

Año 1993

Nº 3

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 neolurianista.
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: 8.400 Ptas. con IVA y 8.155 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:



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 1993

© 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:

*Sociedad para la Publicidad
Especializada (S.P.E., S.L.)*

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.

Normas de publicación

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, podrán 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	Psicosis afectivas en edades infanto-juveniles <i>J. Rodríguez Sacristán</i>	139
Artículos originales	Acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia <i>M.J. Mardomingo, A. Flores Mateos</i>	142
	Psicosis infantiles: estudio clínico <i>F. Rey Sánchez, S. Sánchez Iglesias, F.J. Samino Aguado, J. Guíndeo Mendicuti</i>	147
	Aspectos psicopatológicos del adolescente con enfermedad renal bajo tratamiento en hemodiálisis. Estudio preliminar <i>N. Calvo, M. Vacas, M. Bargada, J. Tomás</i>	154
	Síntomas de depresión en alumnos integrados en colegios de EGB <i>M.D. Forn Serrallonga, E. Domènech Llaberia</i>	164
	Experiencia de hospitalización desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil <i>M.D. Linares Vellilla, J. Ochoa Herrando</i>	170
Artículos de revisión	Suicidio y tentativa de suicidio en la infancia y adolescencia <i>J. Tomás, X. Gastaminza, A. Bielsa</i>	175
	Prevención secundaria de la tartamudez <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón</i>	190
Carta al director		196
Caso clínico		198
Reseñas terapéuticas		200
Comentario de publicaciones		202
Agenda		204

Dirección de envío _____

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Suscríbame a:

☐ **REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL**
(4 números al año)
4.500 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 1993

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Brief commentary	Affective psychosis in children and adolescents <i>J. Rodríguez Sacristán</i>	139
Original articles	Life events and childhood diseases <i>M.J. Mardomingo, A. Flores Mateos</i>	142
	Child Psychosis: Clinical study <i>F. Rey Sánchez, S. Sánchez Iglesias, F.J. Samino Aguado, J. Guindeo Mendicuti</i>	147
	Psychopathologic aspects of adolescents with renal disease on haemodialysis. Preliminary report <i>N. Calvo, M. Vacas, M. Bargada, J. Tomás</i>	154
	Depressive symptoms among school-children integrated in ordinary primary schools <i>M.D. Forns Serrallonga, E. Domènech Llaberia</i>	164
	Incidence of hospitalization from the child-youth mental health unit <i>M.D. Linares Velilla, J. Ochoa Herrando</i>	170
Review articles	Suicide and suicide attempt in childhood and early adolescents <i>J. Tomás, X. Gastaminza, A. Bielsa</i>	175
	Secondary prevention of the stuttering <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón</i>	190
Letter to the editor		196
Clinical case		198
Therapeutical summary		200
Publications commentary		202
Calender		204

Tabla **Clasificación Multiaxial de las Depresiones en la Infancia (J.R.S., 1983)**

1. *Según criterio fenomenológico:*
 - a) Depresión como síntoma (formas primarias o secundarias)
 - b) Depresión como síndrome (ej.: anorexia nerviosa)
 - c) Depresión como enfermedad (ej.: depresión mayor)
2. *Según criterio etiológico:*
 - a) Depresiones endógenas
 - b) Depresiones somatógenas
 - c) Depresiones psicóticas
3. *Según criterio sintomatológico:*
 - a) Formas enmascaradas
 - b) Formas similares a las del adulto
4. *Según criterio evolutivo:*
 - a) Formas tempranas: por privación; somatogénicas; formas psicóticas precoces
 - b) De edad escolar: latentes; somatógenas; secundarias a problemas somáticos; enfermedad tipo; formas maníacas y bipolares; en esquizofrenia.
 - c) En la adolescencia: continuación de las anteriores; caracteriológicas; esquizofrénicas; endógenas; neuróticas.

incluye las alteraciones esquizoafectivas en el terreno de lo afectivo y no de lo esquizofrénico, mientras que la DSM-III las inserta en un grupo de alteraciones psicóticas no clasificables, lo cual hace posible que la depresión típica mayor pueda estar dentro de las de sintomatología psicótica. Esta clasificación que utiliza en la infancia criterios diagnósticos iguales que para los adultos, actualiza este criterio en la DSM-III-R, que reconoce distintos signos para las edades y niveles de desarrollo. En la DSM-IV los criterios para distintas cualidades de síndrome depresivo mayor pudieran desaparecer. Las formas afectivas psicóticas incluyen episodios únicos maníaco-depresivos con sintomatología psicótica, así como las alteraciones bipolares maníaco-depresivas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PSICOSIS AFECTIVAS EN LA EDAD INFANTIL

Para distinguir entre alteraciones afectivas psicóticas y no psicóticas en la infancia serían necesarios los siguientes criterios:

1. Carga familiar en relación a la enfermedad.
2. Presencia de una sintomatología específica (ilusión, alucinación, manía, ideas de autolisis).
3. Cuadro clínico grave.

4. Continuidad del cuadro patológico en el curso de la enfermedad.
5. Relación con acontecimientos traumáticos tales como maltrato corporal, sexual y otros.
6. Respuestas terapéuticas distintas.
7. Presencia de posibles signos biológicos.

En cuanto a sintomatología más frecuente, Frommer señala: irritabilidad, llanto fácil, tristeza, alteraciones del sueño, y como característico de la forma psicótica: enlentecimiento psicomotor, pesimismo, anhedonia, ideas delirantes, alucinaciones. Carlson opina que la baja de los sentimientos de autoestima y pensamientos paranoides, son los síntomas más frecuentes en las fases depresivas de las alteraciones bipolares. Para este autor las ideas delirantes son los síntomas psicóticos prevalentes en la depresión del adolescente.

Otro problema es la sintomatología de las formas enmascaradas de depresión como la fobia escolar, la ansiedad de separación, y las alteraciones del comportamiento (Carlson y Cantwell, y Puig Antich). Según Carlson sólo el curso del cuadro nos puede dar la exacta dimensión del problema. Por ejemplo, la anorexia en la adolescencia puede estar en relación con un cuadro depresivo y en el curso posterior puede haber episodios no anoréxicos.

Según este mismo autor las fases maníacas son más difíciles de reconocer en estas edades, pues para unos la expresión de alegría y el negativismo en la infancia son las formas precoces de manía, mientras que para otros estos cambios de estado de ánimo son normales. Los síntomas básicos serían la euforia, un aumento de la irritabilidad, así como comportamiento agresivo, análogos a la sintomatología depresiva en los niños. Existe un aumento significativo de la actividad psicomotora, hiperactividad, alteraciones de la concentración y un impulso a hablar, lo que hace difícil el diagnóstico diferencial con un niño hiperkinético. Las alteraciones del sueño aparece en ambas formas.

El curso de las formas bipolares en la infancia y en la edad juvenil transcurre con intervalos libres, sin síntomas y sin una alteración definitiva de la personalidad. Las fases depresivas son más frecuentes que las maníacas y las monopares más que las bipolares, aunque en los estudios de Angts presentan igual frecuencia. Las depresiones bipolares tienen un pronóstico peor. El tránsito a una forma esquizoafectiva es del 12% en las monopares y del 70% en las bipolares.

En los últimos 5.000 niños tratados en nuestra clínica infanto-juvenil de la Universidad de Sevilla (España) la

prevalencia de alteraciones afectivas fue del 2%, semejante a la de otros autores. Según nuestra experiencia, el 66% de niños con alteraciones afectivas muestran una distimia, el 17% una depresión mayor, y el 10% alteraciones de la adaptación con trastornos del humor depresivos. Para el diagnóstico utilizamos criterios del DSM-III, que explicaría la baja prevalencia; para otros autores como Del Gaudio es aún más baja (un paciente con alteraciones afectivas entre 1.334 jóvenes).

Para nosotros dos factores son muy importantes para la presencia de una psicosis afectiva en la edad infantil. El grado de gravedad en la sintomatología y el entorno familiar. En nuestra experiencia hay pocos intentos de autolisis, escasos síntomas de ansiedad, más anhedonia y alteraciones de rendimiento, que en otros trabajos. Son síntomas con igual frecuencia la tristeza, disminución de autoestima y alteraciones de la concentración. Como síntomas específicos de psicosis afectiva en nuestra investigación encontramos más frecuentemente las ideas delirantes y menos alucinaciones. La manía estuvo ausente. En los estudios de Winokur y Smeraldi (1979), había patología en los familiares en primer grado en el

15% y 12% de los pacientes monopolares, respectivamente, datos que abonan hacia el modo de transmisión monogenético multifactorial. Cadoret (1978), investigó niños adoptivos cuyos padres biológicos padecían de una alteración afectiva y encontró un porcentaje alto de depresión mayor en ellos, demostrando el significativo trasfondo biológico, a más de que la depresión primaria y secundaria están unidas a un medio ambiente desfavorable. En nuestra experiencia el 34% de los niños tienen una carga familiar, lo cual es muy alto.

Una revisión de los trabajos más actuales y la descripción de nuestra experiencia clínica nos permite pensar que existe mucho de psicótico en la generalidad de las depresiones en la edad infantil. Si recordamos la presencia de sintomatología depresiva en muchas otras distintas formas clínicas no típicamente psicóticas, no cabe duda que tenemos que reconocer la posibilidad de un "continuum" depresión-psicosis en edades evolutivas. En la clasificación que mantenemos, encontramos la extremada cercanía entre ambas estructuras psicopatológicas en cualquiera de los criterios o ejes referidos para la clasificación.

M. J. Mardomingo¹
A. Flores Mateos

Acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia

¹ Jefe de la Sección de Psiquiatría Infantil.
Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia

RESUMEN

El estudio de la posible relación entre acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia ha cobrado progresivo interés en los últimos 30 años. En este trabajo se realiza un estudio comparativo de los acontecimientos vitales entre un grupo de pacientes afectos de procesos pediátricos de edades comprendidas entre los 4 y los 14 años y un grupo control. Se ha utilizado una Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población infantil española y una encuesta de factores socioeconómicos. El análisis estadístico se ha hecho mediante el Test de Mann-Withney y el test de la mediana aplicado a χ^2 corregida por continuidad. Los niños del grupo experimental presentan un mayor número de A.V. que los del grupo control y dichos A.V. son asimismo más estresantes. Los pacientes afectos de procesos alérgicos presentan un mayor número de A.V. que el resto de los niños afectos de otras patologías.

PALABRAS CLAVE

Patología infantil. Alergia. Acontecimientos vitales. Escala.

ABSTRACT

The study of a possible relationship between life events and childhood diseases has becoming a subject of increasing interest during the last 30 years. In this work a comparative study on life events it is made between a group of ill patients aged 4-14 and a control group. It has been used a Life Events Inventory adapted to the Spanish population of children, and a sociaieconomical survey. The statistical analysis used the Mann-Withney Test and the median test on χ^2 with continuity adjustment. Children of the experimental group showed a greater number of L.E. than the ones of the control group. Patients suffering from allergic processes had a bigger number of L.E. than the other ill children.

KEY WORDS

Childhood diseases. Allergy. Life events. Inventory.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años se viene estudiando la posible influencia que pueden tener diversos factores psicológicos y sociales sobre la aparición de ciertas enfermedades.

Partiendo de la definición de *acontecimiento vital* como un hecho que interrumpe la rutina del sujeto exigiendo una respuesta de mayor esfuerzo adaptativo, es evidente que el número de *acontecimientos vitales* que con estas características puede incidir sobre el sujeto, es casi ilimitado. Por esto, se intenta objetivar aquellos acontecimientos más significativos en cuanto a la capacidad potencial específica de producir una determinada enfermedad, ya sea por su intensidad, su calidad, o por el momento de su incidencia en el ciclo vital del individuo.

Los factores psicosociales recogidos lo han sido en función de su carácter de cambio vital, es decir, porque representaban una modificación importante en la vida del individuo y exigían del mismo una respuesta adaptativa al cambio experimentado en sus hábitos de vida.

