
	Mujeres	30,6	5,62	293
	P. Total V.	31,0	5,71	817
	P. Total M.	30,7	6,01	737
	4º-6º Varones	30,7	6,34	191
	Mujeres	29,6	5,77	427
Spielberger (1990)	7º-1º BUP Varones	31,8	5,43	258
	Mujeres	31,5	6,01	580
Canals (1989)	11 a. Mujeres	28,12	5,40	223
	12 a. Varones	28,48	5,00	311
	12 a. Mujeres	28,05	7,01	223
	13 a. Varones	27,78	5,54	311

Hay que tener en cuenta, no obstante, que las dos poblaciones tienen diferencias importantes: mientras nuestra población pertenece a una gran ciudad, la de Canals pertenece a la ciudad de Reus, de dimensiones mucho más reducidas. Por otra parte, Canals establece los distintos grupos según su fecha de nacimiento (entre los meses de enero y junio), mientras que en nuestro estudio los grupos se han establecido en función del curso de EGB que están realizando. Un estudio detallado de ambas muestras, nos facilitaría posiblemente, encontrar más datos que nos permitirían interpretar las diferencias.

Relaciones entre los resultados de los dos grupos de estudio

El estudio de la normalidad de la distribución de los resultados totales del STAIC-R y STAIC-E se ha realizado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 5)

Tanto en el STAIC-R como en el STAIC-E los resultados son compatibles con la hipótesis de normalidad en el Grupo 1 y no son compatibles con dicha hipótesis en el Grupo 2.

Se han buscado las relaciones entre ambos resultados mediante el análisis de la varianza, utilizando el

Tabla 5 Resultados STAIC. Estudio de normalidad

	STAIC-R	STAIC-E
Grupo 1	P.M.=38,37 (D.E.=6,81) z=1,09 (p=0,1)	P.M.=32,44 (D.E.=8,42) z=1,16 (p=0,1)
Grupo 2	P.M.=36,81 (D.E.=6,32) z=2,28 (p=0,01)	P.M.=31,15 (D.E.=6,60) z=4,57 (p=0,01)

programa T-TEST, de comparación de dos medias en grupos independientes. Los resultados han sido los siguientes: STAIC-R $t=2,12$ ($P=0,034$), STAIC-E $t=1,33$ ($P=0,187$).

Se ha encontrado una diferencia significativa en el STAIC-R entre las puntuaciones medias de ambos grupos, siendo superior la del grupo de alumnos con graves necesidades educativas. No se ha encontrado una diferencia significativa en el STAIC-E entre las puntuaciones medias de ambos grupos, siendo superior la del grupo de alumnos con graves necesidades educativas.

También se han buscado las relaciones entre los resultados de los dos grupos de alumnos a través de las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney, puesto que como acabamos de decir, en el Grupo 2 los resultados no son compatibles con la hipótesis de normalidad. Las diferencias encontradas en el STAIC-R entre ambos grupos ha sido significativa. Las diferencias encontradas en el STAIC-E entre ambos grupos no ha sido significativa. Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

STAIC-R $z = -1.6514$ ($P=0,0987$)

STAIC-E $z = 0,8551$ ($P= 0,3925$)

Queremos manifestar que durante la administración y posterior corrección del cuestionario STAIC-E a la totalidad de la población, hemos constatado que algunos ítems no han sido comprendidos correctamente por los alumnos, ya que se observan respuestas que resultan incongruentes.

Las relaciones entre los resultados parciales y el Grupo de pertenencia se han estudiado con el coeficiente χ^2 de Pearson (Tabla 6).

Hemos realizado únicamente el análisis de los resultados en el STAIC-R, ya que como hemos descrito en párrafos anteriores, los resultados obtenidos en el STAIC-E han sido poco valorables, puesto que hemos observado muchas respuestas contradictorias. A menudo nues-

Tabla 6 Resultados comparación de medias ítems STAIC-R (Grupo 1 y 2): coeficiente χ^2 de Pearson

STAIC-R		
Item 1=	$\chi^2 = 8,3889$	($P=0,0150$)
Item 2=	$\chi^2 = 3,0038$	($P=0,227$)
Item 3=	$\chi^2 = 10,0379$	($P=0,0066$)
Item 4=	$\chi^2 = 2,9618$	($P=0,2274$)
Item 5=	$\chi^2 = 1,3288$	($P=0,5145$)
Item 6=	$\chi^2 = 16,3220$	($P=0,0002$)
Item 7=	$\chi^2 = 0,7241$	($P=0,6962$)
Item 8=	$\chi^2 = 14,1948$	($P=0,0008$)
Item 9=	$\chi^2 = 7,3895$	($P=0,0248$)
Item 10=	$\chi^2 = 2,5744$	($P=0,2760$)
Item 11=	$\chi^2 = 3,7654$	($P=0,1521$)
Item 12=	$\chi^2 = 0,3343$	($P=0,8418$)
Item 13=	$\chi^2 = 10,5464$	($P=0,0051$)
Item 14=	$\chi^2 = 1,4860$	($P=0,4756$)
Item 15=	$\chi^2 = 1,0515$	($P=0,5911$)
Item 16=	$\chi^2 = 1,9527$	($P=0,3766$)
Item 17=	$\chi^2 = 4,1195$	($P=0,1274$)
Item 18=	$\chi^2 = 3,5331$	($P=0,1709$)
Item 19=	$\chi^2 = 5,0223$	($P=0,0811$)
Item 20=	$\chi^2 = 0,0700$	($P=0,9655$)

tra población no ha comprendido los matices de vocabulario del STAIC-E.

El número total de ítems en el STAIC-R, con diferencias significativas entre los resultados de los dos grupos de alumnos, con un grado de significación $p=0,005$, es de seis (ítems 1, 3, 5, 8, 9 y 13).

Analizamos el sentido de la relación de las diferencias significativas encontradas en seis ítems del STAIC-R a partir del estudio del tipo de respuestas dadas por los sujetos de uno y otro grupo. La proporción de respuestas de valor 1, 2 y 3 dada por los dos grupos de alumnos en estos ítems, se detalla en la tabla 7.

En todos los ítems observamos respuestas de valor 3, (las menos adaptadas), con una frecuencia superior en el grupo 1 que en el grupo 2. El número de respuestas de valor 1 (las más adaptadas), obtenidas por el grupo 1 ha sido menor que la de sus compañeros, en cinco de los seis ítems (ítems 3, 5, 8, 9 y 13).

En tres ítems la diferencia de porcentajes de respuesta de valor 3, ha sido cercana al 50%, ítems relacionados con el estado de ánimo y la falta de confianza y preocupación en sí mismo.

En el ítem 8, ítem que hace referencia a retraimiento, el grupo de alumnos con graves necesidades educativas

Tabla 7 Proporción de respuestas (valor 1, 2 y 3) dadas por los dos grupos de alumnos en los seis ítems del STAIC-R con diferencias significativas

Item	Grupo	Valor 1	Valor 2	Valor 3
1	1	20,5	44,9	34,6
	2	11,2	41,3	47,6
3	1	55,1	34,6	10,3
	2	70,8	24,3	4,8
5	1	21,8	39,7	38,5
	2	34,0	46,2	19,8
8	1	21,8	53,8	24,4
	2	41,4	35,2	23,4
9	1	37,2	39,7	23,1
	2	46,7	40,6	12,7
13	1	28,2	41,0	30,8
	2	45,1	36,0	19,0

ha obtenido solamente cerca de la mitad de respuestas de valor 1 que sus compañeros.

En el ítem 13, relacionado con las respuestas de tipo psicossomático, el grupo de alumnos con graves necesidades educativas presenta 2,5 veces más respuestas de tipo 2 y 3 que de tipo 1. En el grupo de alumnos que no presenta graves necesidades educativas, las respuestas 2 y 3 son únicamente 1,2 veces superiores a las del grupo 1.

En el ítem 1, que denota preocupación general por las cosas, las respuestas de valor 3 han sido muy numerosas en ambos grupos. El número de respuestas de valor 3, dadas por los dos grupos, es del 46,9%, cifra muy elevada. Las respuestas globales de valor 1 son únicamente del 11,7%.

En el ítem 15 (preocupación por los padres), también las respuestas de valor 3, dadas por los dos grupos, han sido muy elevadas (45,1%). En este ítem no hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos. Las respuestas de valor 1, dadas por los dos grupos de alumnos, equivalen al 21,1%.

En el ítem 11 (preocupación por el colegio), las respuestas 2 y 3 son el 73%. Solamente un 27% del total de alumnos, manifiesta no estar preocupado por el colegio.

Otros aspectos psicométricos del cuestionario STAIC

Se ha estudiado la consistencia interna del STAIC-R y STAIC-E, con el coeficiente alfa de Cronbach. Se han

obtenido unos resultados que pueden considerarse satisfactorios en este tipo de pruebas:

STAIC-E $\alpha = 0,89$

STAIC-R $\alpha = 0,77$

Este resultado son parecidos a los hallados en la adaptación española de TEA. Utilizando la fórmula KR-20 de Kuder-Richardson, han encontrado los siguientes valores: a) STAIC-E KR-20=0,91; b) STAIC-R KR-20=0,87.

En los estudios originales, Spielberger⁽⁹⁾ encontró resultados también parecidos: a) STAIC-E (varones) KR-20=0,82; b) STAIC-E (mujeres) KR-20=0,87; c) STAIC-R (varones) KR-20=0,78; d) STAIC-R (mujeres) KR-20=0,81.

La estructura factorial ha sido estudiada con el análisis de componentes principales. Hemos obtenido los siguientes resultados, que son parecidos e incluso superiores a los encontrados en la adaptación española de TEA:

STAIC-E: el primer factor agrupa el 32,5% de la varianza. Tres factores con valores propios ≥ 1 , agrupan al 52,7% de la varianza.

STAIC-R: el primer factor agrupa el 19,6% de la varianza. Cuatro factores con valores propios ≥ 1 agrupan el 37,4% de la varianza.

CONCLUSIONES

Los resultados del cuestionario STAIC en nuestra muestra de 1.491 alumnos, son parecidos a los encontrados por Spielberger en 1973 y a los de la adaptación española de 1990. Con pocas diferencias significativas entre los mismos. Hemos encontrado mayores diferencias entre nuestros resultados y los de Canals⁽¹⁾, con unas puntuaciones medias más elevadas en todos los grupos de nuestra muestra.

Al analizar minuciosamente las respuestas del cuestionario STAIC-E, hemos observado que diversos alumnos han contestado de forma incongruente algunos ítems, probablemente como consecuencia de la deficiente comprensión de los matices semánticos de algunos vocablos utilizados. Desearíamos contrastar estos resultados con los de otros investigadores.

Hemos encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones medias de los resultados del STAIC-R entre el grupo de alumnos con graves necesidades educativas y el grupo que no presenta necesidades educativas especiales. Esta relación se expresa en el

sentido que el primer grupo de alumnos presenta una puntuación media superior a la del segundo grupo. En nuestro estudio, los alumnos sometidos a integración educativa presentan mayor número de síntomas de ansiedad que sus compañeros: falta de confianza en sí mismos, retraimiento, respuestas de tipo psicossomático, preocupación por las cosas.

Este estudio forma parte de una investigación más amplia en la que se evalúan otros aspectos de los alumnos sometidos a integración educativa. Se desea disponer de elementos para poder establecer estrategias psicológicas y pedagógicas que faciliten la verdadera integración de estos alumnos en las escuelas ordinarias de nuestro sistema educativo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Canals J. *Depresión y desarrollo puberal: aspectos clínicos y epidemiológicos*. Tesis doctoral. Departamento Psicología de la Salud. Universidad Autónoma Barcelona, 1989.
- 2 Carrobbles JA, Díez-Chamizo V. Evaluación de conductas ansiosas. En: Fernández Ballesteros R, Carrobbles JA. *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide, 1981.
- 3 Cautela JR, Upper D. *A behavioral inventory battery: the use of self-report measures in behavioral analysis and therapy*. Illinois: Research Press Company, 1977.
- 4 Coddington RD. Measuring the stressfulness of a child's environment. En: Humphrey J, ed. *Stress in Childhood*. Nueva York: Ams Press, 1984.
- 5 Domènech E, Forns MD. Problemas psicológicos y psicopatológicos en niños sometidos a integración escolar. En: Roman JM, García D, ed. *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro, 1990.
- 6 Holmes T. Inventario de experiencias recientes. En: Davis M, McKay M, Eshelman ER. *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- 7 Polaino A. Las depresiones en la infancia y en la adolescencia. En: *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata, 1988.
- 8 Quay HC. Classification. En: Quay HC, Werry J. *Psychopathological disorders of childhood*. (2ª ed). Nueva York: Wiley, 1979.
- 9 Spielberger C, Edwards CD, Lushene R, Montouri J, Platzek D. *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press, 1973.
- 10 Spielberger C, Edwards CD, Lushene R, Montuori J, Platzek D. *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA, 1990.
- 11 SPSSINC (Ed.) *SPSS-X User's Guide* (2nd ed.) Nueva York: McGraw-Hill, 1986.

R. M. Puerto Suárez de Mendoza¹

F. J. Vaz Leal¹

M. T. Rayo Madrid¹

J. Moreno Vázquez²

1 Departamento de Farmacología

2 Departamento de Fisiología

Facultad de Medicina de la Universidad
de Extremadura Badajoz

Correspondencia:

Rosa M. Puerto Suárez de Mendoza
Avda. Fernando Calzadilla, 25 8A
06004 Badajoz

Factores psicopatológicos y
control metabólico en niños
diabéticos insulino dependientes:
un estudio clínico

*Psychopathological factors and
metabolic control in insulin-
dependent children with
Diabetes Mellitus: a clinical
study*

RESUMEN

La relación existente entre determinadas variables psicológicas y el grado de control metabólico fue estudiada en 28 niños afectados de diabetes mellitus insulino dependiente, durante su estancia en un campamento de verano. Los niños respondieron a dos escalas, que medían depresión (CDS) y ansiedad (STAIC). El grado de control metabólico fue seguido mediante mediciones sistemáticas de la glucemia realizadas a diario. Los resultados mostraron que un peor control metabólico se correspondía con mayores niveles de ansiedad y depresión.

PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus; Glucemia; Cuestionarios;
Ansiedad- depresión.

ABSTRACT

This paper explores the relationship of some psychological variables to control of insulin-dependent diabetes in children. Twenty-eight diabetic children completed two scales measuring anxiety (STAIC) and depression (CDS) in the second day of their stay in a summer camp. The metabolic state was controlled by daily and systematized glycaemia determinations. Results showed that poor metabolic control was associated to high anxiety and depression levels.

KEY WORDS

Diabetes Mellitus; Anxiety-depression: Scales; Glucose control.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades físicas de curso crónico se acompañan con gran frecuencia, cuando afectan a niños, de complicaciones de tipo psicopatológico⁽¹⁻³⁾. Entre ellas, podemos citar la distorsión del autoconcepto (autoimagen y autoestima), la tendencia al aislamiento y al distanciamiento de otros niños de la misma edad, la dificultad o imposibilidad para participar en determinadas actividades, la aparición de sentimientos de culpabilidad, etc.

Con la introducción y desarrollo de la terapia insulínica, la Diabetes Mellitus insulínodospendiente dejó de ser una enfermedad mortal (fallecimiento por coma hiperglucémico en pocos meses), pasando a convertirse en una enfermedad crónica. Hoy día la esperanza de vida de un niño diabético está muy cerca de la del resto de la población infantil. No obstante, el lado negativo de esta mayor supervivencia está en la aparición con los años de las denominadas complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus (retinopatía, nefropatía, neuropatía, etc.) Todos los autores están de acuerdo en el hecho de que la mejor prevención de estas complicaciones es el adecuado control metabólico del paciente diabético.

El papel que juegan los factores psicosociales en la aparición y desarrollo de la Diabetes Mellitus insulínodospendiente ha sido ampliamente discutido, llegándose a defender puntos de vista muy alejados. En este sentido, existen autores que defienden la importancia de dichos factores, llegando incluso a atribuirles un papel decisivo en cuanto que desencadenantes de la enfermedad. Frente a ellos, hay otro grupo de autores que minimizan la posible influencia de los factores psicosociales sobre la Diabetes Mellitus, insistiendo más en los aspectos puramente biológicos⁽⁴⁾.

Aun estando más o menos de acuerdo con alguna de las dos posturas citadas, no se puede negar que el niño diagnosticado de diabetes ve trastornado el curso normal de su vida, ya que se ve obligado a introducir en ella, de forma repentina, ciertas normas rígidas destinadas a controlar una enfermedad para él "casi invisible". Para evitar riesgos, deberá adaptarse en un período de tiempo muy breve a inyectarse a diario, someterse a una dieta y aprender a interpretar nuevas señales de su organismo. Se genera, a fin de cuentas, una situación nueva que le hace sentirse diferente, lo cual puede

propiciar la aparición de conductas de oposición o rechazo. El problema no sería muy grande si no se diese la circunstancia de que la oposición o transgresión de las normas, tan necesarias para la autoafirmación de los niños normales, pueda tener consecuencias muy graves para el niño diabético, pudiendo llegar a poner en peligro su vida. Pero, por otra parte, asumir la nueva situación y someterse a las normas, conlleva sentimientos de rebeldía y tristeza que cada niño manifestará de diferente manera⁽⁵⁾.

Según Manciaux y cols.⁽⁶⁾, los niños diabéticos se caracterizan por una emotividad acentuada, con una tendencia particularmente notable a ser alterados por causas cuya repercusión psicosomática es desproporcionada, en relación con los móviles que la desencadenan. Los niños descritos son irritables, con inmadurez afectiva que se traduce en necesidad de protección, falta de seguridad en sí mismos y dependencia intensa con respecto a uno o a ambos progenitores.

La edad de aparición de la enfermedad y, como indica Bleger⁽⁷⁾, la actitud del medio, pueden agravar las reacciones del niño, al menos de tres modos: por indiferencia o rechazo, por adhesión escrupulosa o rígida (casi ritual) a las reglas de los tratamientos, o por hiperprotección o indulgencia excesiva.

Dentro del contexto general que acabamos de plantear, el presente estudio trata de aproximarse a la posible relación existente entre factores psicológicos (representados aquí por manifestaciones de tipo depresivo-ansiosas) y grado de control metabólico en niños diabéticos, analizando ambos elementos en una situación experimental que pone a prueba al niño y su capacidad de adaptación.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron estudiados un total de 28 niños/as que acudían a un campamento de verano para niños diabéticos. Las edades estaban comprendidas entre los 9 y los 15 años (media $12,28 \pm 1,78$ años). Todos estaban en tratamiento con insulina. La diabetes se había iniciado entre los 4 y los 13 años (media $9,15 \pm 2,76$), con una evolución entre 0,5 y 8 años (media $3,13 \pm 2,43$).

El estudio incluyó la valoración psicológica de los niños a su llegada al campamento y la determinación de glucemia realizada a lo largo de su estancia en el mismo (15 días).

Tabla 1 Correlaciones entre variables clínicas y puntuación en las escalas

	STAIC-E	STAIC-R	CDS-P	CDS-D
Edad actual	-0,502 (***)	-0,244 (*)	0,047 (*)	-0,391 (**)
Edad de inicio	-0,118 (*)	-0,017 (*)	0,101 (*)	-0,336 (*)
Años de evolución	-0,234 (*)	-0,159 (*)		0,096 (*)

(*) valor de *p* no significativo.

(**) *p* < 0,05.

(***) *p* < 0,01.

La valoración psicológica se realizó mediante la entrevista con el niño y aplicación del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC)⁽⁸⁾ y la Escala de Depresión de Lang y Tisher (CDS)⁽⁹⁾, ambas aplicadas durante el segundo día de estancia. Los cuestionarios fueron valorados de acuerdo con las instrucciones de los manuales correspondientes a los mismos.

Paralelamente, y a lo largo de toda la estancia en el campamento, fueron realizadas determinaciones de glucemia, mediante punción de sangre capilar, en los siguientes momentos del día: 1) basal; 2) dos horas después del desayuno; 3) antes de la comida; 4) dos horas después de la comida; 5) antes de la cena; y 6) dos horas después de la cena.

Una vez valorado el estado metabólico, los niños fueron incluidos en una de las dos siguientes categorías:

1. Grupo BC (niños con buen control metabólico): eran aquéllos que presentaban glucemias basales menores de 170 mg/dl y glucemias postprandiales menores de 200 mg/dl, con oscilaciones de la glucemia en el mismo día inferiores a los 100 mg/d. Este grupo quedó compuesto por ocho niños (28,57% del total).
2. Grupo MC (niños con mal control metabólico): eran aquellos que presentaban glucemias basales mayores de 170 mg/dl, glucemias postprandiales superiores a 200 mg/dl y/u oscilaciones diarias de más de 100 mg/dl. Este grupo incluyó a 20 niños (71,42% de la muestra).

En un momento posterior fueron comparados los datos relativos a la Escala STAIC y al Cuestionario CDS de ambos grupos mediante ANOVA de una vía. También se estudió mediante regresión simple las correlaciones entre las diferentes escalas utilizadas.

Tabla 2 Correlaciones entre las diferentes escalas utilizadas

	STAIC-E	STAIC-R	CDS-P
STAIC-R	0,299 (*)		
CDS-P	0,045 (*)	-0,013 (*)	
CDS-D	0,564 (**)	0,095 (*)	0,316 (*)

(*) valor de *p* no significativo.

(**) *p* < 0,01.

RESULTADOS

El estudio estadístico realizado puso de manifiesto que no existían diferencias entre los dos grupos aislados en lo relativo a sus características básicas. Así, la media de edad fue de $12,5 \pm 2,0$ años para el grupo BC y de $12,2 \pm 1,7$ años para el grupo MC ($F=0,157$; $p=0,6952$). La diabetes se había iniciado en edades similares en los dos grupos MC ($F=0,054$; $p=0,8174$). De este modo, los niños de los dos grupos presentaban un tiempo de evolución similar, que era de $3,15 \pm 3,19$ años en el grupo BC y de $3,12 \pm 2,16$ en el grupo MC ($F=0,001$; $p=0,981$).

Al comparar estos tres parámetros con los resultados procedentes de las pruebas clínicas aplicadas fueron obtenidos resultados de interés, que aparecen recogidos en la tabla 1. Como puede observarse, existe una correlación inversa muy significativa entre la edad de los niños estudiados y las puntuaciones que presentaban en la subescala "Estado" del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC) y en la subescala "Depresión" de la escala de Depresión de Lang y Tisher (CDS). Sin embargo, no existía correlación significativa al comparar estos factores con la edad de inicio de la diabetes, ni tampoco con los años de evolución. La subescala "Rasgo" del STAIC y la subescala "Positiva" de la CDS no se correlacionaban de modo significativo con ninguno de los parámetros citados.

La tabla 2 recoge los resultados del estudio de correlación entre el STAIC y la CDS en la población de niños diabéticos estudiada. De nuevo la subescala "Estado" del STAIC y la subescala "Depresión" de la CDS aportan resultados estadísticamente significativos, ya que, como podemos observar, existe una correlación directa y significativa ($r=0,564$; $p<0,01$) entre ambas, lo que

Tabla 3 Puntuaciones en las escalas STAIC y CDS en los dos grupos aislados

	Grupo con buen control	Grupo con mal control	Valor F	Valor p
STAIC				
- Ansiedad estado	26,3 ± 25,1	28,9 ± 27,0	0,054	0,8186
- Ansiedad rasgo	36,8 ± 17,7	53,3 ± 54,4	0,685	0,4153
CDS				
Subescala AA	5,12 ± 2,23	5,25 ± 2,51	0,015	0,9034
Subescala RA	3,12 ± 1,80	4,70 ± 2,79	2,254	0,1542
Subescala PS	3,37 ± 1,68	4,15 ± 2,49	0,645	0,4293
Subescala AE	2,87 ± 1,95	4,60 ± 2,58	2,877	0,1018
Subescala PM	3,62 ± 1,68	4,65 ± 2,39	1,215	0,2804
Subescala SC	2,37 ± 1,18	4,15 ± 2,43	3,824	0,0614
Subescala DV	2,62 ± 2,20	3,85 ± 1,92	2,135	0,1559
Subescala PV	5,37 ± 1,92	6,15 ± 0,50	0,838	0,3682
Total positivas	43,7 ± 32,0	50,7 ± 32,6	0,261	0,6138
Total depresión	13,7 ± 21,4	30,3 ± 32,0	1,789	0,1926

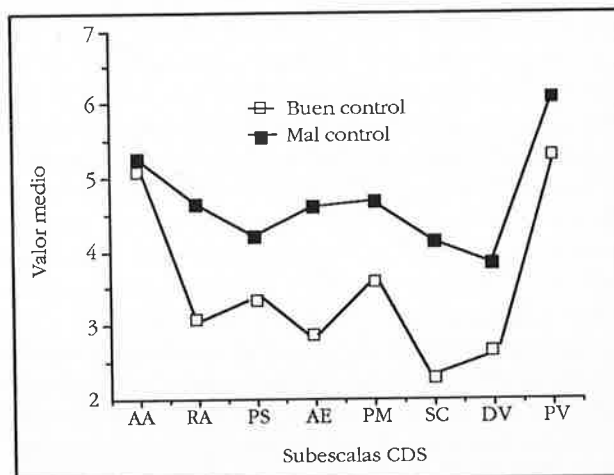


Figura 1. Gráfico de puntuaciones en las subescalas del CDS en los dos grupos estudiados

significa que aquellos niños que presentan mayores niveles de ansiedad presentan también manifestaciones depresivas más notables. No se detectan correlaciones de interés, desde el punto de vista estadístico, en los otros parámetros analizados.

La tabla 3, finalmente, muestra los valores promedios obtenidos en las dos escalas aplicadas para cada uno de los grupos aislados. Como podemos observar, no existen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, aunque los niños pertenecientes al grupo MC presentan puntuaciones más elevadas en todas las subescalas del STAIC y de la CDS que los niños del grupo BC. Esta diferencia, en lo referente a las subescalas de la CDS, aparece más claramente reflejada en la figura 1, que muestra dos líneas prácticamente paralelas, correspondiendo la superior (puntuaciones más altas) a los niños con peor evolución.

DISCUSIÓN

El primer dato a comentar en relación con los resultados del estudio es la ausencia de diferencias significativas notables entre los sujetos que integran los dos grupos aislados. Este hecho viene, en nuestra opinión, condicionado por el diseño del estudio, ya que se trata de una población bastante homogénea, compuesta por niños que, al margen de sus dificultades, supieron

adaptarse con éxito a una situación que suponía un cambio importante en sus vidas. Creemos que los resultados de nuestro estudio deben ser considerados dentro de este contexto general, con las limitaciones que ello conlleva. De todos modos, si existen algunas diferencias que pueden ser interesantes, en el sentido de servir de punto de partida para estudios posteriores, y también porque ponen de manifiesto algunas circunstancias relacionadas con adaptación del niño a la enfermedad crónica.

Un dato interesante es la asociación existente, para toda la población estudiada, entre manifestaciones de ansiedad (subescala "Estado" del STAIC) y manifestaciones depresivas (subescala "Depresión" de la CDS). Esta asociación ha sido puesta de manifiesto por otros autores, refiriéndose a niños en general^(10,11), por lo que no parece tratarse de un fenómeno específico de la diabetes infantil, sino de una asociación sintomática fácil de encontrar en la infancia. También parece estar favorecida por la menor edad. En este sentido, encontramos en nuestra muestra que, cuanto menores son los niños, con más facilidad presentan signos depresivo-ansiosos. Esta circunstancia podría tener que ver con las vicisitudes del desarrollo del niño sometido a una enfermedad crónica, ya que parece ser que los niños menores de diez años tienden a manifestar más claramente sus estados internos, adoptando una actitud más pasiva ante la enfermedad que los niños que superan esta

100 edad, los cuales tienden a disimular más su situación interior, para no sentir vergüenza o ver comprometidas su imagen de autonomía y competencia personal^(6,12). Sin embargo, la influencia de la variable "edad" en nuestra muestra está controlada, ya que, como se refirió en el apartado dedicado a material y metodología, las edades de los grupos aislados son equivalentes y no existen diferencias entre ambos a este nivel, por lo que pensamos que las diferencias a las que a continuación nos referimos están condicionados por otros factores.

Podemos observar, y esto nos parece importante, cómo los niños con peor control metabólico a lo largo del campamento presentaban puntuaciones superiores en las dos subescalas del STAIC y en todas las subescalas de la CDS. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos por otros autores que han desarrollado estudios similares. Así, por ejemplo, Lustman y cols.⁽¹³⁾ han detectado que los diabéticos adultos que tienen antecedentes psicopatológicos presentan un peor control metabólico que aquellos otros que están libres de síntomas. A conclusiones similares han llegado otros autores, también en estudios desarrollados sobre adultos^(14,15), así como en estudios realizados sobre niños^(16,17) y adolescentes diabéticos⁽¹⁸⁾ con buen y mal control metabólico, por lo que la asociación psicopatológica/mal control metabólico parece ser una constante a lo largo de la vida del sujeto diabético.

Si analizamos detalladamente la tabla 3, podemos observar cómo las diferencias entre niños con buen y mal control metabólico aparecen en aquellas subescalas que tienen que ver con la autoestima (subescala AE) y con la existencia de sentimientos de culpa (subescala SC). Los resultados están en concordancia con los obte-

nidos por Grey y cols.⁽¹⁹⁾, que hablan de la existencia de una menor autoestima durante la infancia en los diabéticos jóvenes con mal control metabólico, así como los de Jacobson y cols.⁽²⁰⁾, que relacionan autoestima y seguimiento de las prescripciones en lo relativo al tratamiento insulínico. También son concordantes con los resultados aportados por Orr y cols.^(21,22), que en dos de sus estudios detectan síntomas depresivos intensos en sujetos diabéticos mal controlados.

CONCLUSIONES

Al igual que la mayor parte de los trabajos referidos, el nuestro no da respuesta a una cuestión fundamental: la planteada acerca de si los mayores niveles de psicopatología y la peor adaptación detectados en los diabéticos con peor control metabólico son causa o consecuencia del mismo, aunque algunos estudios⁽²⁰⁾ parecen extraer conclusiones bastante sólidas en lo referente al papel causal que las disfunciones psicopatológicas tienen de cara a un peor control del cuadro metabólico. Un factor que no ha podido ser controlado en nuestro estudio, el medio familiar, también parece tener una gran influencia en relación con este punto^(23,24). En este sentido, nuestro trabajo no es más que una modesta aportación, que pone de manifiesto la conveniencia de atender a las necesidades psicológicas del niño diabético (y también de su familia), sobre todo en aquellos niños de menor edad y en los que van a verse implicados en situaciones generadoras de estrés, ya que estas situaciones podrían dar lugar a descompensaciones metabólicas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, Health and Behaviour*. Londres, Longman Group Ltd., 1970.
- 2 Pless IB, Douglas JWB. Chronic illness in childhood: Epidemiological and clinical characteristics. *Pediatrics* 1971;47:405-414.
- 3 Pless I, Roghmann K. Chronic illness and its consequences: Observation based on three epidemiological surveys. *J Pediatr* 1971;79:351-359.
- 4 Helz JW, Templeton B. Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: A review. *Am J Psychiatry* 1990;147:1275-1282.
- 5 Cobos C. *Paidopsiquiatría dinámica*. Vol I. Madrid, Lab. Roche, 1983.
- 6 Manciaux M, Sardin AM, Hennion E. Aspects psychologiques du diabète infantile. *Rev Neuropsychiatr Inf* 1967;15:736-747.
- 7 Bleger G. Le développement mental et psycho-affectif et l'E.E.G. du jeune diabétique. *Le Diabète* 1963;7:294-317.
- 8 Spielberg CD, Edwards CD, Lushene RE, Montuori J, Plazek D. *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC)*. Madrid, TEA Ediciones, 1990.
- 9 Lang M, Tisher M. *Cuestionario de depresión para niños (CDS)*. Madrid, TEA Ediciones, 1990.
- 10 Mendiguchia FJ. *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid, Ediciones del Castillo, 1980.

- 11 Ajuriaguerra J. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona, Toray-Masson, 1977, 4ª edición.
- 12 Van Roy F. *L'enfant infirme son handicap, son drame, sa guérison*. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1954.
- 13 Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE y cols. Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationship to symptoms and glucose control. *J Nerv Mental Dis* 1986;174:736-742.
- 14 Peyrot M, McMurry JF. Psychosocial factors in diabetes control: Adjustment of insulin-treated adults. *Psychosom Med* 1985;47:542-557.
- 15 Schwartz LS, Springer J, Flaherty JA y cols. The role of recent life events and social support in the control of diabetes mellitus: A pilot study. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:212-216.
- 16 Simmonds JF. Psychiatric status of diabetic youth matched with a control group. *Diabetes* 1977;26:921-925.
- 17 Simmonds JF. Psychiatric status of diabetic youth in good and poor control. *International J Psychiat Medicine* 1976;7:133-151.
- 18 Swif CR, Seidman F, Stein H. Adjustment problems in juvenile diabetes. *Psychosom Med* 1976;29:555-571.
- 19 Grey MJ, Genel M, Tamborlane WV. Psychosocial adjustment of latency-aged diabetics: Determinants and relationship to control. *Pediatrics* 1980;65:60-73.
- 20 Jacobson AM, Hauser ST, Wolfsdorf JL y cols. Psychological predictors of compliance in children with recent onset of diabetes mellitus. *J Pediatr* 1987;110:805-811.
- 21 Orr DP, Golden MP, Myers G y cols. Characteristics of adolescents with poorly controlled diabetes referred to a tertiary care center. *Diabetes Care* 1983;6:170-175.
- 22 Orr DP, Eccles T, Lawlor R y cols. Surreptitious insulin administration in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *JAMA* 1986;256:3227-3230.
- 23 Rovet JF, Ehrlich RM, Czuchta D, Akler M. Psychoeducational characteristics of children and adolescent with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Learning Disabilities* 1993;26:7-22.
- 24 Weist MD, Finney JW, Barnard MU y cols. Empirical selection of psychosocial treatment targets for children and adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol* 1993;18:11-28.

R. M. Gómez Cabrera
M. A. Díez Sánchez
G. Llorca Ramón
A. L. Blanco González
J. L. Sánchez Rodríguez

Cátedra de Psiquiatría
Facultad de Medicina de Salamanca

Correspondencia:
R. M. Gómez Cabrera
Torres Villarroel 37-39-3º C
Salamanca 37005

Evaluación de la actuación
psicofarmacológica-
psicoterapéutica en padres de
niños oncológicos y diabéticos

*Evaluation of the
psychopharmacological-
Psychotherapeutical action in
parents of oncological and
diabetic children*

RESUMEN

Los autores estudian a través de una historia psicobiográfica la repercusión psicopatológica del evento neoplásico y diabético de 133 padres de pacientes pediátricos incluyendo una valoración diagnóstica de los trastornos según los criterios de la DSM-III-R y una orientación psico-farmacológica y psicoterapéutica.

PALABRAS CLAVE

Psicopatología parental; Cáncer; Alcoholismo; Psicoterapia.

ABSTRACT

The authors study through a psychobiographical history the psychopathological repercussion of the neoplastic and diabetic event of 133 parents of paediatrics patients, including a diagnostic valuation of the disorders according to the criteria of the DSM-III-R and psychopharmacological and psychotherapeutical guidance.

KEY WORDS

Parental psychopathology; Cancer; Alcoholism; Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el mayor conocimiento de los mecanismos genéticos y bioquímicos que intervienen en la patogenia del cáncer, así como de las terapéuticas antineoplásicas, han condicionado un incremento tanto en la expectativa de vida como en el porcentaje de curación de los niños oncológicos. Estos factores han determinado la "cronicidad" de la patología cancerosa, favoreciendo la estructuración de las respuestas psíquicas de los padres ante el evento neoplásico.

Las alteraciones psicopatológicas que con mayor frecuencia se observa entre los padres de niños cancerosos son los trastornos de ansiedad. A pesar de que los momentos de mayor nivel de ansiedad son en la etapa peridiagnóstica de la enfermedad y al producirse la primera recaída, se trata de un rasgo psicopatológico que se mantendrá durante toda la enfermedad. Distintos estudios señalan que entre un 30 y un 72% de los padres presentan niveles superiores a la normalidad^(1,2).

En ocasiones a la sintomatología ansiosa se asocia sin solución de continuidad el fenómeno "depresión". Durante el primer año de evolución de la enfermedad, el 20% de las madres manifiestan ansiedad, depresión o ambos trastornos, con tal intensidad, que se precisa ayuda psiquiátrica. Maguire⁽²⁾ estima que el 30% de las madres presentan niveles de depresión patológica.

El alcoholismo como trastorno psicopatológico desencadenado por la enfermedad cancerosa de un hijo, se evalúa en un 4% de los padres y un 2% de las madres⁽³⁾.

Según Wittemeyer⁽⁴⁾, los padres de niños oncológicos, buscan apoyo psicoterapéutico para el afrontamiento de la enfermedad y del tratamiento, tanto por los trastornos de conducta secundarios a la enfermedad así como por los problemas familiares que la propia enfermedad suscita o que simplemente hace aflorar. En estos supuestos el tipo de intervención ha de ser, fundamentalmente, de información y de apoyo, que además ofrece al paciente y a su familia el ser acompañados en las diferentes fases de la enfermedad, pudiendo intensificarse esta relación terapéutica en los momentos de recaída de la patología o en la aparición de crisis dentro de la familia.

En el momento actual una de las tendencias más seguidas, en lo que se refiere al apoyo psicológico de las familias de oncológicos infantiles, es el impulso para la creación de grupos psicoterapéuticos constituidos por padres de niños oncológicos, a través de los cuales se les

proporciona la información y el soporte emocional precisos y, además, pueden reducir su aislamiento. Sin embargo, las familias no acogen con entusiasmo este tipo de ayuda. Según las diferentes investigaciones acuden a este tipo de reuniones del 28 al 50% de los grupos familiares invitados^(5,6).

MATERIAL Y MÉTODO

Los autores han seleccionado una muestra de estudio constituida por 67 padres (35 madres y 32 padres de 37 niños neoplásicos) y una muestra control compuesta por 66 padres (35 madres y 31 padres de 35 niños). Los pacientes pediátricos de las dos muestras fueron diagnosticados, tratados y/o controlados de los procesos de referencia en el Hospital Universitario de Salamanca.

Se han realizado historias psicobiográficas a los 133 padres de las dos muestras estudiadas, utilizando, en la detección de las distintas alteraciones psicopatológicas, los criterios diagnósticos de la clasificación DSM-III-R⁽⁷⁾. Así, se han encontrado los siguientes grupos diagnósticos: (Trastornos Depresivos): Depresión Mayor (296.2x), y Trastorno de Adaptación con Estado de Ánimo Depresivo (309.00); (Trastornos Ansiosos): Trastornos por Ansiedad Generalizada (300.02) y Trastornos de Adaptación con Estado de Ánimo Ansioso (309.24); Trastornos por Abuso del Alcohol (300.05) e Insomnio Primario (307.42).

Asimismo, se analizan las actuaciones terapéuticas para los trastornos previamente determinados tanto en su vertiente psicoterapéutica como psicofarmacológica.

Las pruebas empleadas en la estadística comparativa han sido "chi cuadrado" y "test de probabilidad exacta de Fisher" y el nivel de significación considerado fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las alteraciones psicopatológicas que con mayor frecuencia se detectan en los individuos estudiados han sido los trastornos afectivos. Así el 32% de los padres de niños oncológicos y el 27% de la muestra control sufren Trastornos del Estado del Ánimo (Fig. 1). Aunque no hemos hallado relación significativa ($\chi^2 = 2,40$, $p = 0,30$) es preciso destacar que la incidencia de Depresión Mayor en los padres de niños

104

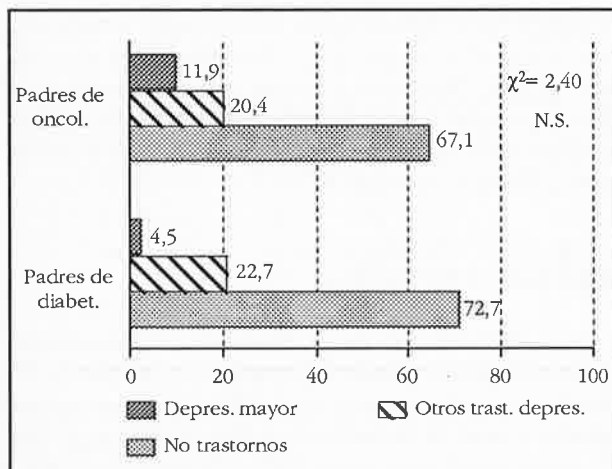


Figura 1. Trastornos del estado de ánimo.

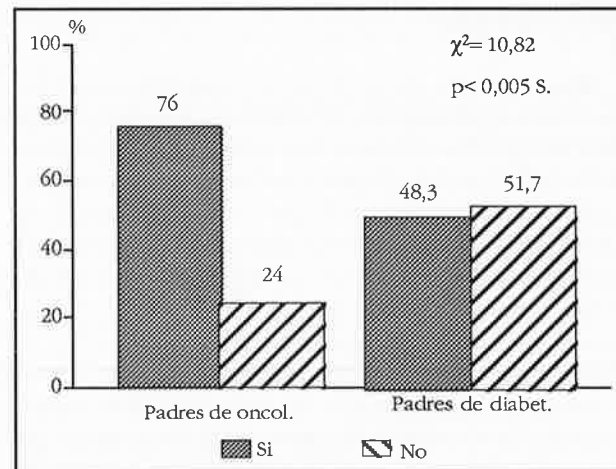


Figura 2. Trastornos de ansiedad.

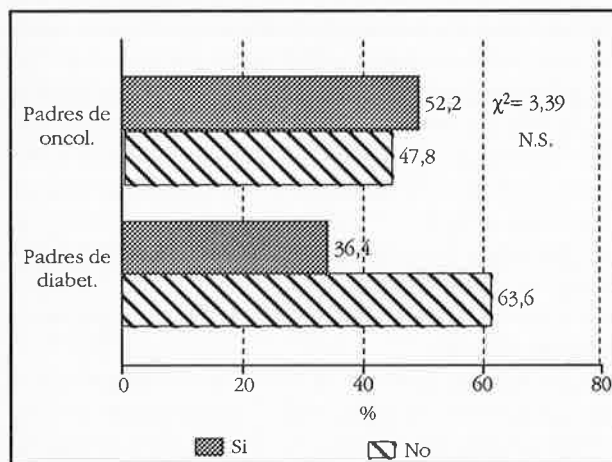


Figura 3. Insomnio primario.

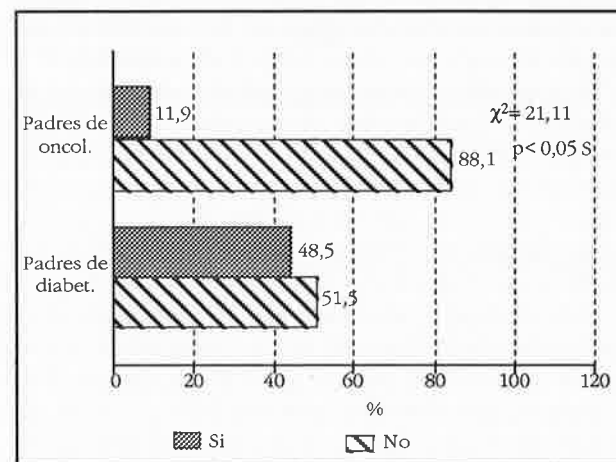


Figura 4. Aceptación inclusión grupo psicoterapia.

neoplásicos es de 11,9% siendo aproximadamente la mitad (4,5%) la correspondiente a la muestra control.

Con respecto a los resultados correspondientes a los trastornos de ansiedad (Fig. 2), encontramos diferencias estadísticamente significativas (chi cuadrado (gl=1)=10,82, $p=0,001$) entre las dos distribuciones, siendo más frecuente la presencia de trastornos en los progenitores de niños con cáncer que en los padres de diabéticos (76% y 48% respectivamente).

En referencia al Trastorno por Abuso del Alcohol, hemos objetivado diferencia significativa (Test de Probabilidad Exacta de Fisher: $p=0,013$) entre las dos mues-

tras de estudio. Siete padres de la primera muestra, presentaban el mencionado trastorno, siendo nula su aparición entre los padres de diabéticos.

Los resultados obtenidos a través de la historia psicobiográfica, referentes al Insomnio Primario, han sido trasladados a la figura 3, no apreciándose diferencia significativa (chi cuadrado (gl=1)=3,39, $p=0,65$) entre las dos muestras aunque sí una incidencia superior en la muestra de estudio.