Se intenta valorar el esfuerzo que una persona debe realizar para adecuar su conducta a una circunstancia vital que, en un momento determinado, aparecía en su existencia. A cada acontecimiento vital se le da un valor denominado *Unidad de Cambio Vital*, que permita establecer el *nivel de estrés* en cada enfermo.

De hecho, se ha demostrado que el estrés disminuye la inmunocompetencia, observándose una disminución altamente significativa en la toxicidad de los linfocitos, es decir, en la reacción celular T, en relación con un alto número de acontecimientos vitales.

Algunos autores consideran que entre un 5,7 y un 10,8% de todos los pacientes pediátricos están afectados de un trastorno psicofisiológico.

En definitiva, la influencia de los acontecimientos vitales va a depender de factores personales y de circunstancias familiares.

En este trabajo se ha intentado determinar la posible relación entre la presencia de diversos acontecimientos vitales y la aparición de procesos patológicos en la infancia.

Los objetivos han sido: estudiar si la población infantil enferma ha experimentado mayor número de acontecimientos vitales que la población infantil sana; y determinar la patología más influida por el estrés.

Tabla 1 Edad, grupo experimental

Edad	Alergia	Pediatría general	Total
14	3	1	4
13	1	1	2
12	1	3	4
11	-	4	4
10	3	1	4
9	1	-	1
8	2	6	8
7	-	3	3
6	3	1	4
5	1	6	7
4	5	4	9
Totales	20	30	50

Tabla 2 Sexo, grupo experimental

Edad	Varones	Hembras	Total
14	4	0	4
13	1	1	2
12	2	2	4
11	3	1	4
10	3	1	4
9	1	0	1
8	5	3	8
7	2	1	3
6	2	2	4
5	5	2	7
4	5	4	9
Totales	33	17	50

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se han utilizado dos grupos de niños: uno experimental y otro control.

El grupo experimental se obtuvo de 20 niños que acudieron a la consulta de Alergia y de 30 niños procedentes de la consulta de Pediatría General del Instituto Provincial de Pediatría y Puericultura de Madrid. Estos 50 niños, de ambos sexos, fueron tomados al azar. Sus edades estaban comprendidas entre los 4 y los 14 años de edad, con una media de 8,06 años (Tablas 1 y 2)

Los diagnósticos de los 50 niños se reflejan en la tabla 3.

Para establecer el grupo control, se recurrió al colegio "Alhambra" de Madrid y, mediante una circular, se informó a los padres sobre el estudio que se pretendía

Tabla 3 Diagnósticos del grupo experimental

<i>Alergia</i>	<i>Nº</i>
Urticaria	8
Bronquitis espástica	7
Asma bronquial	5
Total	20
<i>Pediatría general</i>	
Sinusitis	1
Cardiopatía congénita	1
Convulsiones	2
Adenopatías cervicales de causa desconocida	1
Hepatitis	2
Infección urinaria repetición	2
Neumonía	2
Retraso del crecimiento	6
Litiasis renal	1
Infección respiratoria repetida (de vías superiores)	5
Hernia inguinal	1
Anemia	2
Hernia de hiato	2
Enuresis y encopresis	1
Cefaleas	1
Total	30

Tabla 5 Factores socioeconómicos, educativos y familiares

- Edad del niño	- Nivel de estudios del padre
- Sexo del niño	- Nivel de estudios de la madre
- Edad del padre	- Problemas económicos
- Edad de la madre	- Ausencia de figura paterna
- Número de hijos	- Ausencia de figura materna
- Lugar que ocupa	- Interferencia de otras figuras educativas
- Profesión del padre	- Aislamiento social
- Profesión de la madre	- Área geográfica
- Ingresos económicos	

llevar a cabo, solicitando su colaboración. Se enviaron 150 circulares y acudieron a la llamada 75 padres, de los cuales fueron seleccionados 50 con el fin de adecuar las edades y sexos al grupo experimental.

De esta forma se estableció un grupo control de 50 niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 4 y los 14 años con una media de edad de 8,08 años (Tabla 4).

Se ha utilizado la *Escala de acontecimientos vitales* adaptada a la población infantil española por Mardomingo

Tabla 4 Edad-Sexo, grupo control

<i>Edad</i>	<i>Varones</i>	<i>Hembras</i>	<i>Total</i>
14	3	1	4
13	0	2	2
12	2	2	4
11	0	4	4
10	0	4	4
9	0	1	1
8	5	3	8
7	0	3	3
6	2	2	4
5	2	6	8
4	4	4	8
Totales	18	32	50

y cols. Dicha Escala consta de 40 ítems, cada uno con una puntuación mayor o menor en función del nivel de adaptación que van a exigir al actuar sobre el niño.

Además se ha utilizado una encuesta para determinar los factores socioeconómicos, educativos y familiares que pueden incidir sobre el niño (Tabla 5).

El cuestionario se aplicó mediante una entrevista semidirigida a ambos grupos, de manera que el grupo experimental contestara refiriéndose al año anterior a la aparición de los síntomas y el grupo control lo hiciera al año anterior del momento de la entrevista. Las respuestas sólo se valoraron en relación a estar presentes o no.

Una vez obtenidos los grupos experimental y control se procedió al estudio de los siguientes datos:

1) Número de acontecimientos vitales presentes en cada grupo.

2) Puntuación media en cada caso, obtenida sumando la puntuación de los acontecimientos vitales presentes y dividiéndola por el número de acontecimientos vitales total, es decir, por 40.

3) Puntuación en relación con el número de acontecimientos vitales, obtenida sumando la puntuación de los acontecimientos vitales presentes y dividiéndola por el número de acontecimientos vitales presentes.

Estos puntos se estudiaron para comparar:

- 1) El grupo experimental con el grupo control;
- 2) El grupo "niños con procesos alérgicos" con el grupo "niños con procesos pediátricos generales"; y
- 3) El grupo "niños diagnosticados de retraso del crecimiento" con el grupo "resto de niños de Pediatría General".

Tabla 6 Comparación del grupo experimental con el grupo control

	Z_o	Mediana	χ^2_o	P
Nº A.V.		3,733	18,762	0,001
Puntuación media de A.V.	4,201			0,001
Puntuación media/ Nº A.V.	2,530			0,001

Tabla 8 Comparación del grupo diagnóstico "retraso del crecimiento" con resto de diagnósticos pediátricos generales

	Z_o	Mediana	χ^2_o	P
Nº A.V.		3,230	0,233	0,70 (N.S.)
Puntuación media de A.V.	0,725			0,47 (N.S.)

El análisis estadístico se ha hecho mediante la aplicación del test de Mann-Withney y el test de la mediana aplicado a χ^2_o corregida por continuidad.

RESULTADOS

Comparando el grupo experimental con el grupo control en relación al número de acontecimientos vitales que presenta cada uno y, aplicando el test de la mediana, se obtiene un valor para ésta de 3,733. Estudiando el valor de χ^2_o se halla una magnitud de 18,762 ($p < 0,001$). Esto indica que el número de acontecimientos vitales en el grupo experimental es mayor al del grupo control y que este resultado no es debido al azar, sino que es estadísticamente significativo.

Cuando se comparan ambos grupos, experimental y control, nuevamente, pero en relación a la puntuación media de los acontecimientos vitales obtenida en cada caso y, aplicando el test de Mann-Withney, se obtiene un valor para Z_o de 4,201 ($p < 0,001$), el cual es, así mismo significativo. Esto revela que no sólo el número de acontecimientos vitales es mayor en el grupo experimental que en el control, sino que además, los acontecimientos vitales que presentaban los niños pertenecientes al primer grupo tienen mayor puntuación, lo que indica que son capaces de producir mayor nivel de estrés.

Tabla 7 Comparación "niños con procesos alérgicos" con "niños con procesos pediátricos generales"

	Z_o	Mediana	χ^2_o	P
Nº A.V.		3,361	5,666	0,025
Puntuación de A.V.	2,549			0,01
Puntuación media/ Nº A.V.	0,268			n.s.

Se ha estudiado también la relación entre la puntuación media de los acontecimientos vitales presentes en cada grupo con el número de acontecimientos vitales, obteniéndose un valor para Z_o de 2,530 ($p < 0,01$), el cual es estadísticamente significativo, aunque con un grado de error ligeramente mayor a los datos que se obtuvieron anteriormente.

Se establece, de este modo, una correspondencia entre la puntuación media y el número de acontecimientos vitales, de manera que el grupo experimental no solo presenta un mayor número, sino que también la puntuación es más elevada que en el grupo control y, por tanto, los niños del primero han estado sometidos a un mayor nivel de estrés que los niños del segundo grupo (Tabla 6).

Tomando en esta ocasión sólo el grupo experimental, se ha comparado el subgrupo "niños con procesos alérgicos" con el subgrupo "niños con procesos pediátricos generales".

Se ha estudiado en primer lugar la puntuación total de los acontecimientos vitales en cada caso, obteniéndose un valor para Z_o de 2,549, al que corresponde una p de Pearson de 0,01, la cual es significativa. Así mismo, se ha procedido al estudio del número de acontecimientos vitales extrayéndose unos valores para la mediana de 3,631 y, para χ^2_o de 5,666, al que corresponde una p menor a 0,025, que es significativa.

Sin embargo, al estudiar la relación entre la puntuación y el número de acontecimientos vitales, se obtuvo un valor para Z_o de 0,268, que no es significativo (Tabla 7).

Posteriormente se ha tomado para su estudio exclusivamente el grupo de "niños con procesos pediátricos generales" y se han hecho dos subgrupos: "niños diagnosticados de retraso de crecimiento" y "resto de procesos pediátricos". Se ha estudiado el número y la puntuación media de los acontecimientos vitales que presentaban cada subgrupo y ambos han resultado no significativos (Tabla 8).

148 INTRODUCCIÓN

En la revisión de la literatura psiquiátrica se observa cómo han aparecido varios términos a través de los años para designar a las psicosis infantiles (Tabla 1). Sin embargo, no es hasta 1963 cuando Creak⁽¹⁾ impone dicha denominación con la finalidad de aglutinar con este término los distintos cuadros nosológicos hasta entonces expresados. Por consiguiente, para establecer el diagnóstico son señeros los criterios de Creak, así como después los de Rutter⁽²⁾ y los establecidos por el DSM-III.

Puede existir un inicio temprano del cuadro, graves trastornos relacionados con el ámbito social y con el desarrollo del lenguaje, así como conductas repetitivas y elaboradas. Algunos autores exigen que haya respuestas perceptivas anormales a estímulos sensoriales⁽³⁾. Si el cuadro es de aparición generalmente anterior a los 36 meses suele denominarse autismo y si el comienzo es posterior, suele englobarse en el término de psicosis infantiles cuya clínica se asemeja más a la esquizofrenia del adulto⁽⁴⁻⁷⁾. De todas formas, tradicionalmente se ha mostrado problemática la diferenciación de los estados psicóticos infantiles⁽⁸⁾.

Su incidencia en la población es de dos a cuatro por 10.000 habitantes dependiendo de lo selectivos que sean los criterios empleados para su consideración^(3,9). Más frecuente en niños que en niñas en una proporción de cuatro a uno⁽⁹⁾, hoy en día se piensa que se reparte por igual en todas las clases sociales, en contra de las iniciales sugerencias de Kanner⁽¹⁰⁾. Se ha descrito en todo tipo de razas y condiciones geográficas⁽¹⁰⁾.

El desarrollo muestra desviaciones en su normal secuencia respecto a hitos motores, sociales y de lenguaje. Sus problemas de relación se expresan en la ausencia del mantenimiento del contacto visual con otra persona, la ausencia de movimientos anticipatorios al ser cogido, de sonrisa social, desinterés hacia el contacto con los demás. Muestran una tenaz resistencia al cambio de las condiciones que les rodean (insistencia en la monotonía). El desarrollo del lenguaje se retrasa y presenta severos trastornos (ecolalia, inversión pronominal, etc.) cuando llega a adquirirse, que le alejan de una eficaz función comunicativa⁽¹¹⁾. Son característicos sus manierismos y estereotipias motoras, pudiendo presentar autoagresividad⁽¹²⁾. Un 25% de ellos presentan crisis epilépticas y del 75 al 90% tienen asociado un retraso mental.