Además de la evaluación pormenorizada de las alteraciones psicopatológicas, nos ha interesado su abordaje terapéutico. Así (Fig. 4), al ser interrogados sobre su

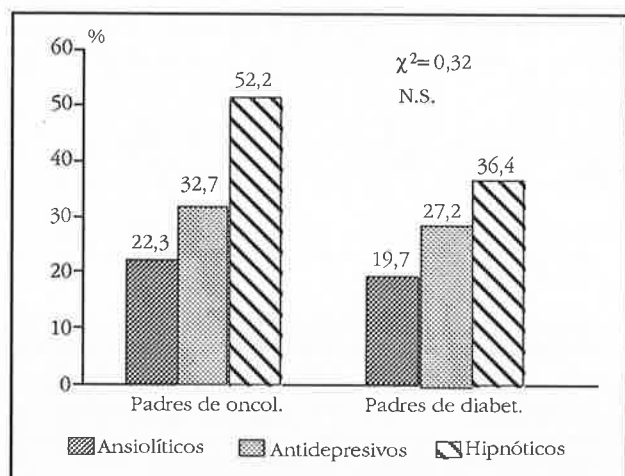


Figura 5. Prescripciones farmacológicas.

inclusión en grupos de psicoterapia, casi la mitad de los padres de diabéticos (48,5%) la aceptaban, siendo muy minoritaria (11,9%), por el contrario, entre los padres de oncológicos (chi cuadrado (gl=1) 21,11 $p<0,001$).

Con respecto a las prescripciones psicofarmacológicas (Fig. 5), el 32,7% de los padres de oncológicos y el 27,2% de pares de diabéticos precisaban un antidepresivo. Además se recetaron ansiolíticos (benzodicepinas fundamentalmente) en un 22,3% y en un 19,7% e hipnóticos en un 52,2% y en 36,4% respectivamente. Aunque fue más frecuente la prescripción de hipnóticos entre los padres de oncológicos, no hemos apreciado diferencia significativa (chi cuadrado (gl=2)=0,32, $p=0,85$) en la utilización de los diferentes fármacos entre las dos muestras.

CONCLUSIONES

La psicopatología que con mayor frecuencia se detecta en los padres de pacientes oncológicos pediátricos, son los trastornos ansiosos. Así, el 76% de los padres de los niños oncológicos presentan trastornos de ansiedad, porcentaje similar al estimado por Maguire⁽²⁾. Además, hemos estimado diferencia significativa con respecto a este rasgo psicopatológico, a favor de los padres de la primera muestra. Estos resultados difieren de los obtenidos en nuestros anteriores trabajos⁽⁸⁾, en el que tan sólo investigábamos el sexo femenino y donde no

encontrábamos diferencias. Por tanto el factor "modulador" del nivel de ansiedad dependerá del sexo de los progenitores y a expensas, fundamentalmente, del descenso de los niveles de ansiedad entre los padres varones de niños diabéticos.

Parece evidente, que en el mundo psíquico de estos sujetos, es la esfera afectiva la que sufre una mayor alteración. Así, junto a los trastornos de ansiedad, hemos detectado que el 32% de los padres de niños oncológicos manifiestan trastornos en el estado de ánimo (12% Depresión Mayor y 20% Trastorno Adaptativo Depresivo). Estos resultados coinciden con los obtenidos por Tiller y cols.⁽⁹⁾ quienes estimaron que el 30% de las madres de niños neoplásicos padecían depresión.

El porcentaje de padres de la muestra de estudio que sufrían un Trastorno por Abuso del Alcohol (10,4%), es sensiblemente inferior al publicado por Schuler y cols.⁽³⁾, quienes lo evaluaron en un 4% entre los padres y en un 2% entre las madres de niños neoplásicos. A este respecto debemos recordar que el trastorno por abuso o dependencia alcohólica puede representar un equivalente depresivo o ansioso. Es probable que el alcohol esté actuando como mantenedor del estado de ánimo o como ansiolítico, intentando enmascarar psicopatología en los padres de niños neoplásicos.

En referencia al Insomnio Primario, nuestro trabajo ha evaluado un porcentaje (52%), superior al observado por Marky⁽¹⁰⁾ que lo estimó en un 40%.

Por último, la proporción de los padres de niños oncológicos que aceptarían su inclusión en grupos de psicoterapia en nuestro estudio (11,9%) es inferior al referido por otros autores que lo han establecido entre un 28 y un 50%^(5,6). Esta diferencia podría responder a las diferencias culturales entre las sociedades anglosajonas y las latinas. En aquéllas es menos frecuente el mecanismo de "negación", y existe una mayor tradición, experiencia y conocimiento popular de los grupos de ayuda.

Con respecto a la prescripción evolutiva de psicofármacos, la utilización de antidepresivos no debe yugular la elaboración del proceso de duelo por la pérdida de salud de su hijo, el fármaco debe ser introducido en el momento apropiado cuando se haya producido la elaboración, o cuando ésta no sea posible o se prolongue en el tiempo tanto su inicio como su duración. Además, ni las benzodicepinas ni los inductores al sueño pueden reducir el estado de alerta que los padres precisan

106 para el cuidado del pequeño. No obstante, no es raro, que los padres rehusen seguir un tratamiento farmacológico, a pesar de que la expresividad de la psicopato-

logía lo aconseje. En cualquiera de estos trastornos es preciso combinar el tratamiento farmacológico con psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Hughes PM, Lieberman S. Troubled parents: vulnerability and stress in childhood cancer. *Br J Med Psychol* 1990;**63**(1): 53-64.
- 2 Maguire GP. The psychosocial sequelae of childhood leukemia. En: Duncan W. *Pediatric Oncology*. Spriger. Verlag. Berlin 1983:47-56.
- 3 Schuler A, Bakos M, Zsambor C y cols. Psychosocial problems in families of a child with cancer. *Med Pediatr Oncol* 1985;**13**(4):173-179.
- 4 Wittmeyer H, Kauffman. Psychologische betreuung krebskranker kinder und ihrer familien. *Klin Padiatr* 1989;**201**(4):350-354.
- 5 Binger CM, Ablin AR, Feurstein RC y cols. Childhood leukemia emotional impact on patient and family. *N Engl J Med* 1969;**288**:414-418.
- 6 Rudolph LA, Pendegrass TW, Clarke J y cols. Development on an education program for parents of children with cancer. *Soc Work Health Care* 1981;**6**(4):43-54.
- 7 American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R)*. Masson. Barcelona, 1992.
- 8 Gómez Cabrera R, Matías Polo J, Díez Sánchez A, Llorca Ramón G. Consideraciones en torno a la maternidad, en función de un proceso crónico infantil. *VI Reunión de la Sección de Ginecología Psicosomática de la S.E.G.O.* Salamanca. 1992.
- 9 Tiller J, Ekert H, Ricards W. Family reactions in childhood acute lymphoblastic leukemia in remission. *Austr Pediatr J* 1977;**13**:176.
- 10 Marky J. Children with malignant disorders and their families of the implications of the disease and its treatment on every day life. *Acta Paediatr Scand* 1982;**303**:1-82.

M. Trias¹
N. Bassas¹
J. Tomas²

Propuesta de escala integrada de valoración del autismo infantil EIVA

1 Adjunto clínico
2 Jefe de Unidad
Unitat de Psiquiatria, Hospital Universitaria Materno-Infantil
Vall d'Hebron de Barcelona.

Correspondencia:

M. Trias.
Unitat de Psiquiatria, Hospital U. Materno-infantil Vall d'Hebron.
Pº Vall d'Hebron, 119-129.
08035 Barcelona.

EIVA: a proposal for an integrate scale for the assessment of infantile autism

RESUMEN

El presente trabajo propone un nuevo instrumento para la valoración del comportamiento autístico infantil. Consiste en una escala, la EIVA, en la que se ha pretendido integrar las Escalas precedentes más utilizadas internacionalmente (BSE y CARS) y los criterios diagnósticos del autismo infantil de la clasificación CIE-10.

El objetivo ha sido disponer de una escala actualizada, objetiva y completa, y adecuada a la población infantil española.

La Escala EIVA consta de 23 ítems que enuncian conductas específicas, y están agrupadas en tres áreas definidas a partir de la CIE-10 (F84.0). Se valora la frecuencia en la manifestación de una conducta, puntuada de 0 a 4 (de nunca a siempre), obteniéndose un perfil.

Esta Escala permite nuevas investigaciones con el objetivo de validarla y profundizar en el conocimiento de un trastorno tan complejo como el Autismo Infantil. Por el momento, sólo pretende ser un instrumento más en la valoración clínica de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Autismo Infantil; Trastornos Severos y Profundos del Desarrollo; Escalas de Valoración del Autismo.

ABSTRACT

This study proposes a new instrument to evaluate infantile autistic behaviour. A scale has been created incorporating the most well-known and internationally used scales (BSE and CARS) together with diagnostic criteria of Infantile Autism based on the ICD-10 Classification. This new scale is called the EIVA scale.

The objective was to achieve an up-to-date, objective and complete scale which would be adequate for the Spanish infantile population.

The EIVA scale contains 23 items which define specific behaviour. The items are grouped together in three areas defined according to the ICD-10 (F84.0). The scale measures the frequency response, rated from 0-4 (never-always). Thus obtaining a profile of the child's behaviour.

This scale permits further research with the aim of validating and extending the knowledge of a

- 108 *disorder as complex as Infantile Autism. At the moment this only intends to be an additional instrument in the Clinical evaluation of such patients.*

KEY WORDS

Infantile Autism; Pervasive Development Disorders; Rating Scales for Autism.

INTRODUCCIÓN

En el curso de una investigación sobre los Trastornos Severos y Profundos del Desarrollo (Pervasive Development Disorders) se han revisado las pautas internacionales para su diagnóstico, así como las principales escalas en Psiquiatría que evalúan el comportamiento autístico infantil. Todo ello, con el objetivo de adecuar una escala actualizada, operativa y útil, para la población infantil que presenta estos Trastornos. En la práctica clínica con estos pacientes, en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Materno-Infantil de la Vall d'Hebron, se ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de instrumentos más específicos para la población infantil autista y que, al mismo tiempo, unifiquen los criterios diagnósticos de estos Trastornos de forma más objetiva y precisa.

En la literatura consultada vemos la evolución histórica de las diferentes escalas para la medición del Autismo. En 1983, Parks revisó las siguientes Escalas: *Rimland's E2 Diagnostic Checklist* (1971); *Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children (BRIAAC)*, Rutter y cols., 1966 y 1977; *Behavior Observation Scale for Autism (CARS)*, Freeman y cols., 1978; *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, Schopler y cols., 1980; *Childhood Autism Behavior Checklist (ABC)* del *Autism Screening Instrument for Education Planning (ASIEP)*, Krug y otros, 1980; Teal y Wiebe, en 1986, investigaron la eficacia en discriminar el Autismo del Retraso mental en las siguientes Escalas: *Rimland's E2*, *CARS* y *ASIEP*. También en 1983, Van Berkelaer-Onnes publicó las *Auti-scales* para los niños muy pequeños y revisó las siguientes: *Rimland's E2*, *BRIAAC*, *Diagnostic Rating Scale for Psychotic Children* (Reichler y Schopler, 1971), *Checklist for Autistic Children* (Makita y Umez, 1972)⁽⁸⁾.

Para nuestro trabajo, después de una revisión exhaustiva, se han tomado las dos escalas más actualizadas: la *Behavioral Summarized Evaluation* o *Escala de Evaluación del Comportamiento Autístico (BSE o ECA)*, de C. Barthélémy y cols.⁽⁸⁾; y la *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, de E. Schopler y cols.⁽²⁹⁾. A partir de ellas y de acuerdo con la definición de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10⁽²²⁾, se ha elaborado una nueva propuesta de Escala de Valoración del Autismo Infantil.

El resultado es la "*Escala Integrada de Valoración del Autismo Infantil. EIVA*", compuesta por 23 ítems agrupados en tres áreas definidas a partir de la CIE-10 (F84.0).

MATERIAL Y MÉTODO

Escala BSE y CARS

BSE. Escala de Evaluación del Comportamiento Autístico, C. Barthélémy y otros. Hemos tomado la revisión del año 1990⁽⁸⁾, que consta de 20 ítems de comportamiento, puntuados según su frecuencia, de "nunca" a "siempre" con cinco valores posibles. Esta escala concuerda con los criterios de la Clasificación DSM-III. Reproducimos la *BSE* en el Anexo 1.

CARS. Escala de Valoración del Autismo Infantil, E. Schopler y otros. Hemos tomado la revisión del año 1989⁽²⁹⁾, que consta de 15 ítems de conducta, puntuados según su grado de intensidad, de "normal" a "severamente anormal", con cuatro valores posibles. Esta escala concuerda con los criterios de la Clasificación DSM-III-R. Reproducimos la *CARS* en el Anexo 2.

Ambas escalas miden las conductas propias del paciente autista. Aunque son muy similares, presentan una característica diferencial importante relativa al enunciado y la definición de sus ítems. La *BSE* explicita los comportamientos concretos que incluye cada ítem. La *CARS*, en cambio, hace una definición global de las conductas. Por ello, la valoración de la *BSE* es en cuanto a frecuencia de una conducta descrita, de nunca a siempre, mientras que la *CARS* evalúa la graduación de normal a anormal de una manifestación de comportamiento.

CIE-10

Dentro de los "Trastornos Generalizados del Desarrollo" (F84), en el apartado de "Autismo Infantil" (F84.0)

se incluye la definición y pautas para el diagnóstico de dicho trastorno.

La traducción española de esta Clasificación⁽²²⁾ enuncia: "Autismo Infantil: Se trata de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas".

En cuanto a las "pautas para el diagnóstico" remitimos al texto mencionado⁽³⁾. Los signos y síntomas descritos en este apartado se han agrupado en tres áreas:

- *Interacción, comportamiento y psicomotricidad.* Este área incluye la sintomatología relativa a: conductas de interacción social; estilos de comportamiento ante personas, objetos y situaciones, tanto conocidas como nuevas; atención y conductas de imitación; nivel de actividad, inquietud y agitación; comportamiento postural y en la marcha; estereotipias motoras.

- *Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial.* Este área incluye la sintomatología referente a: lenguaje formal; motivación y uso social del habla; estilos de comunicación paraverbal y verbal; actividad sensorial propioceptiva y con el entorno.

- *Afectividad.* Este área incluye la sintomatología relativa a: auto y heteroagresividad; psicopatología de la afectividad; trastornos alimentarios; funcionamiento intelectual.

Integración de: BSE, CARS e CIE-10

En cada una de las tres áreas definidas a partir de la Clasificación CIE-10 se han ido integrando los ítems de las escalas BSE y CARS correspondientes para medir cada uno de los signos y síntomas en esta clasificación.

Así, tomando los 20 ítems de la BSE y los 15 CARS se han ido comparando ítem a ítem y agrupando los que medían la misma conducta. En este proceso de integración se ha reformulado el contenido de los ítems originales en función del nuevo ítem resultante. Atendiendo, como se ha dicho anteriormente, a que las definiciones de la BSE se refieren a conductas específicas, mientras que las de la CARS son descripciones generales, los cambios más evidentes se han dado en la utilización de las definiciones de la CARS.

En cuanto a los enunciados de los ítems, inicialmente, se han tomado los de la BSE o la CARS que se ajustaran con mayor precisión a las conductas a medir. Se han reformulado enunciados en aquellos ítems que ampliaban su contenido. Además, se han añadido otros ítems para las conductas definidas en las pautas de la CIE-10 pero no recogidas en ninguna de las dos escalas.

RESULTADOS

Han quedado agrupados 23 ítems resultantes en tres áreas definidas a partir de la CIE-10. Además, se han incluido dos apartados finales: "impresión general" y "Observaciones". El resultado es la *"Escala integrada de valoración del autismo infantil. EIVA"* puntuada según la frecuencia de las conductas en cinco valores: de "nunca" a "siempre".

A continuación se expone el producto final de este proceso de integración.

Primera área: Interacción, comportamiento y psicomotricidad

Incluye los ítems del 1 al 11 de la escala integrada EIVA.

Ítem 1. Se refiere a la búsqueda de aislamiento. Conjuga el ítem de la BSE y el ítem de la CARS. Mantiene el enunciado de la BSE. *"Busca el aislamiento"*.

Ítem 2. Mide la relación con los otros. Integra el ítem 2 de la BSE y algunos aspectos del ítem 1 de la CARS. Mantiene el enunciado de la BSE: *"Ignora a los otros"*.

Ítem 3. Relativo a la interacción social. Abarca la totalidad del ítem 3 de la BSE y algún aspecto del ítem 1 de la CARS. Mantiene el enunciado de la BSE: *"Interacción social pobre"*.

Ítem 4. Se refiere a las conductas de imitación. Está tomado únicamente del ítem 2 de la CARS, pues no hay ninguna referencia específica a la conducta de imitación en la BSE. Se reformula el enunciado de la siguiente forma: *"Capacidad de imitación deficitaria"*.

Ítem 5. Mide la relación con los objetos inanimados. Conjuga la totalidad del ítem 9 de la BSE y algunos aspectos del ítem 5 de la CARS. La formulación del enunciado es: *"Relación inapropiada con los objetos inanimados"*.

Ítem 6. Relativo a la capacidad de atención. Recoge el ítem 19 de la BSE solamente, puesto que en la CARS

112

Nombre: _____
H.C. _____
Edad: _____ Fecha: _____

Marcar con una cruz la puntuación que corresponda

	0	1	2	3	4
Interacción, comportamiento y psicomotricidad					
1. Busca el aislamiento	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ignora a los otros	☐	☐	☐	☐	☐
3. Interacción social pobre	☐	☐	☐	☐	☐
4. Capacidad de imitación deficitaria	☐	☐	☐	☐	☐
5. Relación inapropiada con los objetos inanimados	☐	☐	☐	☐	☐
6. Atención anómala	☐	☐	☐	☐	☐
7. Intolerancia al cambio y a la frustración	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pasividad, actividad espontánea reducida	☐	☐	☐	☐	☐
9. Actividad estereotipada	☐	☐	☐	☐	☐
10. Agitación, inquietud, hiperactividad	☐	☐	☐	☐	☐
11. Mímica, postura y marcha extrañas	☐	☐	☐	☐	☐
Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial					
12. No intenta comunicarse con la voz	☐	☐	☐	☐	☐
13. Estereotipias verbales; ecolalia	☐	☐	☐	☐	☐
14. Dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual	☐	☐	☐	☐	☐
15. Mirada inadecuada	☐	☐	☐	☐	☐
16. Respuestas extrañas a los estímulos auditivos	☐	☐	☐	☐	☐
17. Respuestas anómalas a los estímulos proximales	☐	☐	☐	☐	☐
Afectividad					
18. Autoagresividad	☐	☐	☐	☐	☐
19. Heteroagresividad	☐	☐	☐	☐	☐
20. Pequeños signos de angustia	☐	☐	☐	☐	☐
21. Perturbaciones del humor	☐	☐	☐	☐	☐
22. Perturbaciones de las conductas alimentarias	☐	☐	☐	☐	☐
23. Funcionamiento intelectual disarmónico	☐	☐	☐	☐	☐

Puntuación
0 = Nunca
1 = Algunas veces
2 = A menudo
3 = Muy a menudo
4 = Siempre

Impresión general:

Observaciones:

Figura 1. Escala integrada de valoración del autismo infantil. EIVA

cambios de lugar, tiempo, personas, vestidos, alimentos, etc. Todos los cambios provocan reacciones desproporcionadas.

- Reacción de enfado ante cualquier frustración: cuando sus actividades son interrumpidas, cuando sus necesidades y expectativas quedan insatisfechas...

Persevera en la situación frustrada y muestra una reacción desproporcionada frente al objeto frustrante.

En general, oposición y resistencia a todo cambio y frustración y a situaciones nuevas. Estas dificultades se relacionan a menudo con las conductas repetitivas.

8. Pasividad, actividad espontánea reducida

- Actitud pasiva, falta de interés y/o lentitud ante las tareas propuestas.
- Por sí mismo no modifica una actividad o juego.
- No muestra juego simbólico. La conducta con los juguetes es la misma que con otros objetos inanimados. No elige juguetes sino otros utensilios.
- Falta de iniciativa ante las situaciones.

9. Actividad estereotipada

- Con el propio cuerpo: balanceo; mirarse las manos, olerlas, moverlas, retorcerse los dedos; taparse las orejas, los ojos, golpes repetidos con pies y/o manos.
- En relación con los objetos: los ordena y desordena repetidamente, les da palmaditas o los golpea insistentemente.
- Movimientos estereotipados en la marcha.

10. Agitación, inquietud, hiperactividad

- Inquietud, descontrol, excitación sin objeto. El niño está constantemente en movimiento, intranquilo.
- Hace ruido y generalmente resulta molesto. Alboroto exagerado y patológico: salta por todas partes, salta de una silla a otra, lo toca todo, cambia constantemente de actividad, disemina objetos y juguetes.

Estos síntomas aparecen en períodos de quietud o de actividad. Se incluye la hiperactividad y/o el letargo.

11. Mímica, postura y marchas extrañas

- Expresión facial: muecas, movimientos faciales extraños.
- Posturas: pies cruzados en el aire, cabeza baja, cuerpo retorcido, postura desequilibrada, piernas dobladas, cabeza contra los pies, acurrucados en un rincón, cuello inclinado hacia atrás, extensiones violentas del cuerpo, pobre adaptación postural (niño "blanco" o "escurridizo").
- Marcha: salta, camina de puntillas o con los talones, gira continuamente o corre describiendo pequeños círculos, camina arrastrando un pie, camina de lado con súbitos movimientos extraños.

Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial

12. No intenta comunicarse con la voz y/o la palabra

No muestra esfuerzo en la comunicación verbal.

Este ítem mide el esfuerzo hacia la comunicación y no el nivel del lenguaje verbal del niño. Así, un niño con habla puede no esforzarse en comunicar y, por tanto, puntuar alto en esta escala (lenguaje ecológico no comunicativo); un niño sin habla puede intentar hacerse entender a su manera (mímica, parloteo, balbuceo) y, por tanto, puntuar bajo.

13. Estereotipias verbales; ecolalia

- Pronuncia sonidos estereotipados de forma abrupta, en situación de frustración o satisfacción; también sin razón aparente.
- Repite palabras o frases con o sin valor comunicativo.
- Encadena palabras y frases a partir de ciertas palabras o consonantes clave sin considerar la conexión lógica entre ellas.
- Invierte el pronombre personal.
- Ecolalia inmediata o retardada; repite casualmente o selectivamente.

14. Dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual

- Animia. Inmovilidad facial.
 - No muestra reacción postural anticipatoria cuando se le coge en brazos.
 - No dirige su mano ni la del examinador hacia un objeto para conseguirlo; no indica con precisión lo que quiere por el gesto, actitud o mirada.
- No usa normalmente la expresión facial, vocal o gestual con vivacidad.

15. Mirada inadecuada

- No mira a los ojos; evita la mirada directa. Mira alrededor.
- Expresión vacía, sin vida, o mirada fugaz, penetrante.
- Sigue intermitentemente los objetos con la mirada; la mirada no se centra en los objetos, sino que es periférica. Juegos de ojos con la luz solar o eléctrica.

16. Respuestas extrañas a los estímulos auditivos

- Respuestas paradójicas (ejemplo: el niño no se gira ante un portazo o cuando se le llama por su nombre y, en cambio, se ensimisma con el sonido de un papel arrugándose).
- Susceptibilidad excesiva, insuficiente o selectiva a los ruidos, sonidos, llamadas.

- 114 Importancia aumentada de la función auditiva en ciertos tipos de relación con el mundo exterior.

17. Respuestas anómalas a los estímulos proximales

- Susceptibilidad excesiva, insuficiente o selectiva a la estimulación gustativa, olfativa y táctil, incluyendo el dolor.
- Uso inapropiado de estas modalidades sensoriales.

Afectividad

18. Autoagresividad

- Autoagresión o mutilación de su propio cuerpo: golpea su cabeza con la mano o algún objeto, se deja caer pesadamente al suelo, se muerde o pellizca, se araña la cara, etc.

19. Heteroagresividad

- Muerde, araña y pega a otras personas.

20. Pequeños signos de angustia

Ejemplos de manifestaciones de angustia o ansiedad:

- Súbitos accesos de llanto, lloriqueo (a menudo sin lágrimas).
- Risitas nerviosas.
- Parece temeroso, inquieto, intranquilo.
- Camina arriba y abajo sin propósito.
- Tembloroso.
- Somatizaciones: vómitos, hiperventilación o retención de la respiración, problemas intestinales (constipación, diarrea) sudoración, onicofagia.

21. Perturbaciones del humor

- Alternancia de emociones opuestas (cólera, risa, placer, tristeza).
 - Crisis inmotivadas de humor y risa.
- Pobre registro emocional.

22. Perturbaciones de las conductas alimentarias

- Indiferencia pasiva: el niño acepta comer sin participación afectiva.
- Rechazo activo: el niño llora o grita al ver la comida, rechaza la comida gesticulando y girando la cabeza, o la tira.
- Selectividad ante ciertos sabores: dulce o salado.

- Pica (papel, tierra, yeso de la pared.....).
 - Coprofagia.
 - Mericismo, ruamiación.
 - Vómitos.
 - Se ensucia y mancha con la comida.
 - Rituales.
 - Ausencia de sentido del gusto.
 - Bulimia, anorexia.
- Dificultades cualitativas y/o cuantitativas.

23. Funcionamiento intelectual disarmónico

- "Habilidades punta" o extremos inusuales característicos del autista (por ejemplo: memoria numérica, cálculo aritmético, hiperlexia...)
- Disarmonía del funcionamiento intelectual e inconsistencia de las capacidades cognitivas.

Impresión general

Evaluación global del autismo basada en las impresiones de los observadores del grado autístico del niño. Se tiene en cuenta toda la información disponible referente al niño, incluso información de otras fuentes como la historia clínica, la entrevista a los padres, educadores, etc.

Observaciones

Se anotan todos aquellos datos observados que no se incluyan específicamente en ninguno de los apartados anteriores y que se valoren como relevantes.

Administración de la escala EIVA

La Escala Integrada del Autismo Infantil EIVA la pueden administrar los profesionales del centro asistencial que atienden cotidianamente al paciente y también otros profesionales, pero en cualquier caso, quienes administren la escala han de estar previamente entrenados en su pasación y han de tener suficiente experiencia con pacientes que presenten este trastorno psicopatológico. Además, deberán conocer a fondo el glosario que acompaña la escala EIVA.

La pasación se realizará al final de cinco días de observación directa del paciente y por parte de tres profesionales: uno de ellos, propone las situaciones estímulo al paciente; otro, registra sus respuestas de conducta; un tercer observador no participante, revisa después de la pasación las puntuaciones anotadas y

colabora en cumplimentar los apartados de "Impresión general" y "Observaciones".

De la administración de la EIVA se obtiene una puntuación global a comparar con anteriores y posteriores pasaciones de control del paciente, así como con las puntuaciones de otros pacientes.

DISCUSIÓN

La discusión de nuestros resultados con la bibliografía consultada está determinada por el hecho de que el presente trabajo consiste en el proceso de elaboración de la escala EIVA y no se incluye todavía la validación de dicha escala. Esta fase se realizará con posterioridad y será motivo de futuros trabajos. Así, centraremos nuestra discusión en los motivos de haber elaborado una nueva propuesta de escala de Autismo Infantil. También discutiremos la EIVA en comparación con las principales escalas anteriores, en cuanto a su contenido y formulación.

En primer lugar, ninguna de las escalas revisadas remite a la Clasificación Internacional CIE-10. Así, la BSE o ECA toma como referente la DSM-III, y la CARS, la DSM-III-R (8 y 29). Sin discutir la utilidad de estas dos Clasificaciones, hemos preferido tomar la Clasificación Internacional CIE-10, puesto que es la utilizada oficialmente en los servicios de la red pública de nuestro país y, por ende, en nuestra Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Materno-Infantil de la Vall d'Hebron.

En segundo lugar, nos ha parecido importante disponer de una escala de Autismo específica para la población infantil que, en nuestros servicios, abarca de 0 a 18 años. Si bien la BSE y la CARS son las escalas de Autismo más utilizadas, y ambas, ampliamente revisadas y actualizadas, no son específicas para la población infantil. La I-BSE, adaptación de Sauvage (1988), es una versión de la BSE para niños, pero sólo abarca de los 0 a los 3 años (citado en 8).

En tercer lugar, nos ha parecido útil disponer de una escala lo más ajustada posible a las características socioculturales de nuestra población infantil.

Por otro lado, como ya hemos dicho, para elaborar la nueva propuesta de escala de Autismo hemos tomado como punto de partida las escalas ya existentes. Las que aparecen como más relevantes en la bibliografía son tres: la BOS (The Behavioral Observation Scale for Autism, de Freeman y Ritvo⁽¹²⁾, la BSE o ECA (The

Behavioral Summarized Evaluation, de Barthélemy y otros)⁽⁸⁾ y la CARS (Childhood Autism Rating Scale, de Schopler y otros)⁽²⁹⁾.

Hemos desestimado la escala BOS por los siguientes motivos: 1) Remite a la definición de Autismo de la "National Society for Autistic Children", elaborada por Ritvo y Freeman en 1978. 2) La única versión que se ha podido localizar data de 1978. 3) La escala BOS no es lo bastante específica para el Autismo Infantil, pues también se utiliza con población afectada de Retraso mental y otros Trastornos del Desarrollo.

Así, las bases de la EIVA son, además de la CIE-10, las escalas BSE y CARS. Ambas son utilizadas ampliamente y de forma consensuada con las Clasificaciones Internacionales ya mencionadas. La BSE, de Barthélemy, ha sido realizada por el I.N.S.E.R.M., Tours (Francia); la CARS se ha elaborado en la Universidad de Carolina del Norte (EUA), pero sus autores, Schopler y otros, han colaborado con autores europeos como M. Rutter, unificando criterios. BSE y CARS pues, se ajustan a unas pautas, unificando criterios similares a las de nuestra población.

Sin embargo, como hemos dicho en el apartado de material y método, BSE y CARS presentan algunas características diferenciales entre sí: *definición de los ítems, formulación de los enunciados y puntuación de las respuestas*. En estos tres aspectos, la escala EIVA integra los elementos más objetivables y operativos de ambas escalas precedentes.

Definición de los ítems

En primer lugar, la escala integrada EIVA reformula la definición de los ítems a fin de integrar los criterios de la CIE-10. En cuanto a las escalas, ya hemos dicho anteriormente que la BSE explicita los comportamientos concretos que incluyen cada ítem, mientras que la CARS hace una definición global de las conductas. En la escala EIVA hemos optado por el estilo de definición de la BSE, pues los contenidos conductuales a medir resultan más claros, objetivables y discriminativos. Pensamos que con ello, además, se controla mejor la variable subjetividad en la administración de la escala. La EIVA contiene pues, en el glosario, las conductas concretas a medir en cada ítem, y en muchos casos, también incluye algunas generalidades de la conducta a fin de que pueda ser recogida cualquier variabilidad de la misma que no haya sido especificada. Así, por ejemplo, el ítem

116 6 de la EIVA "Atención anómala":

Permanece absorto cuando se le habla. Es incapaz de fijar su atención en una actividad que se le muestra. lento en la integración: si responde a instrucciones lo hace con mucho retraso. Atención inestable: se distrae con pequeños cambios en el entorno. Atención anormal, fijándola en sus propias producciones sonoras no vocales (rascar, picar) que escucha muy atentamente. Centra y mantiene la atención en situaciones inusuales y de forma anómala.

Puntuación de las respuestas

En función del objetivo de trabajo, que es disponer de una escala que mida con precisión las conductas específicas propias del Autismo Infantil, nos ha parecido más pertinente puntuar las respuestas con un criterio de *frecuencia*. Esto quiere decir, que no partimos de una conducta general, cuya manifestación puede ser de "normal" a "severamente anormal", sino de un comportamiento específico que pueda darse de "nunca" a "siempre". Así, hemos tomado el criterio de puntuación de la BSE⁽⁶⁾ y hemos desestimado el de CARS⁽²⁹⁾.

Ello nos permitirá una medición más precisa del trastorno pues obtendremos puntuaciones del comportamiento autístico infantil que nos darán niveles de gravedad de los pacientes. En el sistema de puntuación de la CARS, los pacientes con rasgos autistas quedarían poco discriminados entre sí, pues todos ellos se situarían en las puntuaciones más altas (nivel 3 "moderadamente anormal" y nivel 4 "severamente anormal"). Nos parece que la CARS puede ser útil para el diagnóstico diferencial, pero no resulta bastante discriminativa del grado de Autismo Infantil dentro de la población afecta. En cambio, la BSE, igual que la EIVA, aporta en las cinco opciones de respuesta niveles de conducta anómala bastante diferenciados. A modo de ejemplo, el ítem 1 de la CARS "Trastorno en la relación con las personas" puntuaría 3 o 4 a un niño afecto de Autismo Infantil. La BSE en su ítem 1 "Busca el aislamiento" puntuaría 2, 3 o 4, propiciando un diagnóstico más preciso.

Por último, el criterio de puntuación elegido en la escala EIVA nos permite, además, integrar en la medición las situaciones o circunstancias en que se da una conducta determinada. Ello también es posible en la BSE mientras que no lo es en la CARS.

La observación y medición de una conducta que se presente "muy a menudo" o "siempre", o de otra con-

ducta que no se presente "nunca", permite incluir la circunstancia, estímulo o situación específica en que se da o no, lo cual, además, puede ser anotado en el apartado "Observaciones". Por ejemplo, en cuanto al ítem 3 "El niño no hace aproximaciones espontáneas", además de la respuesta "nunca", si es el caso, podemos hacer constar las diferentes situaciones-estímulo en que se da este comportamiento: ante la presencia de un juguete, ante la madre, padre, cuidador, observador, etc.

Formulación de los enunciados

Está en función de la definición de los ítems y los criterios de puntuación.

En primer lugar, los enunciados de la escala EIVA formulan siempre una conducta patológica a partir de la definición de la misma. Así, por ejemplo, el ítem 17 enuncia: "Respuestas anómalas a los estímulos proximales", formulación que se corresponde con una definición del ítem que especifica dichas respuestas anómalas, y que es: "Susceptibilidad excesiva, insuficiente o selectiva a la estimulación gustativa, olfativa y táctil, incluyendo el dolor. Uso inapropiado de estas modalidades sensoriales".

En cambio, el ítem 9 de la CARS: "Respuestas a los estímulos proximales", no está formulado atendiendo a la anomalía de estas respuestas, y queda definido de una forma global. Estas conductas no poseen un ítem referido a ellas en la escala BSE. De todas formas, esta última escala también formula conductas patológicas en sus enunciados, coincidiendo en ello con la escala EIVA. Por este motivo, los enunciados de la BSE que resultaban útiles para la EIVA han sido recogidos en buena parte, o reformulados cuando se ampliaba el contenido del ítem.

Por último, la formulación de los enunciados se corresponde con los criterios de puntuación. Atendiendo a lo comentado en el apartado anterior, los enunciados de la EIVA son más similares a los de la BSE que a los de la CARS. En definitiva, para poder puntuar una conducta anómala en cuanto a su frecuencia, debe ser enunciada de la forma más clara y precisa posible. Se verá pues, que para puntuar la frecuencia de la pobreza en la interacción social del niño autista, resulta más útil el enunciado "Interacción social pobre" (EIVA y BSE) que el de "Trastorno en la relación con las personas" (CARS).

CONCLUSIONES

El diagnóstico del Autismo Infantil reviste una peculiar dificultad debido a las particularidades de este trastorno. Las escalas para valorar el comportamiento autista son un instrumento más para el diagnóstico. Sin embargo, la utilidad de estas escalas puede ser discutible teniendo en cuenta las dificultades para unificar criterios en cuanto a: conductas a medir, formas de medirlas y valoración de los resultados.

La escala integrada EIVA pretende ser una nueva propuesta, partiendo de la experiencia con las escalas anteriores y de la clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10⁽²²⁾. La EIVA intenta aunar los aspectos que nos han parecido más válidos de las escalas más utilizadas actualmente y en consonancia con la CIE-10, a fin de lograr una escala específica para la población infantil usuaria de los servicios públicos de Psiquiatría y Psicología de nuestro país.

Se ha procurado paliar al máximo la variable subjetiva en la administración de esta escala, a través de

enunciados claros y definiciones concretas, además de sistematizar su forma de administración. La puntuación de la escala permite discriminar niveles de gravedad del trastorno, y así, además de ser un instrumento para el diagnóstico diferencial, la EIVA permite profundizar en la investigación del autismo infantil.

A partir de este trabajo se inicia la fase de validación de la escala, la cual será un proceso largo y complejo, tanto desde la composición de una muestra suficiente, como en cuanto al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para la validación estadística.

Es nuestro deseo que el resultado de estas investigaciones aporte un instrumento válido y eficaz dentro del conjunto de pruebas para el diagnóstico del autismo infantil en Psiquiatría y Psicología. También esperamos que resulte útil para la investigación de éste y otros trastornos del desarrollo infantil. Por último, pensamos que este proceso de investigación puede abrir nuevas vías e hipótesis que quizá, en alguna medida, ayuden al avance en la comprensión de este difícil y complejo trastorno mental.

117

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Adrien JL, Barthélémy C y cols. The Presence or Absence of Certain Behaviors Associated with Infantile Autism in Severely Retarded Autistic and Nonautistic Retarded Children and Very Young Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1987;17(3).
- 2 Adrien JL. Approches psychologiques de l'autisme: Cognition, communication, émotion. *Revue Internationale de Pédiatrie* 1988;186.
- 3 Adrien JL. Evaluations psychologiques. *Revue Internationale de Pédiatrie* 1988;186.
- 4 Barthélémy C y cols. Marqueurs cliniques (items d'échelles de comportement), électrophysiologiques (potentiels évoqués conditionnés) et biochimiques (acide homovanilique urinaire) dans l'autisme de l'enfant. Communication à l'Association Française de Psychiatrie Biologique, Lyon, Mai, 1984.
- 5 Barthélémy C y cols. Les évaluations comportementales, psychologiques et biologiques en psychiatrie de l'enfant. Problèmes méthodologiques-applications thérapeutiques. *Psychologie Médicale* Paris, 1986.
- 6 Barthélémy C. Evaluation des comportements. *Revue Internationale de Pédiatrie* 1988;186.
- 7 Barthélémy C y cols. Etude des fonctions neurophysiologiques et compréhension des comportements autistiques. I.N.S.E.R.M. Tours, 1989.
- 8 Barthélémy C y cols. The Behavioral Summarized Evaluation: Validity and Reliability of a Scale for the Assessment of Autistic Behaviors (BSE o ECA). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1990;20(2).
- 9 Black M, Freeman BJ y cols. Systematic Observation of Play Behavior in Autistic Children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1975;5(4).
- 10 Bretonneau. Glossaire Echelle Bretonneau III. 1983-1984.
- 11 Dansart P. Evaluation des troubles du langage: Aspects méthodologiques. *Revue Internationale de Pédiatrie* Décembre 1988;186.
- 12 Freeman BJ, Ritvo E y cols. The Behavior Observation Scale for Autism. Initial Methodology, Data Analysis, and Preliminary Findings on 89 Children. *American Academy of Child Psychiatry* 1978.
- 13 Freeman BJ, Ritvo E y cols. The Behavior Observation Scale for Autism (BOS): Initial Results of Factor Analyses. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1980;10(3).
- 14 Garanto J. L'alumne amb greus problemes de personalitat (Autisme i Psicosis) a l'escola. Necessitats educatives especials. Documents d'Educació Especial 12. Departament d'Ensenyament, Generalitat de Catalunya. Octubre, 1990.
- 15 Garreu B. Intérêt des explorations fonctionnelles. *Revue Internationale de Pédiatrie* Décembre 1988;186.
- 16 Gillberg Ch y cols. Maternal Age and Infantile Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1980;10(3).

- 118 17 Gillberg Ch y cols. Outcome and Pronostic Factors In Infantile Autism and Similar Conditions: A Population-based Study of 46 Cases Followed Through Puerty. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1987;17(2).
- 18 Goodman R. Reliability of Clinical Ratins by Trainee Child Psychiatrists: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1991;32(3).
- 19 Hamellry L, Adrien JL y cols. Standardisation des donnes par classification multi-axiales dans les troubles du developpment global de l'enfant. I.N.S.E.R.M. Tours, 1988.
- 20 Hameury L. Evaluation des facteurs psychosociaux. *Revue Internationale de Pédiatrie* Decembre 1988;186.
- 21 Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Williams & Wilkins. New York 1989;I-II:5ª Edition.
- 22 OMS. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor Madrid, 1992.
- 23 Ritvo ER, Freeman BJ. Disopute over Rutter and Schopler (1987) Article. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1987;17(4).
- 24 Rom J, Cuxart F. *Aportacions per a un estudi tècnic sobre els autistes adults profunds*. CERAC-APAFACC. Barcelona, 1987.
- 25 Rutter M y cols. *Clinical Assessment of Language Disorders in the Young Child*. Heineman. Londres, 1972.
- 26 Rutter M., y cols. *Autismo*. Alhambra. Madrid, 1984.
- 27 Sauvage D. Autisme du nourrisson et du jeune enfant. Etudes cliniques. *Revue Internationale de Pédiatrie* Decembre 1988;186.
- 28 Schopler E y cols. Toward Objective Classification of Childhood Autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1980;10(1).
- 29 Schopler E, Mesibov GB y cols. Use of the Childhood Autism Rating Scale with Autistic Adolescents and Adults (CARS). *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* January 1989;31.
- 30 Siegel B y cols. Empirically Derived Subclassification of the Autistic Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1986;16(3).
- 31 Wing L y cols. *Autismo infantil*. Santillana. Madrid, 1982.

Anexo 1

119

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO AUTÍSTICO. BSE O ECA
C. BARTHÉLEMY Y OTROS, 1990**

Marcar con una cruz la puntuación que corresponda

	0	1	2	3	4
1. Busca el aislamiento					
2. Ignora a los otros					
3. Interacción social pobre					
4. Mirada inadecuada					
5. No se esfuerza en comunicar por la voz y/o la palabra					
6. Dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual					
7. Estereotipias verbales; ecolalia					
8. Falta de iniciativa. Actividad espontánea reducida					
9. Relación inapropiada con los objetos inanimados; con una muñeca					
10. Intolerancia al cambio, y a la frustración					
11. Actividad sensoriomotriz estereotipada					
12. Agitación, inquietud					
13. Mímica, postura y marchas bizarras					
14. Autoagresividad					
15. Heteroagresividad					
16. Pequeños signos de angustia					
17. Perturbaciones del humor					
18. Perturbaciones de las conductas alimentarias					
19. Atención inestable					
20. Respuestas bizarras a los estímulos auditivos					

Puntuación:

- 0 - Nunca
- 1 = Algunas veces
- 2 = A menudo
- 3 = Muy a menudo
- 4 = Siempre

Glosario de ítems

1. *Busca el aislamiento*
 - Se mantiene fuera del grupo o aislado respecto a él; desconectado de la comunicación.
 - Se mantiene en su propio mundo.
 - Busca un espacio familiar.
2. *Ignora a los otros:*
 - Indiferencia hacia los demás. No les presta atención: puede caminar entre ellos sin "verlos", parece no oírles.
 - No responde a las propuestas
 - Demasiado tranquilo, indiferente (expresión congelada).
 - En general, si los otros se dirigen a él, vuelve la cara o bien reacciona retardadamente

3. *Interacción social pobre:*

- No intercambia juguetes.
- No hace aproximaciones espontáneas; no ofrece juguetes.
- No usa objetos como símbolo de intercambio.
- Usa al adulto como un objeto.
- No sonríe; no busca compañía.
- Es incapaz de mantener intercambios sociales.

El niño puede mirar partes del cuerpo del examinador o seguirle a todas partes y permanecer ensimismado.

4. *Mirada inadecuada:*

- No te mira a los ojos; tapa sus ojos; evita la mirada directa.
- Mira alrededor; gira su cara cuando le llaman o le miran.
- Expresión vacía o sin vida; mirada fugaz o penetrante; sigue intermitentemente los objetos con la mirada; su mirada no se centra en los objetos, sino que es periférica.

5. *No se esfuerza en comunicar por la voz y/o la palabra:*

Se basa en el esfuerzo hacia la comunicación y no en su nivel de lenguaje verbal. Un niño con habla puede no esforzarse en comunicar y, por tanto, puntuar alto en la escala (lenguaje ecológico no comunicativo). Un niño sin habla puede intentar hacerse entender a su manera (parlotear, balbucear) y, por tanto, puntuar bajo.

6. *Dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual:*

- Animia. Inmovilidad facial.
- No muestra reacción postural anticipatoria cuando se le coge en brazos.
- No puede dirigir la mano del examinador para obtener un objeto deseado; hace oscilar sus manos en su dirección; no puede indicar con precisión lo que quiere por el gesto, actitud o mirada.
- Si puede hablar no usa normalmente la expresión facial, vocal o gestual con vivacidad.

7. *Estereotipias verbales; ecolalia:*

- Ecolalia inmediata o retardada; repite casualmente o selectivamente.
- Inversión del pronombre personal.
- Repite palabras o frases con o sin valor comunicativo.
- Encadena palabras y frases basadas en ciertas palabras o consonantes clave sin consideración a una conexión lógica entre ellas.
- Pronuncia sonidos estereotipados ("ah", "oh") de forma abrupta, nerviosa, en momentos de decepción o placer; otras veces sin razón particular.