Tabla 1 Principales tipos clínicos de psicosis en la infancia

Tipo A: Aparición anterior a los tres años de edad:

- Autismo precoz de Kanner
- Psicosis deficitaria de Misés
- Psicosis pseudodefectorial de Bender
- Psicosis precoz de Rutter y Kolvin
- Psicosis autística de Mahler

Tipo B: Aparición entre los tres y cinco años de edad:

- Demencia precoz de Heller, Sancta de Sanctis, Weygandt
- Tipo pseudoneurótico de Bender
- Psicosis simbiótica de Mahler
- Disarmonías evolutivas de Misés
- Estados prepsicóticos de Levovici y Diatkine

Tipo C: Aparición entre los 8 y 12 años:

- Psicosis de aparición tardía de Misés
- Esquizofrenia infantil
- Psicopatía de Bender

Manzano y Palacios (1983).

Se han barajado para su desencadenamiento factores genéticos y cromosómicos, como el síndrome del cromosoma X frágil^(3,9,10). Hay factores perinatales y prenatales tales como hemorragias durante el embarazo o infecciones (encefalitis, rubeola), fenilcetonuria y otras metabolopatías, o enfermedades degenerativas como la esclerosis tuberosa y la neurofibromatosis. Todos ellos pueden dar lugar a cuadros que presentan junto a otros trastornos, elementos clínicos similares a los de las psicosis infantiles de inicio precoz. Se ha informado de lesiones estructurales y disfunciones metabólicas cerebrales⁽¹³⁾, para cuyo estudio se ha empleado el E.E.G., la T.A.C. y la tomografía por emisión de positrones^(3,14), habiéndose encontrado dilatación a nivel ventricular⁽¹⁵⁾ y disfunciones neurofisiológicas⁽¹⁶⁾. Asimismo se han señalado factores endocrinológicos e inmunológicos^(10,17). Respecto a los estudios bioquímicos, se ha involucrado a la serotonina, que presenta resultados contradictorios^(3,9,10,18,20), noradrenalina⁽³⁾ y dopamina^(19,20), junto a diversas vitaminas, aminoácidos, minerales e iones⁽³⁾, así como péptidos opiáceos⁽²¹⁾.

Junto a estas hipótesis que hoy están en boga^(3,9,22), las hipótesis psicogenéticas hablan de un fracaso en el proceso de formación del Yo que hace difícil la distinción sujeto/objeto y entre pulsión, realidad y fantasía. En ello podrían influir las figuras parentales, preferentemente la madre, como objetos primarios⁽²⁾, hecho

Tabla 2 Antecedentes perinatológicos y del desarrollo temprano

Variable	Psicosis autísticas %	Psicosis no autísticas %	Total %
Embarazo			
Normal	71,4	100	84,6
De riesgo	28,5	0	15,3
Parto			
Término	71,4	83,3	76,9
Prematuro	14,2	16,6	15,3
Postmaduro	14,2	0	7,6
Parto			
Esponáneo	57,1	83,3	69,2
Inducido	42,8	16,6	30,7
Evidencia sufrimiento fetal/reanimación			
Sí	28,5	16,6	23,0
No	71,4	83,3	76,9
Primeros balbuceos			
Antes siete meses	28,5	16,6	23,0
Después siete meses	71,4	83,3	76,9
Deambulaci3n			
Antes 10 meses	14,2	0	7,6
Después 10 meses	85,7	100	92,3
Control esfinteriano			
Antes tres años	28,5	50	38,4
Después tres años	28,5	33,3	30,7
No alcanzado	42,8	16,6	30,7

discutido por otros⁽²³⁾. También se han planteado factores de tensi3n ambiental más inespecífica para el desarrollo de la Psicosis Infantil⁽²⁴⁾.

Respecto al tratamiento, se ha preconizado la utilizaci3n de piridoxina, el haloperidol, la fenfluramina⁽³⁾ y la naltrexona⁽²⁵⁾, con los cuales se han obtenido discretos resultados sobre una serie de síntomas. También se preconiza el desarrollo educacional de hábitos sociales⁽²⁶⁾ y de limpieza, existiendo aproximaciones conductuales⁽²⁷⁾ y psicoterápicas que también obtienen parcos resultados.

A pesar de todo el pron3stico es malo en la mayoría de ellos, sobre todo si presentan un retraso mental, un comienzo precoz y escaso o nulo desarrollo del lenguaje, existiendo algunos casos en los que se producen mejoras parciales sin que lleguen a desaparecer en su totalidad

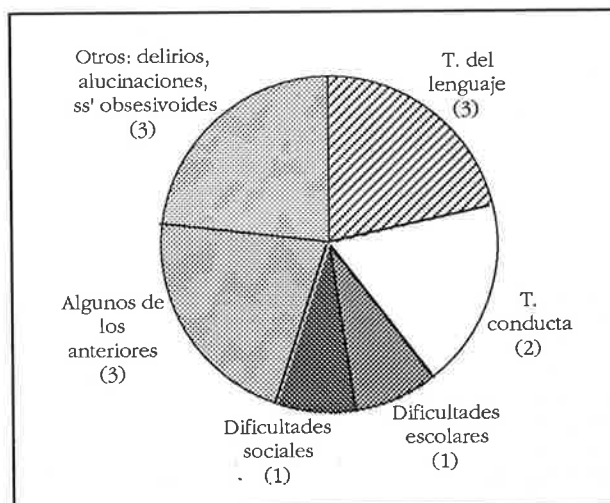


Figura 1. Psicosis infantiles: síntomas prodrómicos.

determinados rasgos característicos de tendencia a la soledad y falta de empatía para las relaciones sociales.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo recoge el estudio clínico de una muestra de niños (n=13) que fueron diagnosticados de psicosis infantiles y que han sido atendidos en una Unidad de Psiquiatría Infantil durante los últimos 15 años. La unidad está integrada en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, en un tercer nivel de atención especializada y en proximidad y relación con el resto de los dispositivos médicos del hospital.

Los diagn3sticos se realizaron principalmente a través de las entrevistas sucesivas mantenidas con los niños y sus familiares. En ocasiones fueron también muy valiosas las observaciones del personal sanitario del servicio de Pediatría del hospital (en aquellos casos en que los niños fueron ingresados) y los datos aportados por los Profesores y otros profesionales que contactaron con los niños en algún momento evolutivo.

Para el estudio de los casos se elaboró un protocolo en el que se recogen, entre otros, antecedentes familiares, perinatológicos y del desarrollo temprano, estado cognitivo, exploraciones complementarias y los síntomas y signos clínicos de la enfermedad en el curso de las entrevistas. Para la recogida de estos últimos nos basa-

Tabla 5 Conductas instintivas. Autocuidado

Variable	Psicosis autísticas %	Psicosis no autísticas %	Total %
CONDUCTAS INSTINTIVAS. AUTOCUIDADO			
- Autoagresividad			
Presente	42,8	16,6	30,7
Ausente	57,1	83,3	69,2
- Heteroagresividad			
Presente	57,1	66,6	61,5
Ausente	42,8	33,3	38,4
- T. graves de la conducta alimentaria			
Presente	42,8	33,3	38,4
Ausente	57,1	66,6	61,5
- T. graves del sueño			
Presente	14,2	33,3	23,0
Ausente	85,7	66,6	76,9
- Falta de autonomía en aseo y vestido			
Presente	57,1	0	30,7
Ausente	28,5	100	61,5
No evaluable	14,2	0	7,6

pensamiento y trastornos senso-perceptivos los detectamos en porcentajes que oscilan entre el 46,1% (n= 6) y el 38,4% (n= 5), según los ítems considerados. En este caso, y como era de esperar por la definición de ambos grupos, hay una menor incidencia de estos síntomas en el grupo de *psicosis autísticas* con la salvedad de no ser evaluables por la existencia de otras variables determinantes (edad, ausencia de lenguaje...) en seis niños de este grupo (46,1%). Existen modificaciones tónicas en el 92,3% de los niños (n= 12) y aparecen fobias en siete (58,8%), sin diferencias entre los grupos.

Alteraciones psicomotoras (Tabla 3).

Conductas instintivas. Autocuidado (Tabla 5)

Desde el punto de vista psicomotor hay ocho niños que muestran hiperactividad (61,5%) y nueve (62,2%) episodios de agitación, al menos en alguna de las fases de la enfermedad, con mayor incidencia en el subgrupo de *psicosis autísticas*. Otros síntomas estudiados que hacen referencia a las conductas instintivas y el autocuidado se detallan en la tabla 5.

Al tratarse de un estudio retrospectivo no se realizó una batería sistematizada de exploraciones complementarias, pese a ser notable el volumen de pruebas que figuran en las historias de los niños y numerosas las

exploraciones propuestas para el estudio de las psicosis infantiles⁽²⁸⁾. Si nos interesamos, no obstante, por el estudio cromosómico, sin encontrar en ninguno de los niños cariotipados (n= 9) fragilidad en el cromosoma X. Por otra parte, en uno de los niños con esquizofrenia se realizó una R.N.M., sin hallazgos destacables.

Desde el punto de vista nosológico se realizó el diagnóstico (DSM-III-R) de esquizofrenia en seis niños (46,1%) y el de trastorno generalizado del desarrollo (*psicosis autísticas*) en siete (53,8%). En este subgrupo cinco casos corresponderían al trastorno autista del DSM-III-R y dos a trastornos generalizados del desarrollo no especificados. Ya indicamos que se realizó el diagnóstico de retraso mental asociado en el 61,5% (n= 8) de la muestra, con notables diferencias según el subgrupo considerado: todos los niños con psicosis autísticas presentan retraso mental asociado, sólo uno en el subgrupo de esquizofrenias.

Al estudiar por separado cada uno de los trastornos nos encontramos con algunas variables que discriminan ambos cuadros: así se observa que la ausencia o reducción extrema del lenguaje y la resistencia al cambio ambiental son significativamente más frecuentes en el grupo de *psicosis autísticas* ($\chi^2= 3,97$, $p= 0,04$; $\chi^2= 4,2$, $p= 0,03$), así como las estereotipias motóricas y la hiperactividad ($\chi^2= 3,92$, $p= 0,04$; $\chi^2= 6,28$, $p= 0,01$). Lógicamente algunas de estas diferencias están mediadas por otras variables como la edad y la existencia del diagnóstico asociado de retraso mental. En este sentido la incidencia de retraso mental es significativamente mayor en el subgrupo de *psicosis autísticas* ($\chi^2= 6,2$, $p= 0,01$).

No existirían diferencias entre ambos grupos diagnósticos en el resto de las variables estudiadas, incluidas las que hacen referencia a los trastornos del pensamiento y perceptivos, pues aunque tienen menor relevancia en el grupo de *psicosis autísticas* existen varios sujetos donde estos trastornos no son evaluables, lo cual contribuye a la no significación.

CONCLUSIONES

Del estudio de la muestra de psicosis infantiles diagnosticadas en nuestra Unidad en los últimos años, se concluye que existe una mayor incidencia en el sexo masculino, con mayor precocidad en la aparición de las *psicosis autísticas* con respecto a las que se asemejan a la

esquizofrenia del adulto. Con respecto a la clínica tienen mayor importancia los síntomas relativos al desarrollo del lenguaje y al área de los intereses y la conducta en el grupo de *psicosis autísticas*, donde también se observa

con mayor frecuencia hiperactividad. Este grupo presenta una mayor incidencia de diagnósticos asociados de retraso mental. Por último, en todos los niños cariotipados no se encontró fragilidad en el cromosoma X.