8. *Falta de iniciativa. Actividad espontánea reducida:*

- Sin ayuda de nadie el niño no inventa juegos (aunque posiblemente sea bastante capaz de hacerlo).
- Pasividad; falta de interés.
- Lentitud.

9. *Relación inapropiada con los objetos inanimados; con una muñeca:*

- Ignora los objetos o les muestra sólo un interés breve (el objeto es sostenido de forma fortuita sin fijación visual en él).
- Chupa o pone objetos en su boca.
- Da palmaditas en los objetos o los golpea repetidamente.
- Conducta inusual hacia los objetos; los deja caer de sus manos pasivamente; les acaricia.
- Retira su mano de la pared de un edificio como si ésta fuera candente: examen táctil de las cosas en un instante; tiende a ser absorbido por señales sin sentido, por manchas, agujeros, puntos.
- Utilización rara y muy personal de los objetos y conducta excéntrica con ellos: igual deja un objeto quieto a su lado que le da vueltas y vueltas, lleva siempre un trozo de cuerda, levanta un objeto haciéndolo girar a su alrededor.

Anexo 1 (continuación)

121

10. *Intolerancia al cambio y a la frustración.*

- Insistencia en que nada cambie.
- Gran dificultad en aceptar cualquier cosa inhabitual: cambios de lugar, tiempo, personas, vestidos, alimentos. todos los cambios provocan reacciones desproporcionadas.
- Frustración, reacción de enfado cuando olvida algo o cuando sus actividades son interrumpidas; descontento cuando sus necesidades y expectativas quedan insatisfechas. Queda fijado en el elemento frustrante.

Actividad sensoriomotriz estereotipada:

Esta actividad estereotipada también se manifiesta en la marcha.

- Se balancea en su cama, o en el suelo de un pie a otro.
- Mira sus manos, las mueve, retuerce sus dedos, huele sus manos, tapa sus orejas, tapa sus ojos.
- Da golpes con sus pies.
- Juegos de ojos con luz solar o eléctrica

12. *Agitación, inquietud:*

Estos síntomas aparecen en períodos de quietud o de actividad.

- Inquietud: desorden, descontrol, excitación sin objeto. El niño parece incapaz de encontrar paz, está constantemente en movimiento.
- Alboroto: el niño se siente compelido a hacer ruido y generalmente resulta molesto. El alboroto es exagerado y patológico: salta por todas partes, salta de una silla a otra, lo toca todo, cambia constantemente de actividad, disemina objetos y juguetes. también puede hacer mucho ruido y provocarlo deliberadamente.

13. *Mímica, postura y marcha bizarras:*

A menudo es evidente una postura y marcha extrañas, pero ello se puede extender a la conducta general y actividades.

- Expresión facial: muecas, movimientos faciales bizarros.
- Postura: pies cruzados en el aire, cabeza baja, cuerpo retorcido, postura desequilibrada, piernas dobladas, cabeza contra los pies, acurrucado en un rincón, cuello inclinado hacia atrás, extensiones violentas del cuerpo, ausencia de postura anticipatoria, pobre adaptación postural (niño "blando" o "escurridizo").
- Marcha: salta, camina de puntillas o con los talones, gira continuamente o corre describiendo pequeños círculos, camina arrastrando un pie, camina de lado con súbitos movimientos extraños.

14. *Autoagresividad:*

- Autoagresión o mutilación de su propio cuerpo: golpea su cabeza con su mano o algún objeto, se deja caer pesadamente al suelo, se muerde o pellizca, se araña la cara, etc.

15. *Heteroagresividad:*

- Muerde, araña y pega a otras personas.

pequeñas signos de angustia.

Ejemplos de manifestaciones de angustia o ansiedad:

- Súbitos accesos de llanto, lloriqueo (a menudo sin lágrimas).
- Risitas nerviosas.
- Parece temeroso, inquieto, intranquilo.
- Camina arriba y abajo sin propósito.
- Tembloroso.
- Somatizaciones: vómitos, hiperventilación o retención de la respiración, problemas intestinales (constipación, diarrea) sudoración, comerse las uñas.

17. *Perturbaciones del humor:*

Pobre registro emocional.

- Alternancia de emociones opuestas (cólera, risa, placer, tristeza).
-

Anexo 1 (continuación)

- Crisis inmotivadas de humor y risa.

18. *Perturbaciones de las conductas alimentarias:*

- Dificultades cualitativas y/o cuantitativas.

- Indiferencia pasiva: el niño acepta comer sin participación afectiva.

- Rechazo activo: el niño llora o grita al ver la comida, rechaza la comida gesticulando y girando la cabeza.

- Selectividad ante ciertos sabores: dulce o salado.

- Pica Piedras, papel).

- Coprofagia.

- Mericismo: niño "rumiante".

- Vómitos.

- Come sucio, se mancha con la comida o la tira.

- Rituales.

- Ausencia de sentido del gusto.

- Bulimia, anorexia.

19. *Atención inestable:*

- El niño es incapaz de fijar su atención en una actividad sugerida.

- Permanece absorto cuando se le habla.

- Lentitud en la integración: no responde a instrucciones o lo hace con mucho retraso.

- Respuestas retardadas.

- Atención inestable: las modificaciones de la atención están provocadas por pequeños cambios en el entorno.

- Atención anormal: fija la atención en sus propias producciones sonoras no vocales (rascar, picar) que él escucha muy atentamente.

20. *Respuestas bizarras a los estímulos auditivos:*

- Importancia aumentada de la función auditiva en ciertos tipos de relación con el mundo exterior.

- Susceptibilidad excesiva, insuficiente o selectiva a los ruidos, sonidos, llamadas.

- Respuestas paradójicas. Ejemplo: el niño no se gira ante un portazo o cuando se le llama por su nombre, y se ensimisma con el sonido de un papel arrugándose.

Anexo 2

ESCALA DE VALORACIÓN DEL AUTISMO INFANTIL. CARS
(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE). E. SCHOPLER Y COLS., 1989.

Nombre:

H.C:

Edad:

Fecha:

Marcar con una cruz la puntuación que corresponda

	0	1	2	3	4
1. Trastorno en la relación con las personas	.	.	.	.	.
2. Capacidad de imitación	.	.	.	.	.
3. Afectos inapropiados	.	.	.	.	.
4. Uso extraño de los movimientos corporales y persistencia de estereotipias	.	.	.	.	.
5. Peculiaridades en las relaciones con los objetos inanimados	.	.	.	.	.

Anexo 2 (continuación)

	0	1	2	3	4
6. Resistencia al cambio del entorno	*	*	*	*	*
7. Peculiaridades en las respuestas visuales	*	*	*	*	*
8. Peculiaridades en las respuestas auditivas	*	*	*	*	*
9. Respuestas a los estímulos proximales	*	*	*	*	*
10. Reacciones de ansiedad	*	*	*	*	*
11. Comunicación verbal	*	*	*	*	*
12. Comunicación no verbal	*	*	*	*	*
13. Nivel de actividad	*	*	*	*	*
14. Funcionamiento intelectual	*	*	*	*	*
15. Impresión general	*	*	*	*	*

Puntuación de la conducta:

- 1: normal
- 2: ligeramente anormal
- 3: moderadamente anormal
- 4: severamente anormal

Glosario de los ítems:

1. *Trastorno en la relación con las personas*: esta escala mide la conducta del niño en una variedad de situaciones que incluyen la interacción con otras personas. Rasgo esencial del autismo.
2. *Capacidad de imitación*: se basa en cómo el niño imita los actos verbales y no verbales. Intenta mediar la habilidad para la imitación y no la forma en que se realiza.
3. *Afectos inapropiados*: mide cómo el niño reacciona a las situaciones placenteras y displacenteras. Incluye la determinación de si sus emociones o sentimientos parecen apropiados a la situación.
4. *Uso extraño de los movimientos corporales y persistencia de estereotipias*: mide la coordinación y adecuación de los movimientos corporales y persistencia de estereotipias: mide la coordinación y adecuación de los movimientos corporales. Incluye las desviaciones en la postura, la rotación y la manipulación, así como balanceo, caminar de puntillas y también la autoagresividad.
5. *Peculiaridades en las relaciones con objetos inanimados*: mide el interés en los juguetes y otros objetos y el uso que hace de ellos.
6. *Resistencia al cambio del entorno*: concierne a las dificultades en establecer cambios en la rutina o hábitos y en el paso de una actividad a otra. Estas dificultades se relacionan a menudo con las conductas repetitivas.
7. *Peculiaridades en las respuestas visuales*: mide los patrones de atención visual inusuales que se encuentran en la mayoría de los niños autistas. Incluye las respuestas del niño cuando se le requiere para mirar objetos o materiales.
8. *Peculiaridades en las respuestas auditivas*: mide la conducta auditiva inusual o las respuestas inusuales a los sonidos. Incluye la reacción del niño a la voz humana y a otros tipos de sonido.
9. *Respuestas a los estímulos proximales*: mide la respuesta del niño a la estimación gustativa, olfativa y táctil (incluyendo el dolor). También mide si el niño hace un uso apropiado de estas modalidades sensoriales.
10. *Reacciones de ansiedad*: mide el miedo inusual o inexplicable, así como su ausencia cuando sería esperable o normal.
11. *Comunicación verbal*: mide el discurso y el lenguaje del niño en todas sus facetas. No sólo la presencia o ausencia de habla, sino también las peculiaridades, rarezas o uso inadecuado de la expresión verbal.

Tabla 2 Características farmacocinéticas de los ISRS

Propiedad	FXT	FVX	PXT	STL
Absorción	Buena	Buena	Buena	Lenta
Max. () Plasma	6-8 h	2-8 h	2-8 (5) h	4,5-8 h
Estado Estable	14-21 d	10-15 d	4-14 d	7 d
Metabolitos activos	SI Nor FXT	NO	NO	SI Nor STL
Vida media	1-3 d NFXT 7 -20 d.	15 h	20-24 h	26 h NSTL 62- 104 h
Ligado Proteínas	94%	77%	95%	99%
Vol. Distribución	20-40L/Kg	> 5L/Kg	17L/Kg	20L/Kg
Polimorf. Genetic	Lentos	?	Lent/Rap	?

Fuentes: 23,38-42, 44, 45, 52 y 59.

resultados iniciales, por supuesto dentro de un programa de tratamiento multimodal (Tabla 1).

Existen también depresivos del uso de FXT en cuadros tan clásicos para los antidepresivos como la enuresis funcional⁽²⁷⁾, tan particulares como el Síndrome de Prader-Willo^(28,29) o tan inespecíficos como las autoagresiones en los deficientes mentales⁽³⁰⁾.

En contraste con la relativa experiencia del uso de FXT en menores de 18 años, no se han encontrado referencias específicas informando del uso en la infancia y la adolescencia de los otros tres ISRS (FVX, PVT y STL). De los diversos estudios de la PXT en cuadros depresivos se pueden sacar escasos datos relacionados con la edad: 1) Los estudios farmacocinéticos ponen de manifiesto que una misma dosis de PXT produce mayores concentraciones plasmáticas en los más ancianos⁽³¹⁾. 2) No todos los estudios de PXT en grandes grupos recogen la edad mínima, los que lo hacen refieren 15 años⁽³²⁾ y 17 años⁽³³⁾, sin especificar el número de casos de esas edades tratados. 3) En los estudios de tolerancia, eficacia y seguridad del uso de PXT que se han revisado para el presente trabajo no se establecen diferencias en estos aspectos relacionadas con la edad inferior a 18 años.

DIVERGENCIAS FARMACOCINÉTICAS

Los diversos parámetros farmacocinéticos recogidos (Tabla 2) corresponden a los datos generales de los

cuatro ISRS; existiendo notables variaciones particulares de éstos, atribuibles a factores genéticos y de edad, o dependientes de alteraciones renales y hepáticas.

Hasta el momento carecemos de datos específicos de los ISRS referentes a estos parámetros en la infancia y la adolescencia. Por ello, antes de comentar la farmacocinética de los cuatro, haremos una relación sumaria de factores que podrían afectarla en los menores.

- La absorción podría ser más rápida en los niños, tal como ocurre con la Imipramina y otros psicotropos⁽³⁴⁾.
- La distribución de los fármacos depende de diversos factores físicos: volumen de agua, proporción de tejido graso, flujo y presión de perfusión sanguínea. Todos ellos varían con las edades, algunos llamativamente como el agua extracelular⁽³⁵⁾, por lo que son presumibles diferencias a lo largo del desarrollo que podrían tener reflejo en el efecto farmacológico.
- Clásicamente se han postulado dosis más altas para la infancia que para la edad adulta; esto tiene su fundamento en la mayor velocidad de metabolización de los niños dada su mayor proporción corporal de masa hepática⁽³⁶⁾.
- En la adolescencia pueden darse fenómenos de incremento del nivel plasmático de fármacos. Morselli y Pippenger⁽³⁷⁾ lo atribuyen al incremento de las hormonas sexuales propio de la edad, que las convierte en competidoras de los fármacos para ser metabolizadas por las enzimas hepáticas.

Mientras que la PXT y la FVX no parecen tener metabolitos de actividad inhibitoria de recaptación de serotonina la FXT sí; es desmetilada a Norfluoxetina (NFXT) que resulta ser tan potente y selectiva como la FXT en dicha propiedad. También la STL tiene un metabolito activo, la Norsertralina (NSTL) o Desmetil sertralina, que es unas 5-10 veces menos potente que STL según estudios *in vivo*⁽⁴¹⁾ (Tabla 2).

La vida media menor es la de la FVX, a la que siguen PXT y STL, éstas tienen una vida media cercana al día. La vida media de la FXT es entre una y tres veces la de la PXT; y aún mayor es la de la NFXT (Hasta cinco veces la de la FXT). El otro metabolito activo, la NSTL, tiene una vida media entre 1.5 y 4 veces la de su precursora. Estas diferencias entre unos y otros ISRS exigen ser tenidas en cuenta para establecer los ritmos de administración, que serían más flexibles en la FXT y quizás en la STL. En los casos de suspensión del tratamiento los efectos de la FXT podrían aparecer semanas después. La

sustitución de FXT por otro antidepresivo debe calibrar este hecho para valorar adecuadamente a) el tiempo de espera necesario desde la retirada de FXT hasta el comienzo del nuevo, y b) la atribución de la respuesta clínica al nuevo antidepresivo usado o a la FXT, cuando la mejoría aparece a los pocos días de iniciar el segundo tratamiento.

FXT, PXT y STL tienen una alta unión a proteínas plasmáticas, lo que puede dar lugar a interacciones, entre ellos mismos y con otros fármacos de características similares.

Los diferentes tiempos que necesita cada ISRS para alcanzar su estado estable merecen considerarse, tanto ante la aparente mayor prontitud de respuesta antidepresiva de la PXT⁽⁴³⁾, como para evaluar la dosis óptima tras unos días de espera suficientes, explicar la aparición de algunos efectos secundarios tardíos, o medir el nivel plasmático de cada fármaco en el momento en que ya se haya alcanzado su estado estable. El estado estacionario de los ISRS varía entre el mínimo de STL^(7d) y PXT^(4-14d), hasta el máximo de FXT^(14-21d), con tiempo intermedio para la FVX^(10-15d)^(44,45) (Tabla 2).

La metabolización de estos ISRS tiene lugar en el hígado, siendo excretados por orina principalmente. Los datos relacionados con insuficiencias hepáticas o renales evidencian un cierto enlentecimiento de esos procesos. Ello apunta, como mínimo hacia la racional disminución de dosis y el aumento de la vigilancia de efectos secundarios e interacciones.

La tabla 2 contrasta las propiedades farmacocinéticas de los cuatro ISRS.

SINGULARIDADES FARMACODINÁMICAS

Los efectos farmacológicos resultan de su selectividad en la inhibición de la recaptación de serotonina y en los cambios de los receptores serotoninérgicos tras la administración repetida de un ISRS. Todos son competitivos y de alta afinidad por el mecanismo de recaptación neuronal de serotonina. Una diferencia con los antidepresivos clásicos radica en estos efectos más marcados sobre el sistema serotoninérgico y dopaminérgico.

La potencia y selectividad para inhibir la recaptación de serotonina varía de unos ISRS a otros. La PXT es el más potente de todos y, después del Citalopram, también el más selectivo, al menos *in vivo*; *in vitro* la PXT

aparece como el más selectivo⁽⁴⁶⁾. La potencia inhibidora de la PXT es entre 3.5 y 20 veces la de la FXT^(48,49). La mayor potencia *in vivo* la presenta la PXT⁽⁴⁷⁾, FXT y FVX tienen una potencia similar. Los datos de la STL son menos completos, aunque Koe y cols.⁽⁵¹⁾ y Murdock y Mctavish⁽⁵²⁾ encuentran una potencia relativa superior a la de FXT y FVX. Aún está por dejar bien establecido si la mayor selectividad corresponde a PXT o la STL, resultando ambas más selectivas que FXT y FVX^(47,57).

Efectos sobre el sistema serotoninérgico: Al igual que los tricíclicos, los ISRS, tras administración repetida, inducen cambios en los receptores que resultan en una potenciación de la transmisión serotoninérgica. Pero los mecanismos son diferentes. Mientras que los tricíclicos actúan sobre la sensibilidad de los receptores postsinápticos, provocando así un aumento de la serotonina liberada en cada transmisión, con lo cual la facilitan⁽⁵³⁾.

Efectos sobre el sistema β -adrenérgico: Todos los ISRS son más selectivos que los tricíclicos, incluso que la propia clomipramina, para inhibir la recaptación de serotonina en relación a la recaptación de noradrenalina. Los tricíclicos provocan una regulación a la baja de la noradrenalina; y parece que esta reacción también podría darse con la FXT, la FVX y la STL aunque en menor medida^(51,54-56) mientras que la PXT se ha mostrado inactiva a este respecto⁽⁵⁷⁾.

Aunque por sí mismos casi no afectan al *sistema dopaminérgico extrapiramidal*, sí parece que algunos ISRS potencian los efectos distónicos de neurolepticos⁽⁵⁸⁾ a través de mecanismos farmacodinámicos, y no sólo farmacocinéticos. La STL es la única de las cuatro que tiene mayor capacidad de inhibición de dopamina que de noradrenalina. Esto sería sugerente para comprobar su capacidad antiobsesiva.

Pocos estudios se han realizado para evaluar la influencia sobre sistemas dopaminérgicos y gabaérgicos. La administración repetida incrementa la sensibilidad de los sistemas dopaminérgicos mesolímbicos en roedores⁽⁵⁹⁾. Aún no está dilucidado si ello es una consecuencia de los cambios de los sistemas serotoninérgicos que influyen en los dopaminérgicos, o se debe a la influencia directa de estos fármacos sobre el dopaminérgico.

Todos los ISRS tienen una escasa afinidad por los receptores histaminérgicos y muscarínicos; hecho al que se debe la reducida capacidad para provocar los efectos adversos habituales en los tricíclicos^(59,60).

Tabla 3 Relación de efectos colaterales de los ISRS

Efecto colateral según U.K.U.	FXT	FVX	PXT	STL
1.2 Astenia		A	B	A
1.3 Sedación/Somnolencia	a A	B	A	B
1.5 Depresión/Ideas suicidas	c C			
1.6 Inquietud interior/Tensión	a A	A		A
1.8 Disminución tiempo de sueño	a A	A	A	A
1.11 Hipomanía	c C			C
1.12 Irritabilidad/Inquietud	C			
2.1 Temblor fino	A	A	A	A
2.4 Hiperkinesia/Acatisia	c C			
2.7 Crisis epilépticas (Sobredosis)	c			C
3.3 Sequedad boca	A	A	A	B
3.4 Náuseas	a B	B	B	B
3.5 Diarrea	A			B
3.6 Estreñimiento		A	A	
3.11 Aumento sudoración	A		A	A
4.6 Pérdida de peso	a A	A	A	A
4.9 Galactorrea	c			
4.12-4.15 Disfunción sexual	A	A	B	B
4.17 Cefalea	B	A	B	B

Mayúsculas: adultos. Minúsculas: menores.

A y a: probabilidad leve de aparecer el efecto. <15%

B y b: probabilidad moderada de aparición. > 15%

C y c: casos descritos al respecto.

Fuentes: 4-7, 9-11, 23, 38-42, 58, 61-86

EFFECTOS COLATERALES

Los efectos secundarios de los ISRS resultan notablemente diferentes que los de los tricíclicos. No producen alteraciones electrocardiográficas ni, generalmente, cambios en la tensión arterial. Tampoco parecen potenciar los efectos del alcohol. Los efectos anticolinérgicos e histaminérgicos son muy escasos en frecuencia e intensidad, la sobredosis no resulta una vía segura de consumir la autólisis, y los efectos sedantes, que no aparecen en muchos casos, pueden paliarse mediante el incremento paulatino de dosis. Aparte de su contrastada capacidad anti-depresiva, sin duda los menores efectos no deseados han sido una atractiva carta de presentación de los ISRS.

Siendo todavía limitada la información sobre efectos colaterales en los adultos, los datos sobre menores son aún más singulares; por ello la tabla 3 no pasa de ser una bienintencionada tentativa, debido a su alto grado de incertidumbre. Recoge los efectos colaterales descritos

para la FXT a partir de los 139 casos de los estudios de la tabla 1, y de otras comunicaciones sobre efectos colaterales recogidas en esta revisión. Ambrosini y cols.⁽⁶¹⁾ hacen su aproximación clasificándolos en a) conductuales, b) gastrointestinales y c) neuropsiquiátricos. En esta revisión consideramos más útil hacerlo a a partir de una escala de valoración de efectos colaterales, la UKU⁽⁶²⁾. Ello puede permitir futuras confirmaciones, descartes o añadidos, que serán de acuerdo a una escala de referencia permanente.

Partiendo del hecho de que el perfil general de efectos colaterales de los ISRS es distinto al de los tricíclicos, las reacciones secundarias más habituales son también relativamente distintas entre unos y otros ISRS, pero hasta el momento carecemos de estudios comparativos de los efectos colaterales entre unos y otros ISRS.

La aparición de *cuadros hipomaniacos* tras la administración de antidepresivos está descrita ya antes del uso de los ISRS, y no constituye un riesgo exclusivo de éstos. Los pocos casos infanto-juveniles descritos tampoco pueden hacer pensar en que tales edades sean más propensas a la elevación patológica del estado de ánimo por el uso de ISRS. Hay casos de hipomanía y manía descritos con tricíclicos en niños y adolescentes⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾, y también con FXT⁽⁶⁸⁻⁷¹⁾. Algunos casos están tratados con dosis de 40-60 mg/día, como el de Leibowitz y cols. que la presentó con 40 mg/día y remitió al bajar a 20 mg/día, pero otros manifiestan los síntomas hipertímicos con 20 mg/día. Caso de no ser por dependencia de dosis, este fenómeno podría deberse a factores personales de hipersensibilidad o inestabilidad de los sistemas reguladores del ánimo. Con STL también se han referido reacciones de hipomanía en adultos^(72,73). En adultos represivos con antecedentes de manía, Rasmussen encuentra que ésta aparece con una incidencia significativamente menor con PXT que con tricíclicos⁽⁷⁴⁾. Hersh y cols.⁽⁷⁵⁾ encuentran una reacción psicótica en una niña de 11 años tratada con FXT (20 mg/48 h) por un cuadro depresivo. Los síntomas aparecieron a los pocos días de iniciado el tratamiento, cediendo tras la retirada.

Un caso de *hiperprolactinemia* y *galactorrea* está descrito en una joven de 17 años tras dos semanas de tomar 60 mg/día de FXT, desapareciendo al bajar la dosis a 40 mg/día⁽⁷⁶⁾.

Los estudios de grandes grupos de pacientes tratados con ISRS ponen de manifiesto que las *ideas suicidas*

relacionadas con su uso no son mayores que con los tricíclicos o el placebo, incluso que pueden ser menores⁽⁷⁷⁾. También existen estudios con FXT y FVX que apoyan la idea de que en líneas generales sí disminuyen la ideación suicida de los depresivos tratados⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾. Pero después de las comunicaciones de sobredosis con FVX⁽⁸¹⁾ y FXT^(63,82) esta última en un adolescente de 13 años con TOC; y del ahorcamiento de un joven de 15 años, también con TOC, a las dos semanas de iniciar el tratamiento con FXT⁽⁸³⁾ se iluminaron dos aspectos:

- a) La dificultad para consumir un suicidio mediante la ingestión de ISRS.
- b) El desarrollo, si bien en muy pocos casos, de ideas intrusivas de suicidio coincidentes con el uso clínico de ISRS.

A partir de los seis casos descritos por Teicher y cols.^(83,84) con intensas ideas suicidas durante el tratamiento con FXT, se han comunicado algunos otros. La revisión de Villasante y Lamas⁽⁸⁵⁾ concluye que se trataría de ideas obsesivas aparecidas en pacientes predispuestos, quizá por afectación del sistema dopaminérgico. Aunque estos autores consideran que en los adolescentes con ideas obsesivas de suicidio descritos por King y cols.⁽⁸⁶⁾ la causa era la ineficacia de la FXT, conviene tener en cuenta que se trata de pacientes previamente obsesivos, con Trastorno de la Tourette en varios de ellos, lo que no permite descartar que la acatisia y las intensas rumiaciones suicidas tengan relación con disfunciones dopaminérgicas.

En la comunicación de King y cols. fueron seis jóvenes los que presentaron ideas de autoagresión, de un total de 42, con edades entre 10 y 17 años, siendo las dosis de FXT entre 20 y 60 mg/día.

Los efectos más típicos de los ISRS (Sedación, náuseas, y cefaleas) pueden afrontarse mejor con dosificación creciente durante los primeros días.

ALGUNAS INTERACCIONES CONOCIDAS

Ya podemos conocer las consecuencias de su interacción con un número importante de fármacos de uso habitual, pero las diferentes propiedades de unos y otros ISRS desaconsejan la generalización de las conclusiones a los demás a partir de lo observado en un determinado ISRS. La tabla 4 recoge las interacciones más conocidas de cada una de estas sustancias.

Una de las interacciones de mayor riesgo es el *síndrome serotoninérgico* (SS). Aunque parece que por sí mismos los ISRS no inducen la aparición de síntomas de hiperactividad serotoninérgica central, combinados con determinados fármacos, IMAOs por ejemplo, sí pueden provocarlos⁽⁸⁷⁾. El SS consiste en una serie de manifestaciones psíquicas, neurológicas, gastrointestinales cardiovasculares. Estudiado con mayor extensión en la FXT, también está descrito con la PXT en ratas⁽⁸⁸⁾. Green refiere síntomas similares con la asociación FXT& Triptófano.

Algunos casos de asociación FXT y litio pueden igualmente coincidir con síntomas semejantes a los del SS, tal como el descrito por Noveske y cols.⁽⁸⁹⁾. Aunque algunos estudios con ISRS no encuentran interacciones con el litio, por ejemplo Stellamans en la PXT⁽⁹⁰⁾, resulta obligada la prudencia dado el reducido número de casos de adultos en que se ha realizado la combinación, y la ausencia de datos en menores.

Otra interacción de los ISRS atribuible a características farmacodinámicas o farmacocinéticas ocurre con algunos neurolépticos. Boyer y Feighner⁽⁶⁴⁾ lo describen con Clorpromacina. Otros autores lo señalan para el Haloperidol, tanto en adultos⁽⁹¹⁾ como en menores⁽⁹²⁾. Parece deberse a una exacerbación de los síntomas extrapiramidales y otros secundarios de los neurolépticos, y es atribuible a la acción combinada sobre el sistema dopaminérgico extrapiramidal, y a posibles aumentos de la concentración plasmática del neuroléptico. En la PXT está descrito en monos⁽⁹³⁾. El amplio uso de la FXT, o sus características individuales, pueden explicar su mayor cantidad de referencias a esta interacción^(94,97).

Algunos de los pacientes con TOC tratados por Rieddle y cols.⁽¹⁰⁾ -cuatro casos de 10- tomaban medicación asociada para el S. de la Tourette de tipo neuroléptico. A los pocos días de comenzar el tratamiento el 40% de los 10 presentó un cuadro de hiperactividad-agitación, aumento de la actividad motora y vómitos; persistiendo estos problemas a lo largo del tiempo que duró el tratamiento. Si unos casos y otros fueran los mismos nos encontraríamos con una probable interacción desencadenada por la asociación medicamentosa.

En adultos obsesivos la asociación FVX y Pimocride puede provocar exacerbación extrapiramidal y distonías⁽¹⁷⁾.

Diversos neurolépticos también pueden presentar tales interacciones: Mattheus en el trabajo anterior-

Tabla 4 Relación de interacciones farmacológicas ISRS

Tipo de fármaco	FXT	FVX	PXT	STL
Tricíclicos	< (TRI)			= ?
I.M.A.O.s	R.S.S.	R.S.S.	R.S.S.	R.S.S.
Litio	R.I.S.	R.I.S.	R.I.S.	R.I.S.
Triptófano	R.S.S.	R.S.S.	R.S.S.	R.S.S.
Neurolépticos	< Ef. S ²	< Efs ²		
Benzodiacepinas	> Ac.BZ			> Ac. BZ
Betabloqueantes	=?	< (Pro)		= ?
Anticoagulantes orales		< (AO)	< (AO)	< (AO) ?
Digoxina	< (DIG)			=
Carbamacepina	¿=			
Ac. Valproico	=?			
Cimetidina		> Ac. FV	> Ac. PX	> Ac. ST
Penitoína			> (PXT)	
Fenobarbital			> (PXT)	
Hipoglucemiantes	> (GLU)			

Las casillas en blanco indican falta de datos al respecto.

R.S.S.: riesgo de síndrome serotoninérgico.

R.I.S.: riesgo de interacción sintomática (Farmacodinámica o farmacocinética).

() : concentración plasmática. > : disminución.

< : aumento. Pro: propranolol. Ef. S²: efectos secundarios.

Ac.: aclaramiento plasmático.

Fuentes: 9, 17, 23, 32, 38-42, 50, 59-61 y 87-102.

mente citado⁽⁹²⁾ refiere otro caso con Clorpromacina (ambos eran gemelos de 14 años). Cassady y Thaker⁽⁹⁵⁾ lo refieren con clozapina al usar dosis altas de FXT. También se ha descrito acatisia tras añadir FXT a flufenacina⁽⁹⁶⁾.

Mientras que el SS y algunos aspectos de la interacción con neurolépticos, pueden deberse a interacciones farmacodinámicas, otros cuadros coincidentes con asociaciones de ISRS y ciertos fármacos se explican exclusivamente mediante interacciones farmacocinéticas. Así parece ocurrir con los antidepresivos tricíclicos. La asociación FXT y tricíclicos está descrita como promotora de una exacerbación de los efectos colaterales propios de los tricíclicos, debido al incremento de la concentración plasmática de los segundos por influencia de la primera⁽⁹⁸⁻¹⁰⁰⁾. Aranow y cols.⁽⁹⁹⁾ también detectan elevación del nivel de Trazodone tras añadir FXT, mientras que no parece incrementarse la carbamacepina. Tampoco se detectó aumento de Carbamacepina, ni de Acido Valproico, tras añadir FXT en los casos de deficientes con autoagresiones tratados por Rickett y cols.⁽³⁰⁾.

La interacción FXT y PXT no ha sido descrita hasta el momento. Un caso de intensa sedación, somnolencia y anorexia, coincidente con la administración simultánea de 20 mg/día de cada fármaco, en una adolescente de 15 años se ha observado por uno de nosotros (PRR).

La interacción con Diacepán parece tener escasa importancia para los cuatro ISRS. La FXT añadida al diacepan muestra una disminución del aclaramiento de la benzodiacepina que no dio lugar a síntomas de sobredosificación⁽¹⁰¹⁾. Banister⁽¹⁰²⁾ no detectó interacciones de la PXT con el Diacepán, pero sí con walfarina, lo que podría incrementar el riesgo hemorrágico, y con cimetidina, la cual interfiere el primer paso metabólico de la PXT pudiendo incrementarse el nivel plasmático de ésta.

La tabla 4 resume las interacciones de los ISRS con diversos fármacos.

CONSIDERACIONES NEUROQUÍMICAS

Diversos autores sugieren que las peculiaridades bioquímicas de las depresiones infanto-juveniles pueden constituir una de las causas, aún no bien analizadas, por las que se explicarían los modestos resultados que se obtienen con los antidepresivos. Incluso que las depresiones de inicio en estas edades constituyen una forma severa y precoz⁽¹⁰³⁾. O que las depresiones de inicio en edades tempranas tienen un mayor fundamento serotoninérgico⁽¹⁰⁴⁾. La correlación entre disregulación serotoninérgica y depresiones juveniles viene siendo apoyada por varios estudios de la última década^(105,106,107).

En relación con esta última idea está el hecho de que el Sistema Inhibidor de la Conducta (SIC) descrito por Gray^(108,109) está constituido por sistemas noradrenérgicos y regulado por el sistema serotoninérgico del rafe medio. El SIC se activa por estímulos externos de falta de recompensa, castigo, incertidumbre e indecisión; los cuales nos evocan el fenómeno de la indefensión aprendida.

La neuroquímica del desarrollo ha comenzado a investigar las variaciones con la edad de los sistemas neurotransmisores. De observaciones en menores hasta los 17 años⁽¹¹⁰⁾ se deducen variaciones, diferentes con la edad, de la actividad relativa de los sistemas noradrenérgico (NA), serotoninérgico (5HT)

y dopaminérgico (DA). Así mientras el metabolito de la NA se estabiliza en LCR en los primeros dos años de vida, los de DA y 5HT (5HIAA) disminuyen paulatinamente en LCR sin estabilizarse hasta la adolescencia⁽¹¹¹⁻¹¹³⁾.

Las altas tasas de metabolitos pueden responder a procesos de desarrollo anisócronos de los sistemas NA, más precoces, y de los DA y 5HT que no se completarían hasta la adolescencia. Esto coincide con los estudios de primates en los que la disminución paulatina de neuronas, dendritas, axones y sinapsis no se estabiliza asíncrono y la hipótesis del fundamento serotoninérgico de algunas depresiones infantiles, surgen dos consideraciones:

- a) Los trastornos depresivos de influencia 5HT se pondrían de manifiesto en edades precoces, tanto más cuanto mayor fuera la irregularidad del desarrollo madurativo de tales sistemas; pudiendo constituirse en indicadores de gravedad o riesgo, y beneficiarse de tratamientos específicos.
- b) La utilización de ISRS, y de otros fármacos con influencia DA y 5HT, en etapas de evidente desarrollo ontogénico de estos sistemas, puede tener consecuencias, al menos inciertas, para su posterior desarrollo. Por lo tanto, en espera de conocer su eficiencia biológica a largo plazo, las prescripciones merecen considerarse en clave restrictiva, tanto más cuanto mayor sea la duración prevista del tratamiento y menor la edad; incluso cuanto mayor sea la dosis prevista.

Pero, infortunadamente, la protección efectiva de los sistemas neurotransmisores durante el desarrollo no se resolvería con el uso racional de los psicofármacos; las circunstancias ambientales pueden tener efectos dramáticos, provocando desequilibrios de los sistemas en desarrollo que podrían mantenerse hasta la edad adulta; al menos así ocurre en algunos simios. Los monos rhesus adultos que Kraemer⁽¹¹⁴⁾ encontró hipersensibles a la D-anfetamina resultaron ser los que habían sido privados de sus madres durante la crianza, mientras que los naturalmente criados tenían una sensibilidad normal al estimulante. Posteriormente se han comprobado, en aquellos rhesus adultos que habían sido separados de sus madres de cachorros - institucionalizados -, desequilibrios en las intercorrelaciones entre neurotransmisores (NA; DA; 5HT), con inestabilidad de unos y otros sistemas.

Los avances psicofarmacológicos permiten ampliar nuestros recursos terapéuticos con nuevos métodos de tratamiento, de cuya eficacia no conviene prescindir para conseguir el resultado favorable; parte de nuestro trabajo es conocerlos y valorar su eficiencia biológica a corto y largo plazo. Pero los psiquiatras nos enfrentamos al riesgo de caer en el hechizo de sugerentes métodos biológicos "definitivos", que solo son elementos, principales unas veces y accesorios otras, de un programa multimodal de tratamiento, elaborado a partir de las necesidades de cada menor.

SÍNTESIS DE CONCLUSIONES

1. Existen datos contrastados a favor de la eficacia de la FXT en al menos dos tipos de Trastornos: Depresión Mayor y TOC.
2. Carecemos de información publicada sobre las presumibles peculiaridades farmacocinéticas y farmacodinámicas de los ISRS en menores.
3. No se correlaciona, al menos en el caso de la FXT para el TOC, un nivel plasmático determinado con los efectos terapéuticos.
4. La escasez de casos infanto-juveniles puede restar estabilidad al perfil de efectos colaterales, aunque el actual ofrece pocas variaciones al compararlo con el de adultos.
5. La reducida interacción con el alcohol, la baja cardiotoxicidad y la baja letalidad con fines autolíticos, constituyen incentivos para su utilización.
6. La asociación a psicofármacos es peligrosa en algunos casos - IMAOs no reversibles y Triptófano-, arriesgada en otros -Litio-, con probables efectos colaterales en Neurolépticos y Tricíclicos si no se reducen dosis o se controlan niveles plasmáticos, y de escasa entidad con benzodiazepinas.
7. Efectos indeseables, descritos también con otros antidepresivos, como la activación y la rumiación e impulsividad suicida, esperan una investigación pormenorizada que oriente la utilización clínica.
8. En la actividad clínica infanto-juvenil estos desconocimientos relativos suponen un riesgo potencial que exige extremar las medidas de información precisión y precaución a la hora de prescribir ISRS.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Toro Trallero J. Psicofarmacología de la infancia y la adolescencia. En: *Psicofarmacología aplicada*. Coord. González Monclús. Public. i Edicions Universitat de Barcelona, 1993:301-315.
- 2 Gastaminza Pérez X. ¿Nuevos tiempos, otros tiempos o sencillamente el tiempo? *Revista Psiquiatría Infantojuvenil* 1991;4:315.
- 3 Huessy HR. The varied adult psychopathologies of children's behaviour disorders. *J Psychiatry Neurosci* 1992;17:146-157.
- 4 Mardomingo Sanz MJ, KlopeS. Antidepresivos en la infancia y adolescencia. *Farmacología del SNC* 1989;3:17-22.
- 5 Joshi PT, Pelham WE, Hoza J y cols. The use of fluoxetine in the treatment of mayor depressive disorder in children and adolescents. Paper presented at the 36th Annual Meeting of the *Am Acad Child and Adolesc. Psychiatry*. New York, 1989 Oct: 11-15.
- 6 Loño Capote J, Gorba Grimaltos M, Álvarez Cervelló G, Aragonés Also P. Efectos de la Fluoxetina en la depresión infantil. *Farmacoterapia* 1991;7:368-372.
- 7 Rodríguez Ramos P, Fernández Álvarez MA. Uso de la fluoxetina en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista de Psiquiatría Infantojuvenil* 1992;1:69-73.
- 8 Simenón J, Dinicola VF, Ferguson HB, Coping W. Adolescent depression: a placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1990;14:791-795.
- 9 Benfield P, Heel RC, Lewis SP. Fluoxetine: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy in depressive illness. *drugs* 1986;32:481-508.
- 10 Riddle MA, Hardin MT, King R, Scahill L, Woolston JL. Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tourette's and obsessive-compulsive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(1):45-48.
- 11 Liebowitz MR, Hollander E, Fairbairns J, Campeas R. Fluoxetine for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1990;29(1):45-48.
- 12 Simeon JG, Thatté S, Wiggins D. Treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder with a clomipramine-fluoxetine combination. *Psychopharmacol Bull* 1990;26(3):285-290.
- 13 Riddle MA, Scahill L, King R. y cols. Double-blind crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(6):1062-1069.
- 14 Price LH, Goodman WK, Charney DS, Rasmussen SA, Heninger GR. Treatment of severe obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine. *Am J Psychiatry* 1987;144(8):1059-1061.
- 15 Perse TL, Greist JH, Jefferson JW, Rosenfeld R, Dar R. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1987;12:1543-1548.
- 16 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(1):36-44.
- 17 McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, Delgado PL, Krystal JH, Charney DS, Heninger GR. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(5):652-654.
- 18 Chouinard G, Goodman W, Greist J. y cols. Results of a double-blind placebo controlled trial of a new serotonin uptake inhibitor, sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bull* 1990;26:279-284.
- 19 Barrickman L, Noyes R, Kuperman S, Schumacher E, Verda M. Treatment of ADHD with fluoxetine: A preliminary trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(5):762-767.
- 20 Freeman CPL, Hapson M. Fluoxetine as a treatment of bulimia nervosa. *Int J Obes* 1987;11(3):171-177.
- 21 Enas GG, Pope HG, Levine LR. *Fluoxetine in bulimia nervosa: Double-blind study*. Annual Meeting Am Psychiatry Assoc. New Research, NR 1989:NR 386 (abstract).
- 22 Walsh BT. Fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Journal of Psychomatic Research* 1991;35(11):33-40.
- 23 Benfield P, Ward A. Fluvoxamine a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 1986;32:313-334.
- 24 Rasmussen JGC, Johnson AM, Stewart BR. y cols. *Comparative effects of the selective serotonin uptake inhibitors paroxetine and fluoxetine on food intake in rats and effect of paroxetine on body weight in depressed patients*. British Assoc for Psychopharmacology. Cambridge, 1990.
- 25 Lucki I, Kreider MS, Simarsky KJ. Reduction of feeding behavior by serotonin uptake inhibitor sertraline. *Psychopharmacology* 1988;77:205-211.
- 26 Rey Sánchez F, Sánchez Iglesias S, Camino Aguado FJ, Lorenzo Bragado MJ, Pérez Urdániz A. Fluvoxamina: tratamiento farmacológico alternativo en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 1993;2:111-117.
- 27 Mesares JD. Fluoxetine for primary enuresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(4):877-878.
- 28 Dech B, Budow L. The use of fluoxetine in an adolescent with Prader-Willi syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(2):298-302.
- 29 Benjamin E, Buot-Smith T. Naltrexone and fluoxetine in Prader-Willi syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(4):870-873. 93 AACAP.
- 30 Ricketts RW. y cols. Fluoxetine treatment of severe self-injury in young adults with mental retard. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(4):865-869.
- 31 Dunner DL, Dumbar GC. Optimal dose regimen of paroxetine. *J Clin Psychiatry* 1992;53(2):21-26.