153

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Creak E. Schizophrenia in early child hood. *Act Paidopsychiat* 1967;30:42-47.
- 2 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Masson. Barcelona, 1991.
- 3 Coleman M, Gillberg CH. *El autismo: Bases Biológicas*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1989.
- 4 Vollmar F, Cohen D, Hoshino E y cols. Phenomenology and classification of the childhood psychoses. *Psychological Medicine* 1988;18:191-201.
- 5 Rumsey J, Rapoport J, Sceery W. Autistic children as adults: Psychiatric, Social and Behavioral outcomes. *J Am Academy Child Psychiatry* 1985;24:465-473.
- 6 Dopchie N. Reflexions sur la theorie des psychoses infantiles. *Acta Psychiat Belg* 1973;73:527-536.
- 7 Antón C. Estudio del lenguaje en las psicosis infanto juveniles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1987;4:184-188.
- 8 Eggers CH. Prapsychotische Zustandbilder des Mindersalters 1974;122:859-866.
- 9 Prior M. Biological and Neuropsychological Approaches to Childhood Autism. *Br J Psychiatry* 1987;150:8-17.
- 10 Ornitz E, Ritvo E. The Syndrome of Autism: A critical review. *Am J Psychiatry* 1976;133:609-621.
- 11 Bartah C, Rutter H, Cox A. A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. *Br J Psychiatry* 1975;35:127-142.
- 12 Antón C. Estudio clínico de las psicosis infanto-juveniles. *Psiquis* 1988;IX:26-32.
- 13 Maurer R. Neuropsychology of autism. *Neuropsychiatry* 1986;9:367-380.
- 14 Cohen E, Semple W, Gross M. Positron Emission Tomography. *Psychiatric Clinics of North America* 1986;9:63-79.
- 15 Jacobson R, Le Couteur A, Howlin P y cols. Selective subcortical abnormalities in autism. *Psychological Medicine* 1988;18:39-48.
- 16 Ornitz E. Neurophysiology of infantile autism. *J Am Academy Child Psychiatry* 1985;24:251-262.
- 17 Stubbs E, Ritvo E, Mason A. Autism and shaved parenteral antigens. *J Am Academy Child Psychiatry* 1985;24:182-185.
- 18 Kuperman S, Beeghly J, Burns T y cols. Serotonin relationships of autistics probands and their first degree relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985;24:186-190.
- 19 Garreau B, Barthelemy C, Jouve J y cols. Urinary homovanilic acid levels of autistic children. *Developmental medicine and child neurology* 1988;30:93-98.
- 20 Gillberg C, Svennerholm C. C.S.F. monoamines in Autistic Syndromes and other pervasive developmental disorders of early childhood. *Br J Psychiat* 1987;151:89-94.
- 21 Gillberg C, Terenius L, Lonnerholm G. Endorphin activity in childhood psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:780-783.
- 22 Rutter M. Development of infantile autism. *Psychological Medicine* 1979;4:147-160.
- 23 Cox A, Rutter M, Newman S, Bautah C. A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. *Br J Psychiatry* 1975;126:146-159.
- 24 Parnas J, Teasdale T, Schulsinger H. Institutional rearing and diagnostic outcome in children of schizophrenic mothers. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:762-769.
- 25 Campbell M, Spencer E. Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past five years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:269-279.
- 26 Freeman B, Ritvo E, Needleman R y cols. The stability of cognitive and linguistic parameters in autism. A five year prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985;24:459-464.
- 27 Marchant R, Howlin P, Tule W y cols. Graded change in the treatment of the behaviour of autistic children. *J Child Psychol Psychiatr* 1974;15:221-227.
- 28 Pedreira Massa JL. Evaluación del autismo y de las psicosis de la infancia: revisión y protocolos actualizados. *Psiquis* 1992;XIII(3):104-123.

156

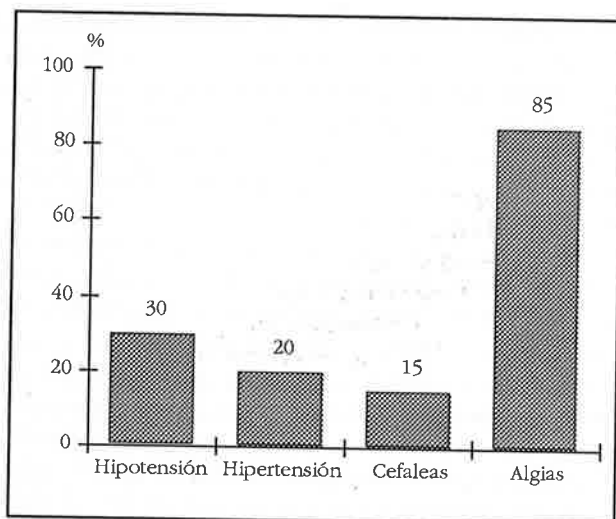


Figura 1a. Sintomatología asociada al tratamiento en HD.

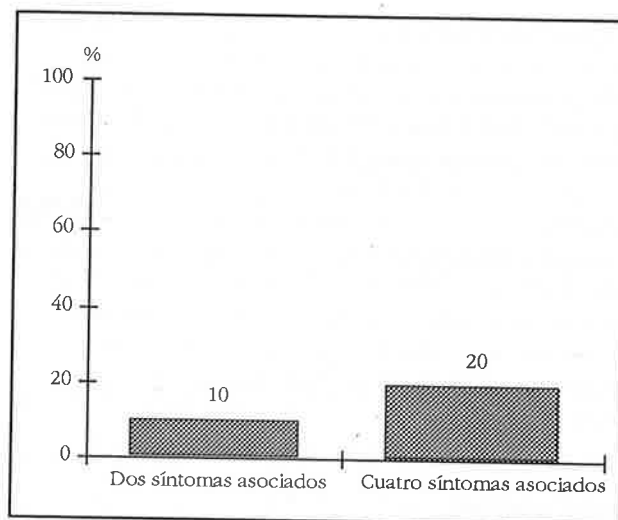


Figura 1b. Sintomatología asociada al tratamiento en HD.

de relación, y afectividad. Para la valoración psicológica de los enfermos se ha utilizado una batería de tests constituida por pruebas de inteligencia (WISC-WAIS, Raven-matrices progresivas), cuestionario de ansiedad (STAIC-STAD), cuestionario de depresión (CDS-Beck) y prueba de atención (Toulouse-Pieron).

RESULTADOS

Características del tratamiento en HD

Todos los enfermos padecen una enfermedad orgánica crónica renal, siendo en el 45% congénita y en el 55% adquirida.

De todos ellos, no han recibido ningún trasplante renal un 35% de los enfermos, siendo sometidos a HD. El resto han tenido HD pre y postrasplante, de los cuales un 40% un solo TR y un 25% dos TR. El tiempo en HD oscila entre menos de un año (sólo un 5%), entre uno y tres años (30%), entre cuatro y siete años (30%) y más de siete años (30%). La hospitalización repetida se da en el 100% de los casos.

La sintomatología asociada a este tratamiento es variada, siendo la más significativa la presencia de algas durante la sesión en el 85% de los casos. También aparecen crisis hipo y/o hipertensivas, y/o cefaleas. En el 10% de los enfermos aparecen dos de estos síntomas

asociados, siendo uno de ellos la hipertensión o hipotensión, y en el 20% de los casos los cuatro síntomas asociados (Fig. 1).

Además se ha encontrado un caso en que presentaba convulsiones y también un solo caso en el que aparece prurito, y aunque su frecuencia de aparición no ha resultado significativa, señalar que se trata de adolescentes que presentan la enfermedad renal de tipo congénito.

Antecedentes familiares

No resulta significativa la presencia de antecedentes familiares en estos enfermos. Solamente aparecen en un 10%, siendo el grado de parentesco de madre y de hermano (Fig. 2).

Escolaridad

En la actualidad, 16 adolescentes (80%) están cursando estudios y sólo uno (5%) trabaja. Los tres restantes (15%) no estudian ni trabajan.

El nivel académico sitúa al 60% en EGB, el 5% en BUP, el 10% en COU y el 20% en FP. Sólo en un caso (5%) tiene el EGB inacabado.

Un 80% de los adolescentes escolarizados no se encuentra en el curso académico que le corresponde por su edad (habiendo repetido uno, dos o más de dos

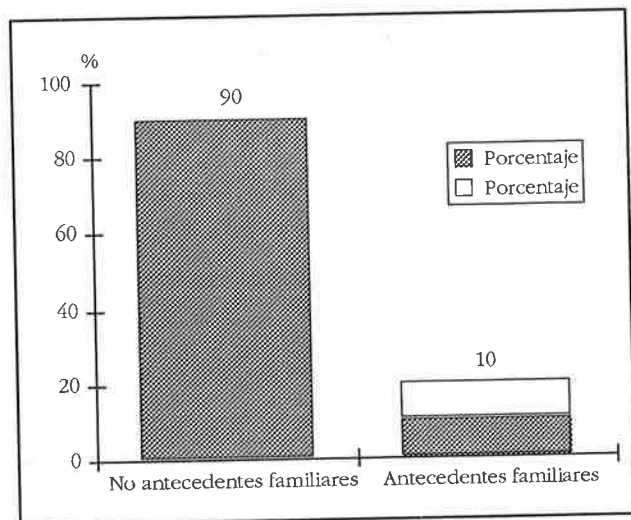


Figura 2. Antecedentes familiares.

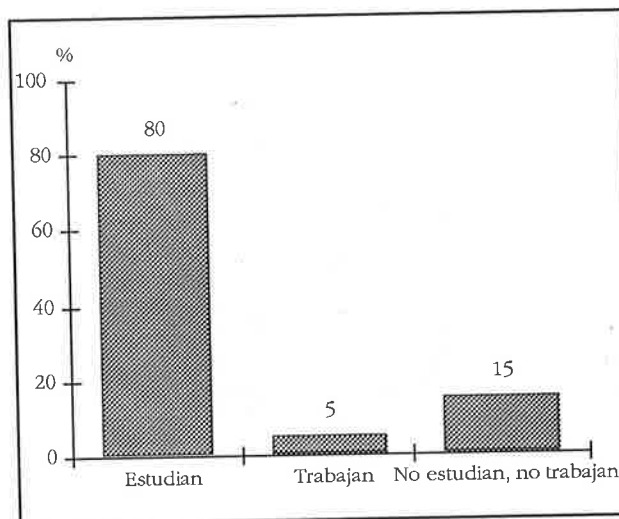


Figura 3. Escolaridad.

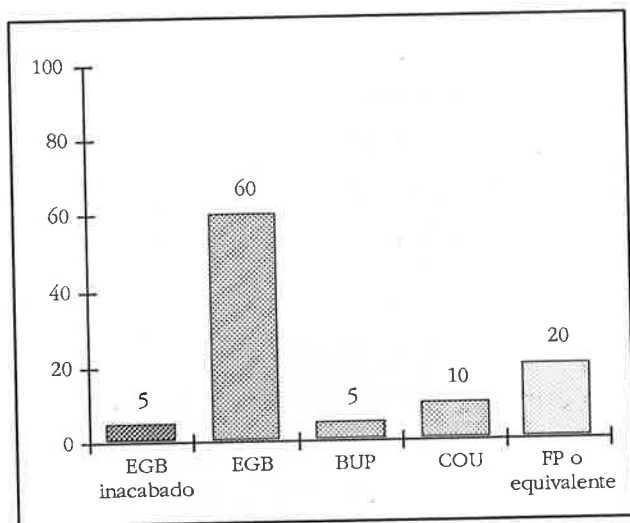


Figura 4. Nivel escolar o académico.

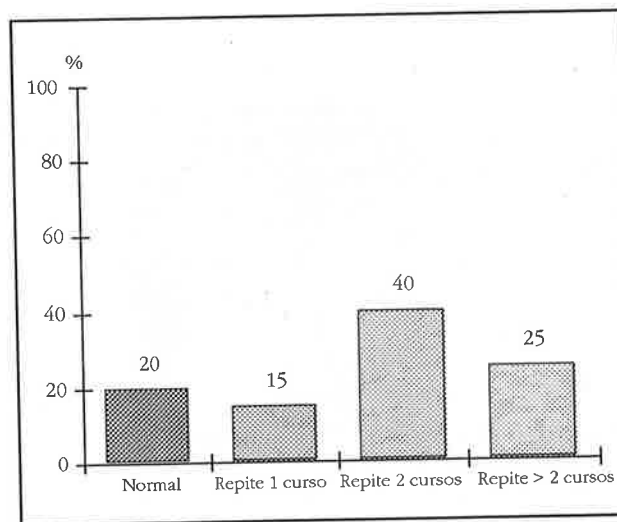


Figura 5. Rendimiento escolar.

cursos). El 20% restante presenta una escolaridad correspondiente a su edad (Figs. 3, 4 y 5).

Alteraciones psicopatológicas

De la entrevista clínica realizada con padres y adolescentes se han podido obtener los siguientes datos:

Sociabilidad. Se observa que existe un mayor índice

de patología de inhibición que de exaltación en estos adolescentes. Como síntomas de inhibición más significativos aparece la timidez-inhibición en el 45% de los casos, insociabilidad en el 40%, pasividad en el 20% y sumisión-tranquilidad en el 20%. En cuanto a la conducta de exaltación únicamente destacar como síntoma más significativo la agresividad en el 25% de los casos. Esta agresividad va acompañada de impulsividad en el

160

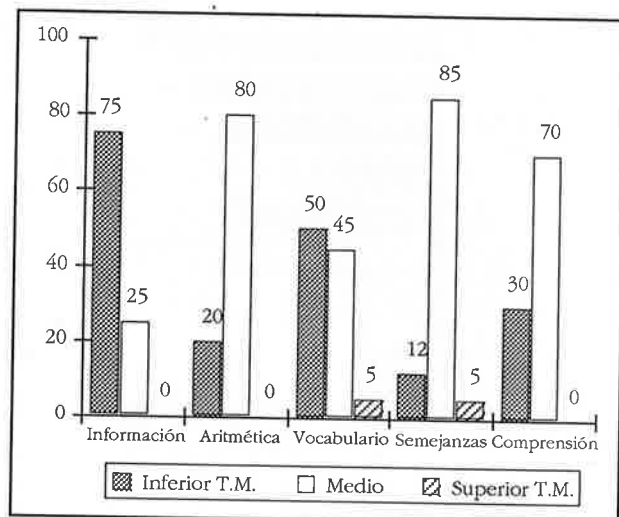


Figura 14. Tests verbales del WISC-WAIS.

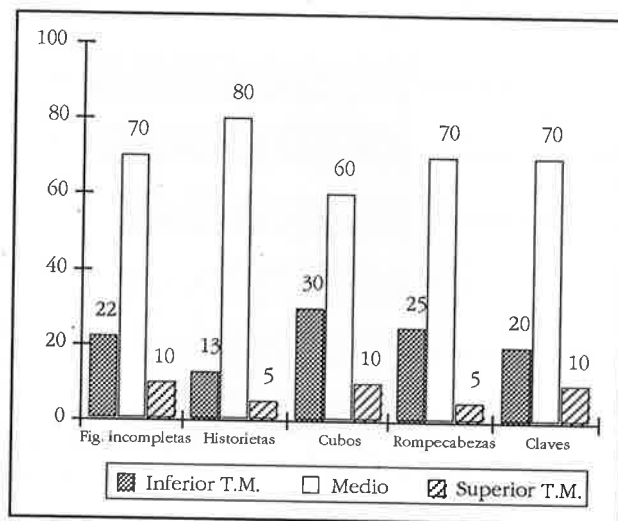


Figura 15. Tests manipulativos del WISC-WAIS.

existe la dificultad actual para entablar nuevas amistades. Sólo un 5% no tiene amigos (Fig. 11).

Pruebas de inteligencia

Se han pasado dos pruebas de inteligencia: WISC (hasta 15 años) -WAIS (a partir de los 16 años) y Raven (hasta los 11 años) - matrices progresivas (a partir de los 12 años).

En primer lugar se han comparado los resultados del CI total de la prueba de Wechsler y del Raven. En ambas pruebas se observa que el 30% de la muestra obtiene una puntuación media correspondiente a un CI 90-110. Por debajo de esta puntuación y correspondiente a un nivel inferior al término medio, se obtiene un 65% en el WISC-WAIS y un 50% en el Raven, habiéndose descartado previamente los sujetos que presentaran algún tipo de deficiencia mental. Por otro lado, los adolescentes obtienen puntuaciones superiores al término medio en el Raven en un 20% y en el WISC-WAIS sólo en un 5%. Se observan, pues, mejores resultados en el Raven que en el WISC WAIS (Fig. 12).

Se ha realizado una comparación interescalas de la prueba del Wechsler. Se comprueba que las puntuaciones del CI verbal son más bajas que las del CI manipulativo. En este último se observa una distribución más homogénea de las puntuaciones, siendo el porcentaje más elevado el del inferior al término medio

(50%), seguido del medio (40%) y del superior (10%). Las puntuaciones verbales resultan significativamente inferiores. Un 70% obtiene un C.I. inferior al término medio, un 25% medio y un 5% superior (Fig. 13).

Es importante señalar que dicha diferencia puede ser resultado, probablemente, del importante absentismo escolar, pudiendo afectar los resultados del WISC-WAIS, y más concretamente algunos subtests verbales, ya que dicha prueba está muy afectada por la influencia y el rendimiento escolar.

En el análisis intertests llevado a cabo se observa una diferencia considerable entre la distribución de los resultados en los diversos subtests. En los verbales, únicamente dos de ellos tienen puntuaciones superiores al término medio: vocabulario y semejanzas (el porcentaje es del 5%). En aritmética, semejanzas y comprensión la mayoría se sitúa en un nivel medio (80%, 85% y 70% respectivamente). Resulta significativa la distribución de los resultados en información y vocabulario. En información un 75% tiene resultado inferior al término medio y un 25% medio; en vocabulario, un 45% tiene puntuación media, un 50% inferior y un 5% superior. Estos dos subtests son, precisamente, los más influidos por el aprendizaje escolar y consecuentemente los más alterados en estos enfermos (Fig. 14).

En los subtests manipulativos la distribución es más homogénea, y, aunque también tienden a agruparse en los niveles inferior y medio, en todos aparecen punua-

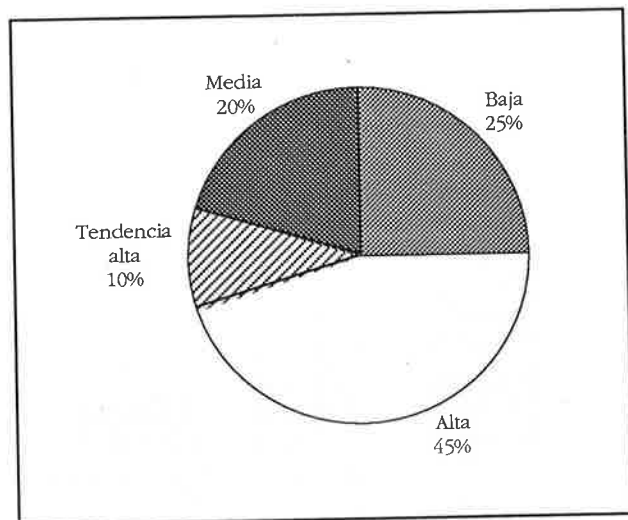


Figura 16. Ansiedad-estado.

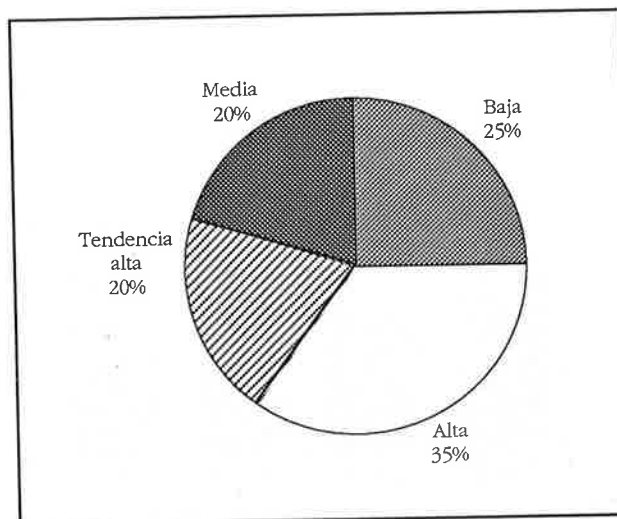


Figura 17. Ansiedad-rasgo.

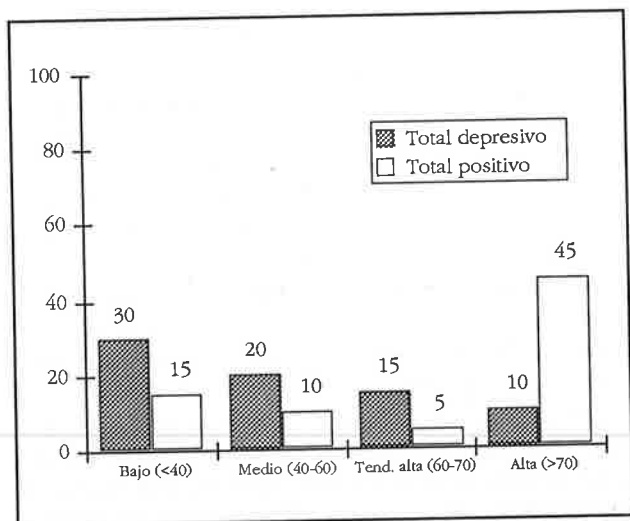


Figura 18. CDS. N=15 (edad: 11-16 años).

ciones superiores. Unicamente señalar que en cubos un 30% obtiene una puntuación inferior (Fig. 15).

Cuestionario de ansiedad

Se ha administrado el STAIC hasta los 15 años y el STAI a partir de esa edad.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de una ansiedad-estado alta en el 45% y una

tendencia alta en el 10%. También los niveles de ansiedad-rasgo son elevados: alta en el 35% y tendencia alta en el 20% (Figs. 16 y 17).

Cuestionario de depresión

Se han utilizado dos cuestionarios: CDS, aplicado a una N=15, de edades comprendidas entre los 11 y 16 años, y el Cuestionario de Depresión de Beck aplicado a cinco sujetos, con una edad de 17-18 años.

La valoración se ha hecho por separado, ya que el CDS es un cuestionario que permite una medición cuantitativa, mientras que en el Beck sólo es posible una valoración cualitativa. Para cuantificar este último se ha realizado un análisis de ítem, valorándose únicamente las respuestas extremas.

De las dos escalas del CDS, el Total Depresivo tiende a situarse en niveles bajo y medio (30% y 20% respectivamente). Únicamente aparece una tendencia alta de un 15% y un nivel alto en el 10%. En esta escala destacan significativamente la subescala de respuesta afectiva de tristeza (alta en un 45%) y baja autoestima (25%). En el Total Positivo, es decir, la ausencia de rasgos positivos es alta en un 45% y muestra tendencia alta en un 5% (Fig. 18).

En el cuestionario de Beck hay que destacar como rasgos depresivos más importantes la carencia de satis-

M.D. Forns Serrallonga¹
E. Domenech Llaberia²

Síntomas de depresión en alumnos integrados en colegios de EGB

¹ Profesora de Terapia de Conducta Infantil
² Catedrática de Psicopatología
Departamento Psicología de la Salud.
Universidad Autónoma de Barcelona.
Bellaterra (Barcelona)

Depressive symptoms among school-children integrated in ordinary primary schools

RESUMEN

Nos hemos propuesto evaluar los síntomas depresivos de alumnos "con graves necesidades educativas", integrados en colegios de EGB de Barcelona.

Se ha aplicado el cuestionario "Children's Depression Inventory", CDI (Kovacs, 1983) a todos los alumnos, de Ciclo Medio y Superior, (N=1491), de cuatro colegios.

Se han encontrado diferencias significativas en los resultados de la evaluación de la sintomatología depresiva entre dos grupos de alumnos: los alumnos "con graves necesidades educativas" han obtenido una puntuación media en el CDI superior a la de sus compañeros.

PALABRAS CLAVE

Depresión infantil. Integración educativa.

ABSTRACT

The purpose of the present study is to evaluate depressive symptoms among school-children, "with special educational requirements", integrated in ordinary primary schools of Barcelona.

All the pupils of Middle and High Cycle of four schools (N=1491) were administered the Children's Depression Inventory, CDI (Kovacs, 1983).