- 32 Boyer WF, Blumhardt CL. The safety profile of paroxetine. *J Clin Psychiatry* 1992;53(2):61-66.
- 33 Sheehan D, Dumbar GC, Fuell DL. The effect of paroxetine on anxiety and agitation associated with depression. *Psychopharmacol Bull* 1992;28(2):139-144.
- 34 Winsberg BG, Perel JM, Hurwic MJ y cols. Imipramine protein binding and pharmacokinetics in children. En: *The phenothiazines and structurally related drugs*. Ed. Forrest, Carr y Usdin. Raven Press NY, 1974.
- 35 Friis-Hansen B. Changes in body water compartments during growth. *Acta Paediatr* 1956;110:46.
- 36 Alvarez AP, Kaplener S, Sassa S y cols. Drug metabolism in normal children, lead poisoned children and normal adults. *Clin Pharmacol Ther* 1975;17:179-183.
- 37 Morselli PL, Pippenger CE. Drug disposition during development. En: *Applied Therapeutic Drug Monitoring*. Am Ass of Clinical Chemistry. Washington, 1982:63-70.
- 38 Boyer WF, Feighner JP. Farmacocinética e interacciones farmacológicas. En: Feighner, Boyer, eds. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. Wiley & Sons, 1991:85-94.
- 39 Cabrera Bonet R, Mencías Rodríguez E, Cabrera Forneiro J. *Toxicología de los psicofármacos*. Imp. Fernández Ciudad S.L. Madrid, 1993.
- 40 Dechand KL, Clissold SP. Paroxetine, a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 1991;41(2):225-253.
- 41 Heym J, Koe BK. Pharmacology of sertraline: a review. *J Clin Psychiatry* 1988;49:40-45.
- 42 Koe KB. Preclinical pharmacology of sertraline: a potent and specific inhibitor of serotonin reuptake. *J Clin Psychiatry* 1990;51(B):13-17.
- 43 De Wilde J, Spiers R, Mertens C, Bartholomé F, Schotte G, Leyman S. A double-blind, comparative, multicentre study comparing paroxetine with fluoxetine in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scand* 1993;87:141-145.
- 44 Tullock IF, Johnson AM. The pharmacologic profile of paroxetine. A new selective serotonin reuptake inhibitor. *J Clin Psychiatry* 1992;53(2):7-12.
- 45 DeVane CL. Pharmacokinetics of the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 1992;53(2):13-20.
- 46 Bolden-Watson C, Richelson E. Blockade by newly-developed antidepressants of biogenic amine uptake inhibitor. *J Clin Psychiatry* 1992;53(2):7-12.
- 47 Hyttel J. Experimental pharmacology of selective 5HT reuptake inhibitors: differences and similarities. *Clin Neuropharmacol* 1984;7(1):886-887.
- 48 Maytre L, Baumann PA, Jaekel J. y cols. 5-HT uptake inhibitors; psychopharmacological and neurochemical criteria of selectivity. En: *Serotonin in biological psychiatry*. HoBT y cols. Raven Press 1982:229-246.
- 49 Thomas DR, Nelson DR, Johnson AM. Biochemical effects of the antidepressant paroxetine, a specific 5-HT uptake inhibitor. *Psychopharmacology* 1987;93:193-200.
- 50 Buus-Larsen J. Potent and long lasting potentiation of two 5-hydroxytryptophan-induced effects in mice by three 5-HT uptake. *Eur J Pharmacol* 1978;47:351-358.
- 51 Koe BK, Koch SW, Lebel LA. y cols. Sertraline, a selective inhibitor of serotonin uptake, induces subsensitivity of β -adrenoreceptor of rat brain. *Eur J Pharmacol* 1987;141:187-194.
- 52 Murdoch D, McTavish D. Sertraline: A review of its pharmacodynamics and pharmacokinetic properties and therapeutic potential in depression and obsessive-compulsive disorders. *Drugs* 1992;44(4):604-624.
- 53 Blier P, De Montigny C, Chaput Y. A role for the serotonin system in the mechanism of action of antidepressant treatments: pre-clinical evidence. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990;51(4):14-20.
- 54 Asakura M, Tsukamoto T, Kubota H. y cols. Role of serotonin in regulation of β -adrenoreceptors by antidepressants. *Eur J Pharmacol* 1987;141:95-100.
- 55 Byerle WF, McConnell EJ, McCabe RT. y cols. Decreased β -adrenergic receptors in rat brain after chronic administration of the selective serotonin uptake inhibitor fluoxetine. *Psychopharmacology* 1988;94:141-143.
- 56 Racagny G, Brandford D. Biochemical and behavioural changes on chronic fluvoxamine administration. *Clin Neuropharmacol* 1984;7:733.
- 57 Pratt GD, Bowery NG. Chronic administration of the antidepressant paroxetine failed to decrease β -adrenoreceptor number in rat cerebral cortex sections, papers Brithis Assoc. for Psychopharmacology, Cambridge, 1990.
- 58 Baldessarini RJ, Marsch E. Fluoxetine and side effects. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:191-192.
- 59 Johnson AM. Propiedades farmacológicas comparativas de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en animales. En: *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. Ed. Feighner y Boyer. Wiley & Sons, 1991.
- 60 Thomas DR, Nelson DR, Johnson AM. Biochemical effects of the antidepressant paroxetine, a specific 5-HT uptake inhibitor. *Psychopharmacology* 1987;93:193-200.
- 61 Ambrosini PJ, Bianchi MD, Rabinovich H, Elia J. Antidepressant treatments in children and adolescents. II. Anxiety Physical and behavioral disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(3):483-493.
- 62 Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Denker SJ. The UKU-side-effect rating scale. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(334):81-100.
- 63 Riddle MA, Brown N, Dzubinski D. y cols. Case study: Fluoxetine overdose in an adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:587-588.
- 64 Boyer WF, Feighner JP. Efectos secundarios de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En: *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. Ed. Feighner y Boyer. Wiley & Sons, 1991.

- 136 65 Kashani JH, Hodges KK, Shekim WO. Hypomanic reaction to amitriptyline in a depressed child. *Psychosomatics* 1980;**21**:867-872.
- 66 Robbins DR, Alessi NE, Colfer MV. Treatment of adolescents with mayor depression: implications of the DST and the melancholic clinical subtype. *J Affect Disord* 1989;**17**:99-104.
- 67 Siegel DM. Bulimia tricyclic antidepressants and mania. *Clin Pediatr* 1989;**28**:123-126.
- 68 Leibowitz AJ. *Psychiatry* 1990;**147**:370-371.
- 69 Jerome L. Hypomania with fluoxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:850-851.
- 70 Koizumi H. Fluoxetine and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:850-851.
- 71 Venkataraman S, Naylor MW, King CA. Mania associated with fluoxetine treatment in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:276-281.
- 72 Laporta M, Chouinard G, Goldbloom D. y cols. Hypomania induced by sertraline, a new serotonin reuptake inhibitor. *Am J Psychiatry* 1987;**144**:1513-1514.
- 73 Guthrie SK. Sertraline: new specific serotonin reuptake blocker. *DICP Annals of Pharmacotherapy* 1991;**25**:952-961.
- 74 Rasmussen JGC. The potential role of antidepressants in the precipitation of mania, Poster en *Biol Psychiatry* 1991;**29**(628 S):P-26-04.
- 75 Hers CB, Sokol MS, Pfeffer CR. Transient psychosis with fluoxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:851.
- 76 Iancu I, Ratzoni G, Weitzman A, Apter A. More fluoxetine experience. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:755-756.
- 77 Fava M, Rosembau JF. *Suicidality and fluoxetine, is there a relationship?* New Abstract 475. Annual Meeting of the A.P.A. New York, 1990.
- 78 Mullin JM, Pandita-Gunawardena VR, Whitehead AM. Double-blind comparison of fluvoxemine and doxepin in the treatment of mayor depressive disorder. *Br J Clin Pract* 1988;**42**:51-55.
- 79 Muijen M, Roy D, Silverstone T. y cols. A comparative clinical trial of fluoxetine, mianserin and placebo in depressed out patients. *Acta Psychiatr Scand* 1988;**78**:384-390.
- 80 Montgomery SA. Fluoxetine in the treatment of anxiety, agitation and suicidal thoughts. En: *Psychiatry Today: VIII World Congress of Psychiatry Abstracts*. Ed. Stefanis, Soldatos y Rabvilas. Elsevier, 1989:335.
- 81 Banerjee AK. Recovery from prolonged cerebral depression after fluvoxamine overdose. *Br Med J* 1988;**296**:1774.
- 82 Finnegan KT, Gagliola JM. Fluoxetine overdose. *Am J Psychiatry* 1988;**145**:1604.
- 83 Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1990;**147**:1380-1381.
- 84 Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1990;**147**:207-210.
- 85 Villasante Armas MO, Lana Moliner F. Ideas obsesivas de contenido autolítico tras la administración de fluoxetina. *Farmacología del SNC* 1993;**7**(1):7-12.
- 86 King RA, Riddle MA, Chappell PB. y cols. Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:179-186.
- 87 Marley E, Wozniak KM. Clinical and experimental aspects of interactions between amine oxidase inhibitors and amine reuptake inhibitors. *Psychol Med* 1983;**13**:735-749.
- 88 Buus Larsen J. Nialamide-induced hypermotility in mice treated with inhibitors of monoamine uptake, t-HT antagonist and lithium. *Psychopharmacology* (Berlin) 1989;**98**:257-261.
- 89 Noveske FG, Hahn KR, Flynn JR. Possible toxicity of combined fluoxetine and lithium. *Am J Psychiatry* 1989;**146**:1515.
- 90 Stellamans G. A study to investigate the efficacy, adverse events safety and pharmacokinetic effects of co-administration of paroxetine and lithium. Poster en *Biol Psychiatry* 1991;**29**(628 S): 26-05.
- 91 Goff DC, Midha KK, Brotman AW, Waytes M, Baldesarini RJ. Elevation of plasma concentrations of haloperidol after de addition of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1991;**148**:790-792.
- 92 Mathewus P. y cols. Fluoxetine and neuroleptic synergistic effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**(1):154-155.
- 93 Korsgaard S, Gerlach J, Christensson E. Behavioural aspects of serotonin-dopamine interaction in the monkey. *Eur J Pharmacol* 1985;**118**:245-252.
- 94 Tate JL. Extrapyramidal symptoms in a patient taking haloperidol and fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1989;**146**:399-400.
- 95 Cassady SL, Thaker GK. Addition of fluoxetine to clozapine. *Am J Psychiatry* 1992;**149**:1274.
- 96 Patel B, Tamdom R. Development of obsessive compulsive symptoms during clozapine treatment. *Am J Psychiatry* 1993;**150**(5):836.
- 97 Ketel R. Interaction between fluoxetine and neuroleptics. *Am J Psychiatry* 1993;**150**:836-837.
- 98 Vaughan DA. Interaction of fluoxetine with tricyclic antidepressants. *Am J Psychiatry* 1988;**145**:1478.
- 99 Aranow RB, Hudson JI, Pope HG. y cols. Elevated antidepressant plasma levels after addition of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1989;**146**:911-913.
- 100 Goodnick PJ. Influence of fluoxetine on plasma levels of desipramine. *Am J Psychiatry* 1989;**146**(4):552. 89 Ajp?
- 101 Lembergen L, Rowe H, Bosomworth JC. y cols. The effect of fluoxetine on the pharmacokinetics and psychomotor responses of diazepam. *Clin Pharmacol Ther* 1988;**43**:289-295.
- 102 Banister SJ, Houser WP, Hulse JD. y cols. Evaluation of the potential for interactions of paroxetine with diazepam, cimetidine, walfarin and digoxin. *Acta Psychiatr Scand* 1989;**80**:102-106.

- 103 Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles AAA, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:465-473.
- 104 Ambrosini PJ, Bianchi MD, Rabinovich H, Elia J. Antidepressant treatments in children and adolescents. I. Affective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1-6.
- 105 Rogeness GA, Mitchell EL, Custer GJ, Harris WR. Comparison of whole blood serotonin and platelet MAO in children with schizophrenia and major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 1985;20:270-275.
- 106 Carstens ME, Engelbrecht AH, Russell VA, y cols. Biological markers in juvenile depression. *Psychiatry Res* 1988;23:77-88.
- 107 Modai I, Apter A, Meltzer M, y cols. Serotonin uptake by platelets of suicidal and aggressive adolescent psychiatric in patients. *Neuropsychobiology* 1989;21:9-13.
- 108 Gray JA. The neuropsychology of anxiety. En: *Inquiry into the functions of the septo-Hippocampal System*. Oxford University Press, 1982.
- 109 Gary JA. *The psychology of fear and stress*. Cambridge University Press, 1987.
- 110 Riddle MA, Anderson GM, McIntosh S, y cols. Cerebrospinal fluid monoamine precursor and metabolite levels in children treated for leukemia: Age and sex effects and individual variability. *Biol Psychiatry* 1986;21:69.
- 111 Langlais PJ, Walsh FY, Bird ED, Levy HC. Cerebrospinal fluid neurotransmitter metabolites in neurological normal infants and children. *Pediatrics* 1985;75:580-586.
- 112 Coyle JT. Biochemical development of the brain: neurotransmitter and child psychiatry. En: *Psychiatric pharmacosciences of children and adolescents*. Ed. C. Popper, American Psychiatric Press, 1987.
- 113 Kruesi MJP, Rapoport JL, Hamburger S, y cols. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:419-426.
- 114 Kraemer GW, Ebert MH, Lake CR, McKinney WT. Cerebrospinal fluid changes associated with pharmacological alteration of the despair response to social separation in rhesus monkeys. *Psychiatry Res* 1984;11:303-315.
- 115 Kraemer GW, Ebert MH, Schmidt DE, McKinney WT. A longitudinal study of the effect of different social rearing conditions on cerebrospinal fluid norepinephrine and biogenic amine metabolites in rhesus monkeys. *Neuropsychopharmacology* 1989;2:175-189.

LA ENFERMEDAD Y LOS PEDIATRAS VISTOS POR EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Es infrecuente ver estudios acerca de la opinión que los pacientes pediátricos tienen sobre sus médicos y sobre la enfermedad.

Si preguntas a un niño "¿Qué quiere ser de mayor?", pocas veces te contestarán ser médico o enfermera. Ser médico es una de las profesiones menos elegidas entre la población pediátrica. Ultimamente, la elección profesional se ha sofisticado más. Hoy en día, hay niños que te dicen que quieren ser diputados, investigadores, astronautas o expertos en informática. Pocos afirman tener vocación de ser pediatras.

Estos intereses no son puramente anecdóticos, ni están sólo basados en estereotipos sociales; responden, en realidad, a motivos profundos e inconscientes de la vida psíquica infantil.

Jugar a ponerse inyecciones para un niño de cualquier clase social representa un intento de control simbólico del miedo a la enfermedad, y a sus consecuencias dolorosas, los tratamientos.

Si bien muchos niños ya no eligen como ideal del Yo la profesión médica, todos sin excepción, por su propia experiencia, tienen una imagen interna ("IMAGO") del pediatra. Ultimamente, es muy difícil que un pediatra sea considerado como *amigo* por el paciente. Su IMAGO del médico está muy despersonalizada y extendida a la Medicina y a los Hospitales. La idea que se tiene de los pediatras por parte de los niños ha cambiado mucho con el paso de los tiempos y, sobre todo, con la llegada de la medicina "supersofisticada". Por ejemplo, el médico de cabecera que se caracterizaba por visitar al niño en su propia casa ha desaparecido prácticamente para transformarse en el pediatra hospitalario que nunca sale del Hospital. El cambio fundamental ha sido, pues, el paso de aquél médico familiar al personaje anónimo, diferente en cada consulta, que recuerda a sus pacientes gracias al "dossier", (por cierto, cada vez con menos anamnesis y más pruebas clínicas) que se llama "historia", que interpreta la maquinaria del cuerpo, pero nunca su realidad existencial.

La misma extensión hospitalaria ocurre con la enfermedad.

Hace 20 años, en una encuesta realizada entre chicos y chicas francesas de 13 a 17 años, se encontró con que solamente el 25% aceptaba la idea de ser médico. Los varones preferían especialidades como la cirugía y la cardiología, mientras que las mujeres optaban por la pediatría como especialidad preferente. La mayoría de las chicas (60%) manifestaban vergüenza ante las exploraciones médicas. Los chicos, por otra parte, eran más críticos hacia los médicos: 1. No se les hablaba lo suficiente; 2. La consulta era muy corta; 3. Había en los médicos, - según ellos -, un interés pecuniario más que vocacional; y 4. Los exámenes clínicos eran más bien superficiales. Los varones, también, manifestaban mayor an-

gustia en la sala de espera. En general, se mostraba en la encuesta, - por parte de ambos sexos -, un fuerte rechazo a la consulta hospitalaria, considerando los jóvenes el Hospital como un medio laberíntico, una prisión, o un acúmulo de aglomeraciones materiales y humanas.

Ahora, es raro que el especialista hospitalario obtenga la calificación de "amigo" por un niño que acude a su consulta. Si embargo, esta afirmación es distinta para cada tipo de especialidad y para cada estructura hospitalaria. En un sondeo que hemos realizado acerca de la opinión respecto de la calidad asistencial que tienen 182 pacientes pediátricos (entre 3 y 16 años) ingresados en nuestro Hospital, nos hemos encontrado con que el 54% (93 casos) no sabían quienes eran sus doctores, y un porcentaje aproximado (59%: 104 casos) no conocían a sus enfermeras. Por plantas, los que eran menos conocidos eran los traumatólogos, mientras que los más conocidos eran los cirujanos infantiles y los pediatras oncológicos. Un estudio similar, realizado en otro Hospital entre pacientes adultos reflejaba que solamente un 20% de los encuestados conocían el nombre de su médico.

Si embargo, más del 90% de los niños encuestados opinaban favorablemente de la labor asistencial.

Por último, 112 niños (62%) confesaba haberlo pasado mal en el Hospital.

En segundo lugar, y con el mismo objetivo de comprobar la opinión que tienen los niños sobre sus médicos, hemos solicitado a 227 pacientes (102 ingresados, 115 atendidos en consultas externas y 10 niños en principio atendidos en consultas, pero después hospitalizados) que hagan un dibujo acerca de "La enfermedad", escribiendo una redacción añadida acerca del mismo (los más pequeños, nos contaban su redacción que nosotros transcribíamos).

En principio, no se objetivaron diferencias significativas entre los dibujos de los pacientes ingresados y los atendidos en régimen ambulatorio.

¿Cómo vive el niño su enfermedad?: para él, en todos los casos es una injusticia ("¿Por qué me tiene que tocar a mí?"), de la que se pueden echar la culpa ellos mismos, si tienen entre cinco y siete años; o pueden responsabilizar a su madre si son más pequeños.

La mayoría de los dibujos realizados en el estudio (156 casos: 69%) asociaban la enfermedad con permanecer en cama.

Si la enfermedad se presenta de manera aguda, supone una desorganización profunda y repentina de la vida del niño y su familia. Sin embargo, hay una posibilidad mayor de reconstrucción "ad integrum" posterior. Cuando la enfermedad es crónica, se produce un cambio vital cualitativo. El paciente se convierte en un "niño diferente" a los demás, con un régimen peculiar de vida, de actividad, de relación, de hábitos alimenticios que precisa tratamientos médicos y quirúrgicos difíciles de seguir en muchos casos. La enfermedad crónica implica

para el niño una limitación (importante, muchas veces) en su vida, le recorta sus auténticas necesidades a la vez que le proporciona una serie de "beneficios secundarios" (mínimos, privilegios) que terminan por irritar más que por complacerle.

Entre los personajes que aparecen dentro de los dibujos acerca de la enfermedad no se aprecian diferencias de agudos a crónicos. Así, 171 (75%) dibujan niños enfermos, que en 141 casos resultan ser otro niño (la mayoría varones: 108, por solo 23 pacientes identificadas como niñas), y solamente en 30 casos son representaciones del propio niño que dibuja.

Un 22% (50 casos) representan a un adulto enfermo, que en un 84% del total de adultos dibujados resulta ser un "hombre" como dicen ellos. Puede que la enfermedad se vea como exclusivo para varones.

La enfermedad es fuertemente rechazada por los niños, que en un 25% (56 casos) la dibujan desde un punto de vista neutro o "científico".

A pesar de no ser "su amigo", la figura del médico se ve todavía como un personaje todopoderoso, al que sus padres acatan, por lo general, sumisamente ("al médico hay que contárselo todo", dicen a sus hijos). El médico decide, asimismo, si pueden ir al colegio y han de guardar cama, si hay que ingresar en el Hospital, si hay que ponerse inyecciones, etc. Su poder, desde el punto de vista del niño es enorme.

Los niños que realizaron el test dibujaron al médico en 65 ocasiones (29,2%). Casi todos (62) eran varones, menos tres doctoras.

La mayoría de las veces (60) aparecían en el Hospital. Solamente cinco aparecían en su consulta extra-hospitalaria. El médico nunca se dirigía al niño cuando hablaba (excepto un caso en el que le recomendaba como podía curarse de una varicela). En cinco ocasiones, se dirigía a la madre o a los padres; y dos veces más hablaba con pacientes adultos.

A las enfermeras las dibujan en 26 ocasiones.

Asistimos con frecuencia a la ausencia del padre en las consultas, delegando el papel de acompañar al paciente, por lo general, a la madre. Dos veces aparece el padre en las representaciones gráficas, siempre acompañado de la madre. La participación directa del padre en lo que respecta a la salud

y a la enfermedad del hijo siempre supone un compromiso afectivo a la que el niño es receptivo.

En 89 casos (39%) encontramos al niño en situación de soledad. Al malestar producido por la enfermedad se unen muchas veces las molestias de los tratamientos, que sobre todo en los más pequeños, son difíciles de calificar como beneficiosos. Expresiones como "Lo pasé muy mal" o "estaba triste" nos indican que el niño vive la enfermedad depresivamente.

Solo en 34 dibujos de los 171 en los que aparecía un niño, éste se encontraba acompañado por sus padres o por sus amigos. 19 veces por la madre sola. Dos más por ambos padres; estando acompañado en las 13 ocasiones restantes por sus amigos o hermanos.

A los pacientes pediátricos les es difícil entender como un daño externo como son los tratamientos médico-quirúrgicos, sea en forma de inyecciones, de sondas, de punciones, o de intervenciones quirúrgicas, puede solucionar un daño interno.

Por último, observamos en los dibujos que últimamente, se relaciona frecuentemente la enfermedad con las ambulancias, en los más pequeños; y con el SIDA y las toxicomanías, en los mayores.

CONCLUSIONES

1. Toda la enfermedad es vivida por el niño como una injusticia.
2. La mayoría la asocian con quedarse solos en una cama del Hospital
3. La imagen del pediatra ha cambiado con la sofisticación médica. Ahora, se habla con más frecuencia del Centro Hospitalario que del Doctor.
4. Es aconsejable hablar mucho más con los pacientes pediátricos, tanto en la anamnesis como de cara a su preparación para ingresos o pruebas médicas

J.L. Jiménez Hernández

Vimos en consulta a un varón de tres años y siete meses de edad, por presentar un importante retraso del lenguaje y cierta torpeza motriz. Los padres relataban que su lenguaje era prácticamente gestual. Referente a su psicomotricidad, comentaron que era bastante patoso, con frecuentes caídas desde que empezó a caminar, aunque nunca se había ninguna fractura. Era un niño con un desarrollo estato-ponderal significativamente superior a la media de otros niños de su edad cronológica.

CLÍNICA: SÍNTOMAS PRESENTADOS

Su retraso del lenguaje era muy importante y con tendencia al mutismo. Presentaba una enuresis nocturna secundaria de seis meses de evolución, que se inició al nacer su hermana. En diversas ocasiones se despertaba a media noche sin causa aparente. Necesitaba tener la puerta de su habitación abierta. No tenía pesadillas ni terrores nocturnos. Era inhibido, generalmente tranquilo, lento, pasivo y con una constante necesidad de llamar la atención. Cuando se enfadaba, reaccionaba con mucha agresividad, especialmente con la madre, a la que incluso llegaba a pegar. Se resistía a dormir fuera de casa.

Existía una deambulación excesiva, rituales de balanceo y en ocasiones, presentaba ofensa capitis.

Relataron que había tenido convulsiones febriles. Mostraba irritaciones en la barbilla posiblemente debidas a una sialorrea manifiesta.

Los padres adjuntaban un EEG en el que aparecía un trazado deficitario en estructuración y frecuencias sin alteraciones de carácter específico (realizado cuando tenía tres años), un timpanograma y audiometría normales y un informe de un centro de atención a niños con necesidades especiales, en el que señalaban que su edad de desarrollo era de dos años y nueve meses (Brunet-Lezine) con un CI equivalente de 84 y una adaptación práctica inferior a los tres años (EDEL).

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Embarazo deseado y aceptado. Parto rápido. Tardó en llorar. Coloración amarillenta que requirió fototratamiento. Pesó 4 Kg. Lactancia materna durante el primer mes y medio. Toleró bien los cambios en la alimentación. Empezó a caminar a los 16 meses y medio. Los dos primeros años dormía mucho, lo cual dificultó una estimulación general adecuada.

La familia no seguía pautas regulares ni en comidas ni en horarios. Reconocían tenerlo sobreprotegido y le dejaban hacer lo que quería. Sobreprotegido, se mostraba intransigente, egoísta, intolerante y manipulador. A los dos años, a raíz de llevarlo al parvulario, manifiesta angustia de separación, con

lloros diarios durante casi un año. Posteriormente, parece que fue contento y que desaparecieron dichos lloros.