Results show that pupils with "special educational requirements" have obtained a higher average score in the CDI than their peers.

KEY WORDS

Childhood Depression. Educational Integration.

INTRODUCCIÓN

La Ley de Integración Social de los Minusválidos, aprobada por las Cortes Generales en 1982, representa un paso decisivo para la atención de los alumnos con *graves necesidades educativas* en nuestro país, y establece las bases para su escolarización en el sistema educativo ordinario, formulándose los principios de integración educativa y de normalización de servicios.

Desde 1982 hasta la actualidad, puede decirse que la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales en nuestras escuelas ordinarias de EGB, ha ido avanzando.

Pero la verdadera integración de todos los individuos en una sociedad más plural, implica también que el sistema educativo sea capaz de dar respuesta a la diversidad de los alumnos y que la propia escuela se vaya adaptando a esta forma de entender la educación.

La tesis integracionista debe traducirse en cambios y actuaciones concretas en todo el proceso educativo. La evaluación es imprescindible.

Con el presente estudio pretendemos contribuir al análisis y a la evaluación de la integración educativa en Catalunya.

OBJETIVOS PRINCIPALES

Pretendemos:

- 1) Detectar los alumnos con necesidades educativas especiales que se encuentran escolarizados en cuatro colegios de EGB de Barcelona.
- 2) Evaluar la sintomatología depresiva de los alumnos integrados en estos colegios.

SUJETOS DE ESTUDIO

Inicialmente han participado en el trabajo la totalidad de los alumnos de Ciclo Medio y Superior (3º, 4º, 5º, 6º, 7º y 8º de EGB) de cuatro colegios del Distrito IX de Barcelona (N= 1491 alumnos).

Los alumnos pertenecen a una población de nivel sociocultural medio-bajo y bajo. Tres colegios son de titularidad pública: Generalitat de Catalunya (A y B), Ayuntamiento de Barcelona (D). El colegio C es de titularidad privada, entidad parroquial que posee concierto pleno.

Tabla 1 Distribución de la población

	Población total	Grupo 1	Grupo 2
	1491	1413	78
Varones	830	783	47
Mujeres	661	630	31
Colegio A	301	278	23
Colegio B	509	489	20
Colegio C	512	491	21
Colegio D	169	155	14

A partir de la definición operacional de caso, se han establecido dos grupos de alumnos: grupo 1: alumnos con graves necesidades educativas; grupo 2: alumnos sin graves necesidades educativas.

La distribución de los alumnos que integran la muestra, por colegios, por sexos y según su grupo de pertenencia, queda reflejada en la tabla 1.

PROCEDIMIENTO

1) Se ha administrado a toda la muestra el Cuestionario "Children's Depression Inventory", C.D.I. (Kovacs 1978, 1983). Se ha utilizado la versión en castellano del cuestionario original, realizada por la Sección de Psicología de la U.A.B., para fines experimentales.

Este cuestionario se ha confirmado, según Domènech y Polaino (1990) como uno de los primeros instrumentos de *screening* para la identificación de niños y adolescentes con alteraciones afectivas, siendo quizás el mejor estudio y más utilizado actualmente, para la autoevaluación de la sintomatología depresiva. Consta de 27 ítems, cada uno de ellos con tres posibles respuestas alternativas que reciben una puntuación de 2, 1 o 0 puntos, según que la respuesta dada por el sujeto indique mayor o menor gravedad del síntoma. La puntuación total equivale a la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila entre 0 y 54 puntos.

La prueba se ha administrado de forma colectiva. Únicamente algunos alumnos con dificultades para realizar el trabajo en grupo, han contestado de forma individual.

2) Se ha realizado la definición operativa de caso: "Alumno con graves necesidades educativas" y se ha dividido la muestra en los dos grupos ya mencionados.

La normativa en nuestro país no establece una clara definición de "Alumno con necesidades educativas espe-

168

Tabla 5 Distribución de frecuencias y porcentajes del cuestionario CDI, según el grupo de pertenencia

Valor CDI	Frecuencia	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje acumulado
0	0	-	5	0,4
1	0	-	19	1,7
2	1	1,3	21	3,2
3	0	-	43	6,2
4	2	3,8	68	11,0
5	4	9,0	68	15,9
6	2	11,5	81	21,6
7	6	19,2	105	29,0
8	7	28,2	82	34,8
9	3	32,1	110	42,6
10	7	41,0	88	48,8
11	5	47,4	100	55,9
12	6	55,1	102	63,1
13	5	61,5	76	68,5
14	2	64,1	75	73,8
15	3	67,9	60	78,1
16	3	71,8	72	83,2
17	3	75,6	44	86,3
18	5	82,1	38	89,0
19	1	83,3	28	90,9
20	3	87,2	35	93,4
21	2	89,7	23	95,0
22	1	91,0	14	96,0
23	2	93,6	11	96,8
24	0	-	9	97,5
25	0	-	11	98,2
26	2	96,2	5	98,6
27	0	-	4	98,9
28	1	97,4	4	99,2
29	0	-	3	99,4
30	1	98,7	3	99,6
31	0	-	2	99,7
32	0	-	0	-
33	0	-	1	99,8
34	0	-	3	100,0
35	1	100,0	0	-

la variancia. Siete factores con valores propios ≥ 1 , explican el 44,8% de la variancia. Puede hablarse por tanto de la multidimensionalidad del instrumento, en nuestra investigación.

Nuestros resultados son parecidos a los encontrados por Ezpeleta (1987), que también detecta siete factores, con valores propios ≥ 1 , agrupando al 43,3% de la variancia. En cambio los resultados son bastante distintos a los encontrados por Hodges y cols. (1983) quienes describen el valor unidimensional del instrumento, en una muestra de sujetos normales escolarizados. Unos resultados mucho más parecidos a los nuestros encuentran Saylor y cols. (1984), que señalan el valor multidimensional del CDI, describiendo ocho factores en una muestra de alumnos de escuela católica.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En nuestra población hemos encontrado una tasa de prevalencia de la sintomatología depresiva para el punto de corte 19, medida a través del cuestionario CDI, mayor en el grupo de alumnos con graves necesidades educativas que en el grupo de alumnos sin necesidades especiales.

Se ha encontrado asimismo una diferencia significativa entre las P.M. de los resultados totales del CDI, entre los dos grupos de alumnos, siendo la P.M. del grupo con necesidades especiales, superior a la de sus compañeros.

Se han encontrado diferencias significativas en los resultados parciales del CDI: en 13 ítems se observa un porcentaje de respuestas menos adaptadas en el grupo 1 que en el grupo 2.

Estos resultados poco alentadores, relativos a un grupo de alumnos integrados en el sistema educativo ordinario, así como otros datos de los que disponemos, relacionados con las estrategias psicopedagógicas utilizadas en estos colegios y por los propios padres, nos indican que debe profundizarse en el análisis y la evaluación de los resultados del proceso de integración en nuestro país, para poder introducir los elementos necesarios que permitan alcanzar la verdadera integración de todos los alumnos en las escuelas ordinarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R*. Barcelona: Masson, 1988.
2. Canals J. *Depresión y desarrollo puberal: Aspectos clínicos y epidemiológicos*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Autónoma Barcelona, 1989.

- 3 Canals J, Domènech E. Síntomas de ansiedad en las depresiones puberales: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1990;17(4):173-181.
- 4 Domènech E. Prevención de la depresión infantil. En: Polaino A. *Las depresiones infantiles*. Madrid, Morata, 1988.
- 5 Domènech E, Polaino A. *Epidemiología de la depresión infantil en España*. Barcelona: Espaxs, 1990.
- 6 Domènech E, Forns MD. Problemas psicopedagógicos y psicopatológicos en niños sometidos a integración escolar. En: Roman JM, García D, eds. *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro, 1990.
- 7 Ezpeleta L. *Instrumentos de evaluación en epidemiología de la depresión infantil*. Tesis doctoral. Departamento Psicología de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona, 1987.
- 8 Finch AJ, Saylor CF, Edwards GL. Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;53:424-425.
- 9 Galí A. *La mesura objectiva del treball escolar* Vic: Eumo, 1984.
- 10 Hodges KK, Siegel LJ, Mullins L, Griffin N. Factor analysis of the Children's Depression Inventory. *Psychological Reports* 1983;53:759-763.
- 11 Kovacs M. *The Children's Depression Inventory*. Trabajo inédito. Universidad de Pittsburgh, 1978.
- 12 Kovacs M. *The Children's Depression Inventory: A self-rate depression scale for school-aged youngsters*. Trabajo inédito. Universidad de Pittsburgh, 1983.
- 13 Kovacs M. *Instructions for the administration of the Children's Depression Inventory*. Trabajo inédito. Universidad de Pittsburgh, 1983.
- 14 Kovacs M. The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin* 1985;21:995-998.
- 15 Mieziotis S, Friedman RJ, Butler L, Bkabchard JP. *Development and evaluation of school-based assessment and treatment approaches for depressed children*. Ontario: The Ontario Institute for Studies in Education, 1978.
- 16 Monreal P. *Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: Análisis de algunos factores individuales y psicosociales*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, 1988.
- 17 Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman MEP. Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986;51:435-442.
- 18 Polaino A, Domènech E, García A, Ezpeleta L. *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata, 1988.
- 19 Polaino A, Domènech E. *La depresión en los niños españoles de 4ª EGB*. Barcelona: Cayfosa, 1988.
- 20 Saylor CF, Finch AJ, Haas C, Saylor CB, Darnell G, Furey W. Children's Depression Inventory: Investigation of procedures and correlates. *Journal of the American Association of Child Psychiatry* 1984;23:626-628.
- 21 Seligman MEP, Peterson C, Kaslow NJ, Tanenbaum RL, Alloy LB, Abramson LY. Attributional style and Depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology* 1984;93:235-238.
- 22 *SPSS-X User's Guide* (2nd ed.) Nueva York: McGraw-Hill, 1986.
- 23 Wechsler D. *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños*. Adaptación española, Madrid: TEA, 1974.
- 24 Wechsler D. *Escala d'intel·ligència de Wechsler per a nens*. Adaptación catalana, Madrid: TEA, 1986.

Tabla 1 Características de los ingresos

	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Diag. Centro</i>	<i>Trat. Centro</i>	<i>Motivo del ingreso</i>
Ingreso programado por la unidad	7	Hembra	313	Terapia	Rechazo alimenticio - Separación familiar
	13	Varón	299	Psicofármacos	Graves trastornos de conducta
	16	Hembra	307	Psicofármacos	Anorexia - Separación familiar
Ingreso por Servicio de urgencias del hospital	8	Varón	299	Psicofármacos	Trastornos de conducta
	11	Varón	299	Psicofármacos	Agitación psicomotriz
	11	Hembra	299	Psicofármacos	Pérdida de conciencia
	13	Hembra	301	Estaba de alta	Intento de suicidio

que únicamente en tres de ellos el ingreso ha sido programado por la Unidad, mientras que en los cuatro restantes, ha sido el Servicio de Urgencias del Hospital quien ha procedido a la hospitalización (Tabla 1).

Al analizar los ingresos programados y las urgencias, observamos que la diferencia entre ambos grupos es evidente pues, mientras en el primer grupo son marcadas las graves alteraciones del núcleo familiar, en el segundo predominan las descompensaciones psicopatológicas del paciente.

Es de señalar que aunque hemos atendido con carácter urgente a 94 pacientes en nuestra Unidad, no hemos tenido necesidad de acudir al ingreso urgente hospitalario en ningún caso.

CONCLUSIÓN

Con lo ya expuesto, podemos deducir que la Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil constituye un recurso sanitario de gran utilidad para afrontar los trastornos psicopatológicos infanto-juveniles, incluso en su fase aguda; no obstante, habiendo observado que en algunos ingresos son muy graves los trastornos de la conducta y/o los trastornos familiares, creemos que sería necesario la existencia de otros recursos asistenciales que nos permitan desde una corta estancia para una separación familiar terapéutica, hasta centros de media-larga estancia para los casos que precisan una atención continuada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson.
- 2 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Ed. Martínez Roca.
- 3 Knobel M. *Psiquiatría Infantil Psicodinámica*. Paidós.
- 4 Ollendick TH, Hersen M. *Psicopatología Infantil*. Martínez Roca.
- 5 OMS (informe de un comité de expertos). *Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño*. Ginebra, 1977.

J. Tomás²
X. Gastaminza¹
A. Bielsa¹

Sucidio y tentativa de suicidio en la infancia y adolescencia

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

Sucide and suicide attempt in childhood and early adolescents

RESUMEN

Hemos realizado una revisión general sobre el suicidio en la infancia y en la adolescencia, junto a una valoración de los aspectos epidemiológicos de intentos de suicidio frustrado en una población de 7-17 años, en una muestra total de 29 casos, al tiempo que se expone qué ideación de método de muerte haría una población normal en relación a la ideación suicida. Se expone sistemática de exploración y pautas terapéuticas a corto y medio plazo.

PALABRAS CLAVE

Suicidio. Ideación de muerte. Adolescencia.

ABSTRACT

This is a general review on childhood and early adolescence suicide, together with a valuation of the epidemiological aspects of frustrated suicide attempts in a population aged between 7-17 years (the sample consisted of 29 cases). At the same time, it is exposed what kind of death method's conception would make a normal population in relationship to the suicidal thinking-out. It is also explained an exploration method and short and half-term therapeutical rules.

KEY WORDS

Suicide. Death's thinking-out. Adolescence.

176 GENERALIDADES

La ideación de muerte y la conducta suicida es la urgencia psiquiátrica más frecuente en la infancia y adolescencia. Muy a menudo el intento de suicidio es banalizado por el entorno, los padres o algunos médicos, poco advertidos de que tal actitud conlleva riesgo.

DEFINICIÓN

El concepto de *conducta suicida* engloba, en la edad preadolescente y adolescente, tanto las ideas de muerte que desencadenan actos de autoagresión como las ideaciones que llevan a la muerte (suicidio conseguido) o a un intento fallido (intento de suicidio), sea cual sea la causa y la forma en que se ha realizado.

Para algunos autores la conducta no suicida con ideación suicida, la ideación suicida con intento de suicidio y el suicidio conseguido, no son más que una línea de un mismo proceso ("continuum") que está relacionado a la presencia de otros factores como son la preocupación por la muerte, la depresión, y la psicopatología, en relación directamente proporcional.

EPIDEMIOLOGÍA

El suicidio es, hoy día, la segunda causa de muerte en la adolescencia/juventud; entre los 10-24 años, en EEUU en el año 1981 se registraron unos 5000, lo que equivale a un índice de 13,1 por 100.000, que contrasta con el 5,2 por 100.000 de 1960, ya que supone un incremento de 2,5 veces, superior. En el año 80 unos 12.000 chicos entre 5-14 años fueron admitidos en hospitalización psiquiátrica secundariamente a conducta suicida, lo que equivale a un 0,8 por 100.000 en EEUU, de la población general. Un tercio de los preadolescentes y adolescentes que ingresan por causas psiquiátricas en medio hospitalario es por intento de suicidio.

El intento de suicidio y el suicidio es más frecuente por encima de los 12 años de edad, en 1981 sólo dos niños menores de esta edad, de los 32 millones de niños de EEUU, realizaron un intento de suicidio; su aparente escasa frecuencia no significa que no pueda verse un suicidio de edad preescolar y para algunos autores, ciertos accidentes traumáticos, intoxicaciones o envenenamientos aparentemente accidentales no son más

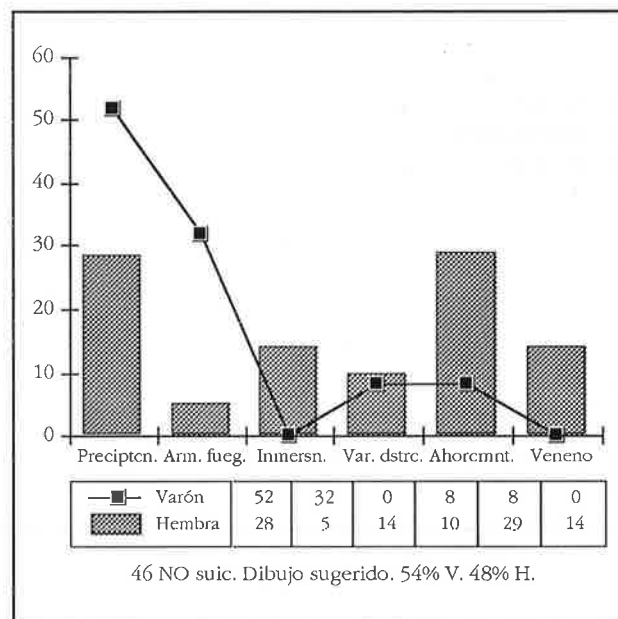


Figura 1. Epidemiología del suicidio.

que suicidios enmascarados, que evidentemente no se registran desde un punto de vista estadístico.

Las chicas cometen más intentos de suicidio que los chicos pero los varones presentan una ratio de suicidio conseguido más elevada (2,3/1). En un estudio de revisión reciente que hemos efectuado sobre los últimos 29 casos atendidos en nuestro servicio de psiquiatría del Vall d'Hebron, la relación hembra/varón en los suicidios no conseguidos es de dos hembras por un varón (relación H/V=2/1), con un 50% de los casos totales asistidos entre 7-17 años, comprendidos entre 12-14 años. Debe señalarse la práctica ausencia de intentos en niñas en edades anteriores a los 11 años en la muestra que hemos analizado (Fig. 2).

No parece que existan variaciones ligadas a los fenómenos estacionales, a pesar del criterio vulgarizado de que en primavera y otoño los suicidios son más frecuentes.

Existe un incremento del índice de suicidios en las últimas décadas, que parece manifiesta a pesar de la escasa fiabilidad que podemos tener en la sistemática de recogida de información de hace unas décadas. En la confusión de las distintas aproximaciones estadísticas sobre los intentos de suicidio y suicidio conseguido parece que el número de recidivas en los últimos 20 años

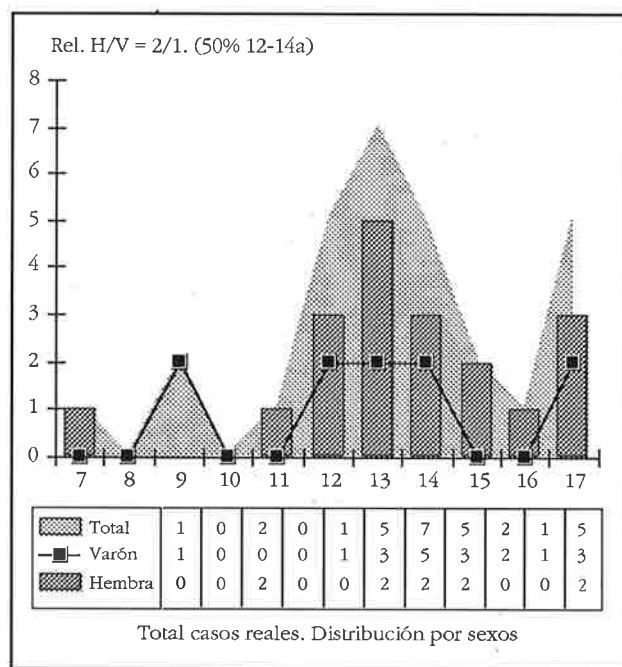


Figura 2. Epidemiología del suicidio. Muestra: 29 (7-17 años de edad)

ha aumentado; pero en cambio, el número de individuos que realiza tentativa de suicidio ha disminuido.

Cada vez es más evidente que el aumento de incidencia de suicidios es generacional y que cada generación de niños y adolescentes aumenta la tasa respecto a la generación anterior.

En nuestra Unidad de Psiquiatría realizamos un ensayo sobre tendencia cultural en población diversa, de selección de método de suicidio, pidiendo a niños y niñas entre 7 y 17 años que nos dibujaran una escena de suicidio, sin mediar otra explicación y suministrando sólo un papel en blanco y un lápiz. La propuesta se hizo a un total de 46 niños no suicidas, afectos de diversos procesos en curso diverso de tratamiento u orientación, sin selección previa y tan sólo en función del azar de orden de asistencia. De estos 46 niños el 54% eran varones y el 64% hembras. La precipitación fue con mucho el método más elegido entre estos niños con la particularidad que las niñas lo seleccionaron la mitad de veces que los niños (relación en precipitación de V/H=2,1), pero curiosamente el ahorcamiento fue seleccionado tres veces más por niñas que por niños (relación V/H= 1/3); en el caso de arma de fuego ocho niños

por una niña escogieron este sistema (relación V/H= 8/1). También nos llamó la atención que ningún varón escogió como método ni el veneno ni tampoco la inmersión, que fueron seleccionados sólo por niñas (Fig.1).El suicidio conseguido entre los adolescentes, utiliza como métodos más frecuentes, por orden de mayor incidencia, los siguientes: monóxido de carbono, ahorcamiento, sobredosis de droga, armas de fuego, ahogo con bolsa de plástico, electrocución, ahogarse en el agua, decapitación.

A través de las notas y mensajes que dejan los suicidas se puede suponer que la razón del suicidio conseguido es en orden de frecuencia causal las siguientes: trastorno afectivo importante reciente, rechazo del compañero/a con el que se tenía una relación sentimental, miedo a los compañeros, determinadas conductas de los padres, sentimientos depresivos, porque sí.

De los suicidios conseguidos, un 46% del total había realizado previamente un intento de suicidio y un 27% del total presentaba una tentativa previa a las últimas 24 horas anteriores al suicidio conseguido. Un 10% de los niños/adolescentes que cometieron suicidio conseguido tenían antecedentes familiares parentales también con suicidio.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. ASPECTOS ANAMNÉSICOS Y PATOBIOGRÁFICOS

La epidemiología ha puesto de manifiesto la importancia en el estudio de los factores de riesgo (signos de alarma) y en la necesidad de realizar medidas preventivas. El cuadro clínico que presentan es semejante al cuadro clínico de la ansiedad postraumática.

Los adolescentes que han practicado una tentativa de suicidio presentan un sistema de mecanismos de defensa con menor eficacia de los sistemas de rechazo, desplazamiento, y anulación contra otros más primarios y más evidentes como la proyección, y la negación.

La tentativa de suicidio es en sí misma una experiencia traumática; en el enfoque de la problemática del paciente hay dos posibles vivencias que se expresarán: a) La tentativa es en sí misma la experiencia traumática que se expresa; b) La tentativa pone de manifiesto la existencia de un traumatismo anterior y no constituye más que un eslabón más, en la agravación de una afección psicopatológica.

182

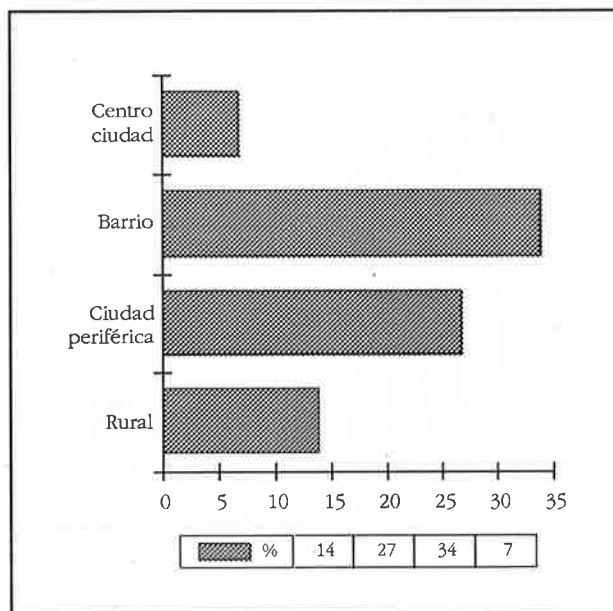


Figura 6. Origen medio social urbano/rural.