Tendía a aislarse y a jugar solo, aunque en ocasiones podía integrarse en grupos reducidos.

SESIÓN DE OBSERVACIÓN Y EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Debido a su corta edad, la batería realizada se basó en la administración de pruebas de desarrollo evolutivo y psicomotor (Wintrebert, Gesell, Picq-Vayer), valoración de su lenguaje y observación de juego y dibujos. Era distráctil, disperso y con dificultades de atención. Su comprensión era adecuada. Comunicación gestual. Obedecía órdenes sencillas (tres mandatos). Su mutismo parecía disminuir en función de la confianza establecida con el examinador. Su integración neuromuscular era inmadura, existiendo evidentes dificultades en la motilidad y en la correcta coordinación motriz (hipotonía muscular). Déficit perceptivo y práxico. Juego agresivo. Reconocía y relacionaba similitudes establecidas a modo de normas. Diferenciaba el juego asociativo con el juego paralelo. Fantasía inhibida. Dibujo poco preciso, pobre y torpe.

DIAGNÓSTICO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La valoración diagnóstica realizada con los criterios del DSM-III-R fue: Eje II: 299.80. *Trastorno generalizado del desarrollo no* (diagnóstico principal).

Para el diagnóstico diferencial se tuvieron en cuenta los siguientes trastornos:

- No existía un CI suficientemente bajo para considerar la posibilidad de un retraso mental.

- No se consideró trastorno autista porque existía búsqueda de apoyo, capacidad de imitar, juegos sociales y necesidad de atención y dependencia constantes.

- Los trastornos de conducta excluyeron puesto que la clínica presentada se correspondía al trastorno generalizado del desarrollo.

Otros trastornos incluidos en el DSM-III-R y en la ICD-10 no se incluyeron puesto que, por definición, quedaban excluidos al considerar que la sintomatología presentada era debida al propio trastorno generalizado del desarrollo.

ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO

Se recomendó a los padres la necesidad de empezar un proceso psicoterapéutico de estimulación global de dos sesiones semanales, trabajando conjuntamente con la pro-

fesora de la escuela maternal, a la vez que dábamos normas de comportamiento y actuación a los padres respecto al niño.

Se aconsejó igualmente realizar un EEG de control y un estudio cromosómico. Ambas pruebas resultaron normales, si bien se observaban puntas lentas de predominio temporal posterior izquierdo de carácter inespecífico, las cuales indicaban una mejoría en la estructuración basal con respecto al EEG anterior realizado cuando tenía tres años.

EVOLUCIÓN

A los dos años de tratamiento, se le realizó otro estudio psicológico, a la edad de cinco años y siete meses, en el que se observaba un CI normal en las matrices progresivas de Raven y en los laberintos de Porteus, y un CI de 90 en la escala NEMI. Su organización grafo-perceptiva (Santucci, Bender, Rey) se mantenía por debajo de la media de su edad. La lateralidad cruzada y su normal-baja evaluación psicomotora, correlacionaban con dificultades en la adquisición de conceptos básicos y con dismadurez en el área de lecto-escritura (Piaget-Head, predominio lateral, EPP, CMP, BOEHM, BADYG-A, ABC, Reversal).

A nivel afectivo, la evolución había sido positiva, advirtiéndose cambios importantes, tanto en el ámbito familiar como escolar.

Actualmente, han remitido totalmente la sialorrea, la enuresis nocturna secundaria y la agresividad (tanto hacia sí mismo, como hacia los demás). Su relación interpersonal es satisfactoria, con muestras emocionales adecuadas a su entorno. Sigue una escolarización normal (enseñanza activa) en un colegio privado. Está aprendiendo a leer y a escribir y su actitud es de estar motivado e interesado por los nuevos aprendizajes.

Mantenemos tratamiento psicoterapéutico de estimulación global, asociado a una ayuda pedagógica. Las dificultades motrices persisten en menor grado.

Si el pronóstico era en principio reservado, en función de la evolución producida, podemos considerarlo como favorable, pero debe tenerse en cuenta que su capacidad de aprendizaje será más lenta, sin necesidad de plantearse una educación especial.

¿Se mantendrá el mismo diagnóstico del principio?

R. Fornieles
C. Guillén
S. Arxé

Centre Psicològic Gaudí, Barcelona

TRATAMIENTO DIETÉTICO DE LA HIPERACTIVIDAD

Urbanovicz y cols.⁽¹⁾, del Hospital Infantil Queen Elizabeth de Londres, realizaron un estudio que muestra que las observaciones de los padres o de otras personas al cuidado de los niños referentes al cambio de conducta asociado con la dieta puede ser reproducido usando una metodología de doble ciego y valoraciones objetivas.

En efecto 78 niños remitidos, al Departamento de Dietética, por conducta hiperactiva, fueron sometidos a una dieta de eliminación de algunos alimentos. Durante este ensayo abierto mejoraron su conducta 15 niños.

Para 19 de esos niños fue posible disfrazar los alimentos o aditivos, o ambos, que con seguridad provocaban problemas de conducta. Disfrazados mezclándolos con otros alimentos tolerados y examinando sus efectos en un protocolo de ensayo doble ciego controlado con placebo. Los resultados del ensayo cruzado mostró un significativo efecto de los alimentos causantes en el empeoramiento de las evaluaciones de conducta y en un empeoramiento en los test psicológicos manipulativos.

Concluyendo en la conveniencia de la valoración por los clínicos de las explicaciones de los padres y la consideración de este tratamiento en determinados niños con una historia médica sugerente.

1 Urbanowicz M, Hemsley R y cols. Effects of a few food diet in attention deficit disorder. *Arch Dis Child* 1993;65(5):564-568.

EFFECTOS DEL METILFENIDATO EN EL SUEÑO DE LOS NIÑOS EN TRATAMIENTO POR TRASTORNO DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

En este estudio⁽²⁾, doble ciego controlado placebo-fármaco de diseño cruzado, la muestra estaba formada por 10 niños (de edades comprendidas entre los seis años nueve meses y 12 años tres meses) diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Muestra que fue comparada con un grupo control normal obtenido por emparejamiento por edad y sexo.

El metilfenidato, a dosis de 0,3 a 0,4 mg/Mg, o el placebo fueron administrado a las 7,30 h. (A.M.).

Se controló la actividad de cada niño en su casa durante seis días sin tratamiento (línea basal), seguido de tratamiento con placebo y con metilfenidato. Los resultados de las tres etapas del ensayo, además de los 20 niños emparejados por edad y sexo (los de estudio y normales), comparándose los resultados.

Fue evidente una menor duración del sueño total durante el tratamiento con metilfenidato comparado con la línea basal y con el tratamiento con placebo. La cantidad de sueño tranquilo fue menor, aunque no en forma significativa, entre

el grupo de estudio comparado con el control, mientras que tal diferencia no fue observada durante el tratamiento con metilfenidato. Se encontró una estabilidad del patrón de sueño de noche a noche. No encontrando otras diferencias ni entre los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los controles, o entre las etapas con o sin tratamiento con metilfenidato.

Resultados que, concluyen los autores, apoyan la concepción del Trastorno de atención con hiperactividad como un trastorno de origen central atribuible a un hipoarousal, que subsecuentemente estimula la hiperactividad motora. El metilfenidato no aparece afectando los patrones del sueño adversamente y posiblemente los normaliza en los pacientes con Trastorno de atención con hiperactividad.

2 Tirosh E, Sadeh A, Munvez R, Lavie P. Effects of methylphenidate on sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder: An activity monitor study. *Am J Dis Child* 1993;147(12):1313-1315.

TIPOS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

En este artículo el Prof. Graham⁽³⁾ hace una introducción a los tipos de tratamiento usados en los con el objetivo de informar a los pediatras con una doble finalidad: tanto educativa como práctica (en cuanto que los pediatras se encuentra inevitablemente con situaciones en las que están forzados a intentar y ayudar a familias con niños con trastornos emocionales y de conducta. Pudiéndose distinguir según el tipo de tratamiento.

Tratamiento directos: que pueden dividirse en:

Terapias psicológicas

Se pueden agrupar según el tipo de terapia o según la unidad a la que se aplica. Según el tipo de terapia se distinguen:

- Terapias psicoanalíticas: incluyen aquellas cuyo objetivo primariamente es descubrir los conflictos subyacentes origen escondido del problema, derivan de los trabajos de los primeros psicoanalista, especialmente de Sigmund y Anna Freud y Melanie Klein. Si bien el término habitualmente se reserva para el tratamiento individual bastante intensivo 3-5 sesiones semanales). Tratamientos con la misma base teórica pero con menor frecuencia suelen denominarse psicoterapia o terapia psicodinámica.
- Terapias de conductas o comportamentales: su objetivo es modificar el comportamiento del niño o de los miembros de la familia con métodos que se enfrentan directamente con los síntomas.
- Terapias cognoscitivo-comportamentales: su objetivo es producir cambios comportamentales modificando los patrones de pensamiento.

Según la unidad a la que se aplica la terapia se distingue:

- Individual
- Grupal
- Familiar: puede ser: psicodinámica comportamental, mixta o sistémica. La terapia sistémica está basada en concepción de la familia como una entidad homeostática (lo que comporta que la modificación de una parte del sistema modifica el resto).

Terapias biológicas

Menos frecuentemente utilizadas en los niños. Incluyen: medicación, dietas, o TEC (excepcionalmente utilizada y nunca hasta la adolescencia tardía).

Otras

Incluye una variedad de distintas formas de tratamiento psiquiátrico no clasificables de acuerdo con los anteriores apartados, como es el caso de la Hipnosis o la terapia de concentración ("Holding"). La Hipnosis busca permitir al niño un mayor control de sus pensamientos y conducta a través de las técnicas aplicadas mientras que el niño está en un estado modificado de conciencia. La terapia de contención ("holding"), especialmente utilizada en autistas, implican contacto físico forzado para superar la reacción de retirada que muestran estos niños.

Tratamientos indirectos

A través de la interconsulta sin contacto clínico directo. La interconsulta y el trabajo de enlace se realiza especialmente con los pediatras, asistentes sociales y maestros.

Tratamientos que pueden ser aplicados en distintos marcos: centros de asistencia primaria paidopsiquiátrica ("ambulatorios"), departamentos de psiquiatría infanto-juvenil en hospitales generales o infantiles, unidades de hospitalización, hospitales de día, colegios para niños con trastornos psiquiátricos.

Habitualmente con equipos multidisciplinarios el tratamiento puede ser llevado a cabo por cualquiera de los profesionales imbrincados.

Tratamientos que, aunque hay un creciente número de estudios sobre su eficacia, a veces tienen unas indicaciones y contraindicaciones para ciertas formas concretas de tratamiento aún inciertas.

3 Graham Philip J. Typés of psychiatric treatment: overview. *Archives of Disease in Childhood* 1992;67:237-239.

X. Gastaminza

LO QUE NOS PUEDEN DECIR LOS NIÑOS

J. Garbarino y F. M. Scott

Claustro del Instituto Erikson

*Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales.
Madrid.*

Rústica, 346 págs.

Nuevamente nos acercamos, desde estas páginas, a realizar una doble crítica: de un libro de J. Garbarino y de la edición del Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales.

Ambas pruebas son especialmente gratas: en primer lugar porque al autor merece la pena leerlo y conocerlo, su humanidad y capacidad de diálogo es algo que nos admira a los que tenemos la suerte de haber debatido y aprendido con él al haber participado en foros diversos de la atención a la infancia. La edición realizada por el Servicio de Publicaciones de Ministerio de Asuntos Sociales tampoco tiene desperdicio; La Dirección General de Protección Jurídica del Menor y el Centro de Estudios del Menor han desarrollado una labor de actualidad, constante, silente, de gran calidad y con una dignidad y capacidad de trabajo y flexibilidad dignas de ser calificadas, creo que sin exageración de ningún tipo, como labor modélica, lo que aplicado a nuestra Administración pública ya es un elogio. Esta labor de un equipo dinámico, serio, joven y riguroso merece el respeto que intento transmitir en este breve comentario.

El libro no tiene desperdicio, es el típico libro para leer, releer, subrayar, emborronar, fichar, debatir, reflexionar, discutir,... y mucho más. Como muestra, para comprender el talante de los autores, baste transcribir textualmente las siguientes líneas: "Lo que buscamos aquí es una perspectiva sobre los niños como fuente de información para los adultos, una perspectiva que guíe la práctica profesional, no un compendio de recetas que la dicte. A medida que los adultos descubran más sobre la perspectiva infantil, comenzarán a considerar a los niños seres inteligentes, autores respetables del proceso de comunicación adulto-niño. A medida que aprendan que los niños tienen un punto de vista comprensible, por inmaduro que sea comparado con la perspectiva adulta, podrán ir mejorando la validez y firmeza ética de sus esfuerzos de comunicación con los niños. Ganarán eficacia en lo que hagan y cómo lo hagan y llegarán a estar en mayor consonancia con las necesidades y derechos de la infancia.

Estas líneas recuerdan algo de lo que Saint-Exupéry colocaba en boca de El Principito y que algunos pensaron, incautos-insensatos y sordos-selectivos, que era una mera descripción teórica o una licencia poética de la narración del autor literario. Pero el libro desgrana, con tal fuerza y claridad este

contenido, que lo sitúa en el orden de la fundamentación científica. Pero según se avanza recuerda otros contenidos que R. Bach narraba con singular belleza en Juan Salvador Gaviota: la capacidad de avanzar en la particularidad y especificidad, la posibilidad de desarrollarse como sujeto aún con piruetas arriesgadas. En efecto, salirse de-lo-de-siempre o de-lo-que-dicen-los-que-mandan (aunque se digan amigos) es un riesgo para el ostracismo y la segregación, la cruz de la moneda es que puede germinar el mensaje. También este libro es una traducción científica de este aserto.

El subtítulo del libro sitúa su contenido en el justo punto: "Extraer, evaluar e incrementar la información infantil". No es libro sectario, es un libro para profesionales que se preocupan por el decir de los niños. Por esta razón es válido para Pediatras, Psiquiatras, Paidopsiquiatras, Psicólogos Clínicos y Sociales, Psicólogos Clínicos y Sociales de la Infancia, para Jueces y Fiscales, para Pedagogos y maestros, cada grupo de profesionales podrán obtener la suficiente fundamentación para poder desarrollar su labor con rigor y seriedad.

Así de sencillo y de complejo lo hacen los autores: bastan tres partes: los factores de desarrollo que afectan a la comunicación en distintos entornos. En estas tres partes se abordan aspectos como la autoestima, adaptación y desarrollos cognitivos y del lenguaje, aspectos básicos para poder comprender el proceso, el contenido y la forma de la comunicación del niño. Después plantea el sentido de los interrogatorios para la sensibilidad social y aparece la observación de la conducta infantil, el juego y los cuentos como instrumentos idóneos de comunicación con el mundo infantil, pero sobre todo lo que aporta es una guía para la entrevista infantil y una crítica constructiva para el uso de otros instrumentos de evaluación en estas etapas del desarrollo humano. Por fin es capaz de abordar la especificidad del mundo educativo, de los medios clínicos y en especial del mundo médico y de la situación del niño como testigo en las causas judiciales.

Una cuidada bibliografía ordenada por temas y un índice de autores y un índice temático alfabético completan la cuidada edición castellana.

La crítica que se le puede hacer es que es demasiado americano en toda su concepción y en las fuentes bibliográficas. Este defecto tan típico de los autores americanos que "exportan" y generalizan sus planteamientos es algo que sigue presente incluso en estos autores y en este excelente libro.

En resumen: libro básico tanto para bibliotecas como para profesionales individuales, necesario, actual, rico, sencillo pero no simple. Una vez más se puede decir: "Thank you., James.

J.L. Pedretra Massa

**LAS TERAPIAS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y EN
PSICOPEDAGOGÍA**

J. Manzano & F. Palacio-Espasa (comps.)

*Paidós. Barcelona/Buenos Aires/México
Rústica, 351 págs.*

Hace ya casi un cuarto de siglo, en 1970 concretamente, el desaparecido Prof. Ajuriaguerra coordinó y dirigió una publicación que se ha transformado en un clásico en la materia: "La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil", aparecido en español un par de años más tarde. En el prólogo de la obra el propio Ajuriaguerra escribía: "se trata de estudiar los problemas metodológico, teórico y práctico que se le plantean al médico ante un niño afecto de un desorden psicológico en el curso de su desarrollo... Ya que el futuro (de los trastornos y de la evolución del niño) puede ser modificado por nuestra intervención". Aunque la claridad de estos principios continúa hoy en día con toda su vigencia, o cierto es que había aspectos que precisaban alguna revisión y actualización.

Así surge este libro coordinado por dos españoles muy conocidos entre los profesionales de la Psiquiatría Infantil: Juan Manzano y Francisco Palacio-Espasa. De los autores poco nuevo se puede decir que no hayamos dicho ya en comentarios de otras producciones suyas que han aparecido comentadas y recomendadas en estas mismas páginas.

Los autores realizan en el prólogo a la edición española una valoración bastante ajustada a la realidad cuando afirman que existe un cierto incremento de unidades para atender a la infancia pero que "esta situación conduce a un cierto voluntarismo y no pocas improvisaciones; los nuevos servicios, ante la magnitud de las tareas encomendadas, se ven obligados a *emplear a profesionales insuficientemente preparados y sin muchas oportunidades de aumentar sus conocimientos teóricos y prácticos*" (el subrayado es nuestro).

El texto actualiza diversas técnicas de abordaje terapéutico en la infancia que presenta trastornos psicológicos y psicopatológicos. Lo hace sin ningún tipo de secretismo y expone las limitaciones de cada procedimiento terapéutico así como sus propias indicaciones. Para lo que emplea a un grupo importante de profesionales de la Psiquiatría Infantil (además de los propios compiladores), de la Psicología clínica y Psicopedagogía Infantil y del Trabajo Social en la Infancia. Ninguno de ellos oculta sus fundamentaciones teóricas de índole psicoanalítico, pero no todos son psicoanalistas y aparecen Terapeutas de Familia Sistémicos, aportaciones psiédagógicas, fundamentaciones psicosociales, etc. Todo ello realizado con el rigor propio de los exigentes Compiladores del texto y de la categoría de los co-autores: C. Aubert, J.P.

Bachman, R. Dufour, D. Kanauer, F. Ladame, E. Pérez., R. Rodríguez entre los Psiquiatras Infantiles; A. Coustolas, A.L. von Siebenthal-Rodríguez, P. Mc Culloch y F. Payot entre los profesionales de la Psicología; M. Pestrelli es psicomotricista; J. Cramer desde el Trabajo Social de la Logopedia.

La amplia experiencia de estos profesionales ya merece el respeto desahogar leer su práctica; quizá algunos no les guste o tengan la tentación de decir que dicen lo de siempre y tiene poco o nulo interés, pero a este simplismo mezquino y poco riguroso ya estamos acostumbrados en nuestro país, donde todo vale y todo sirve, eso sí: siempre y cuando lo digan aquellos que están con ese determinado grupo que critica esto o aquello.

Frente a este simplismo destructor, los autores plantean con fundamentación, rigor, experiencia y claridad el estado actual del abordaje terapéutico en la infancia. Diferencian con claridad lo que son psicoterapias de aquellas otras intervenciones que poseen efectos beneficiosos e incluso psicoterapéuticos, pero que no son, en sentido estricto, una psicoterapia aunque su prescripción es necesaria para abordar con éxito algún tipo de cuadros clínicos en la infancia y la adolescencia.

Entre los temas que abordan se pueden encontrar: abordajes teóricos (cap. I, II, XVI y XIX), otros presentan la perspectiva de las diferentes etapas del desarrollo infantil (cap. III, IV, V y VI), otro grupo está representado por las técnicas concretas (cap. VII, VIII, IX, XV, XVII y XVIII), y las intervenciones de efectos psicoterapéuticos de utilidad en la infancia (cap. X, XI, XII, XIII, XIV). Otro agrupamiento podría ser por tendencias teóricas: psicoanálisis, sistémica, psicopedagógica, rehabilitadora y biológica. También podría ser por estructuras asistenciales: previsión, orientación y diagnóstico, terapias, instituciones (escuela, centros de día, sistema sanitario, etc). Quizá sea este uno de los defectos del libro: son una sucesión de temas desgranados y actualizados, pero poco ordenados sistemáticamente.

En resumen se podría decir: Libro necesario que viene a cubrir un espacio, casi roza el poder situarse entre los clásicos. Al igual que su predecesor J. de Ajuriaguerra los compiladores de este libro J. Manzano y F. Palacio-Espasa subrayan que la pretensión del libro se sitúa en que el lector pueda hacer una "elección terapéutica a la que se ve abocado" sin olvidar que el abordaje debe ser "pluridimensional" (más acertado que el mero y manido término multidisciplinar). Libro estrictamente necesario para MIR, bibliotecas que se precien y para reflexionar acerca de las terapias en la infancia y la adolescencia.

J.L. Pedreira Massa

VII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL Tema científico: la adolescencia

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves 16 de junio

Mañana

Ponencia: Trastornos afectivos y de la ansiedad

Coordinadora: Edelmira Domenech i Llavería

Comunicaciones a la ponencia

Mesa redonda: Psicofarmacología

Inauguración oficial

Tarde

Ponencia: Intentos de Suicidio

Coordinadora: M^a Jesús Mardomingo Sanz

Comunicaciones a la ponencia

Comunicaciones libres

Viernes 17 de junio

Mañana

Ponencia: Trastornos del comportamiento alimentario

Coordinador: Josep Toro Trallero

Comunicaciones a la ponencia

Mesa redonda: Alternativas a la hospitalización

Conferencia magistral: Jaime Rodríguez Sacristán

Tarde

Ponencia: Trastornos psicóticos y esquizofrenia.

Coordinador: Antonio Agüero Juan

Comunicaciones a la ponencia

Comunicaciones libres

Sábado 18 de junio

Mañana

Ponencia: Trastornos de adaptación y de conducta

Coordinador: J.L. Pedreira Massa.

Comunicaciones a la ponencia.

Mesa redonda: Tratamientos multimodales.

Conferencia de clausura: historia de la Psiquiatría
Infanto-Juvenil Madrileña.

Comunicaciones libres: Su resumen deberá ser remitido antes del 15 de marzo de 1994 a la Secretaría del Congreso.

Lugar: Madrid. Hospital General Gregorio Marañón
Fechas: 16, 17 y 18 de junio de 1994.

Secretaría: Dra. M^a Jesús Mardomingo Sanz
Hospital Gregorio Marañón
C/ Dr. Esquerdo 46; 28007 Madrid



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

famix