- La mayor accesibilidad por parte de la juventud a las armas de fuego, sobre todo en EEUU, con un incremento notable de la muerte por arma de fuego como sistema de suicidio entre los adolescentes suicidas. El estudio estadístico cuidadoso muestra que el incremento en el uso de las armas de fuego también está relacionado con una mayor incidencia de suicidios. Se aprecia en este grupo de adolescentes que utiliza el arma de fuego como medio letal, que también hay un significativo incremento de la tasa de alcohol en sangre en el momento de la muerte, más elevado que en los suicidios que utilizan otros medios. Un control, en la accesibilidad a las armas, y una restricción en la posibilidad de ingerir alcohol revertiría directamente en el descenso de la tasa de suicidio.

- El tercer aspecto que pone de manifiesto la influencia de los factores socioculturales es la existencia del factor imitacional como desencadenante suicidiario; en tal sentido diversos y amplios estudios demuestran la influencia de los medios de comunicación en el incremento del riesgo de suicidio.

La forma en que se trata el tema del suicidio en la adolescencia por los medios de comunicación (media), tanto hacia el adolescente como hacia los adultos, favorece la incidencia del suicidio imitativo. Ciertos

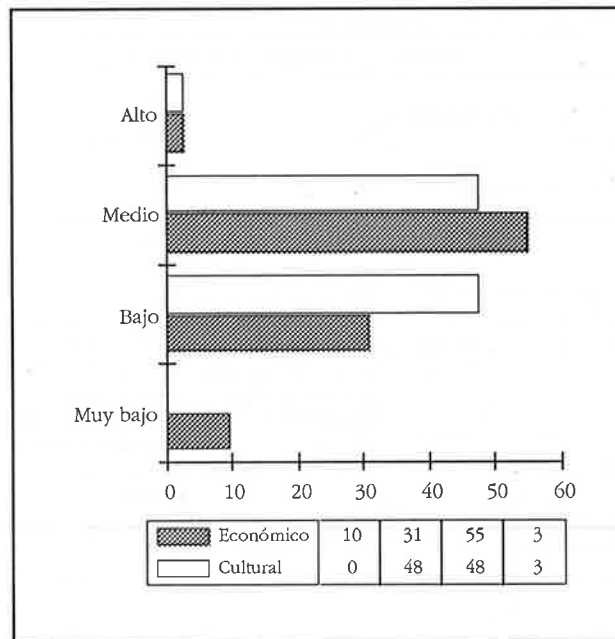


Figura 7. Factores socioeconómicos/culturales.

estudios muestran que la incidencia de intentos y suicidios aumenta en un 2,9% durante los siete días siguientes a cada film, historia o reportaje sobre suicidio. Este incremento sólo es visible en adolescentes mayores y no en otros grupos de edad y con marcada incidencia comparativamente entre las chicas.

En nuestra muestra de 29 casos nos encontramos que el 90% de los pacientes era de origen autóctono, sólo un 10% eran inmigrantes (Fig. 5). El 61% residía en un barrio periférico o en ciudades limítrofes de tipo dormitorio o suburbial, mientras que sólo un 7% procedía del centro de la ciudad y un 14% presentaba un origen claramente rural (Fig. 6).

Desde un punto de vista ambiental sólo se apreciaba la existencia de práctica religiosa de cualquier credo en un 20%, declarándose el 52% no practicante o de creencias irrelevantes.

Un 40% de los padres y un 20% de las madres eran asalariados y un 24% de los padres y un 17% de las madres ejercían profesiones independientes. Sólo se dedicaban a sus labores un 41% de las madres, y el índice de paro parenteral se situaba en un 3%, datos que parecen relevantes para sugerir el potencial tiempo disponible de los padres para el diálogo y la atención, hacia el adolescente.

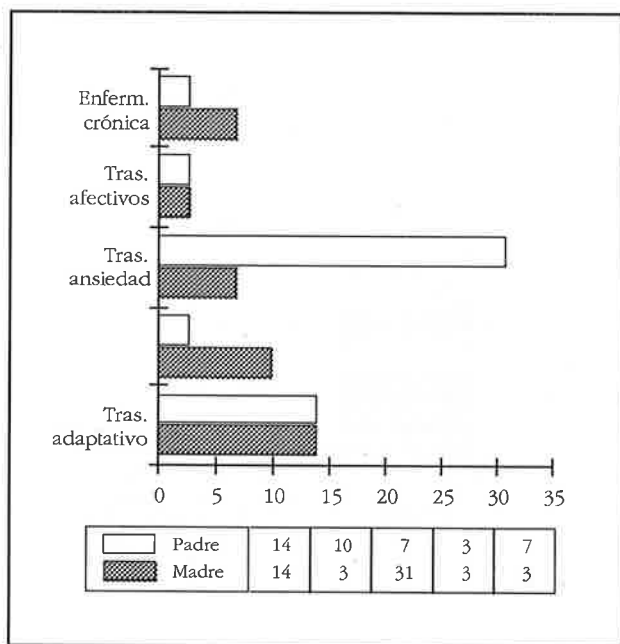


Figura 8. Antecedentes familiares de los padres.

En la figura 7 se recogen los factores socioeconómicos/culturales de nuestra muestra.

En un 45% de los casos la preferencia afectiva del paciente era hacia la madre; en un 20% el adolescente no convivía con sus padres naturales, en el sentido de pervivencia de pareja parenteral completa. Un 45% estaban sometidos a conflictos frecuentes en la convivencia familiar o bien en un 20% esta convivencia era totalmente insatisfactoria.

EXAMEN DEL PACIENTE

Ante todo es muy interesante que intentemos crear una alianza relacional con el paciente y procurar que de ningún modo se nos vea como si fuéramos agentes de la sociedad o bien de la familia. Toda actitud de censura se evitará. Debemos ayudarle a que exponga sus problemas y lo que le preocupa, que quizás no ha explicado a otros, asegurándole nuestra complicidad y respeto a su intimidad al tiempo que nuestro deseo de ayudarle. Cuando presentan actitudes asociadas de tipo agresivo o antisocial, esta conducta es todavía más necesaria e importante.

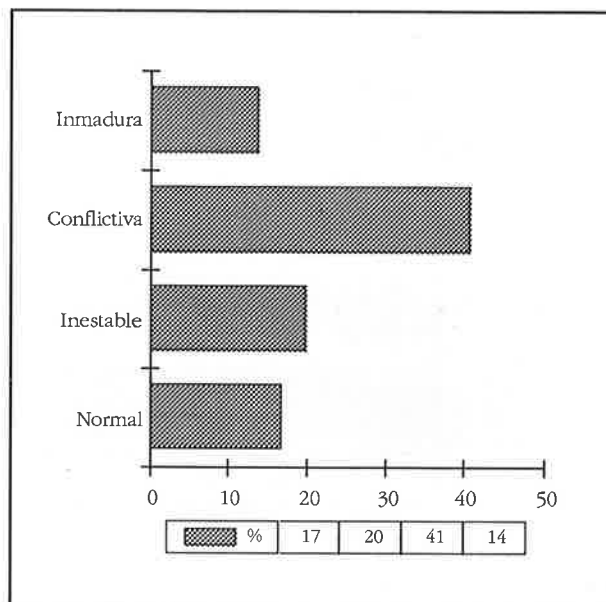


Figura 9. Estructura familiar.

La alianza entre el paciente y el clínico se produce si:
a) Se muestra una actitud de interés, y se le escucha de forma especialmente cuidadosa, atendiendo tanto el contenido manifiesto del discurso (lo que se expresa) como el contenido latente (aquello que no se dice pero se da a entender), b) Viendo al paciente antes que a los familiares, adoptando una actitud de tomar su partido, y estar a su favor con actitud de complicidad, y solicitando a continuación su permiso, sobre el bien entendido de nuestro silencio sobre su intimidad, para hablar con sus padres.

Debe valorarse el estado de humor y cuáles son sus reacciones afectivas, así como la coherencia con el contenido de los pensamientos que expresa. Preguntaremos sobre la existencia de pérdida o separación de figuras queridas o necesarias afectivamente. También sin tapujos ni rodeos se le inquirirá sobre la seriedad del intento de suicidio, la existencia de voluntad de matarse y hasta qué punto sigue planeándolo todavía en este momento. Debemos aclarar, también, cuáles son los valores que presenta la vida para él y qué sentido tiene vivir. Es necesario explorar los sentimientos de autoestima presentes.

En las figuras 11 a 16 se muestran distintas características evolutivas y de la exploración de los 29 pacientes de que consta nuestra muestra.

192

La tartamudez es definida por la CIE 10 de la OMS⁽¹¹⁾, como un trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras y/o por paros frecuentes, dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Este concepto es similar al del DSM-III-R⁽⁵⁾ y al de Perelló⁽¹²⁾, quien incluye el síntoma asociado de angustia y/o logofobia en la disfemia.

Fiedler⁽¹³⁾ distingue dos tipos de tartamudez: tónica y clónica. La tartamudez tónica se define por espasmos relativamente prolongados de la musculatura de la fonación. (.p..p.palo) y la tartamudez clónica se caracteriza por contracciones más breves de la musculatura vocal, que se suceden rápidamente. (pa.pa.palo). La tartamudez que tiene ambos tipos de síntomas, se denomina tónico-clónica o mixta.

En cuanto al diagnóstico diferencial, conviene distinguir la disfemia de dos entidades que pueden dar lugar a confusión, como la taquifemia o la disartria. La taquifemia, también denominada lenguaje confuso⁽⁵⁾ y farfuleo⁽¹¹⁾, es un trastorno de la fluidez verbal que afecta a la frecuencia y al ritmo del lenguaje y que se caracteriza por su rapidez y escasez de inteligibilidad. Se diferencia de la tartamudez por su mayor rapidez, menos repeticiones o indecisiones, mejora de la dicción en situaciones de sobrecarga y empeoramiento con escasa responsabilidad en la comunicación. Leen mejor un texto desconocido que conocido, no existe miedo a determinados sonidos y la conciencia de la alteración falta casi siempre. En la tartamudez ocurre lo contrario en los aspectos mencionados, aunque puede darse junto a la taquifemia.

La disartria se traduce en dificultades de expresión del lenguaje debidas a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundarios a lesiones del sistema nervioso⁽¹²⁾. La disfemia se diferencia en que la dicción defectuosa no es constante a través de las diferentes situaciones y no está relacionada con alteraciones lesionales como la disartria.

El tartamudeo también debe diferenciarse de los tics, que sólo son fenómenos acompañantes y de otros trastornos neurológicos que producen disartrias en el habla⁽¹¹⁾.

ORÍGEN DE LA TARTAMUDEZ

Aunque puede originarse por otros conceptos, momentos evolutivos y/o circunstancias vitales, en el presen-

te artículo sólo nos interesa comentar la etiología más frecuente de la tartamudez funcional, puesto que sólo ante tal evento, aplicaremos los principios o pautas que posteriormente definiremos sobre la prevención secundaria.

La explicación etiológica comienza con observaciones como las de Froeschels⁽¹⁴⁾, Fiedler⁽¹³⁾ o Andrew-Harris⁽¹⁵⁾, quienes aluden a una tartamudez fisiológica o evolutiva, que ocurre en torno a los 30 meses en un amplio porcentaje de niños, que Froeschels⁽¹⁴⁾ fija en el 70% coincidente con un período de aprendizaje y desarrollo del lenguaje. Los síntomas son similares a los descritos en la tartamudez, a modo de repeticiones de sonidos, sílabas o vocablos, que suelen extinguirse o desaparecer en condiciones favorables en muchos de esos niños.

Cuando las condiciones sociofamiliares son menos favorables, estamos ante el origen más frecuente de la disfemia y es el momento en que algunos padres comienzan a obsesionarse con el lenguaje de sus hijos y a presionarles para que consigan una dicción correcta y/o una fluidez que el niño no puede lograr. En estas circunstancias el niño comienza a tomar "conciencia" de que el lenguaje es algo complicado y se inicia en una cierta ansiedad ante el mismo, intentando hacer voluntario, algo que por naturaleza es automático.

Si intentáramos hacer de forma totalmente voluntaria, cada uno de los complejos movimientos fonatorios que necesitamos para hablar, seguramente tartamudearíamos.

Entre los autores que apoyan esta hipótesis tenemos a Johnson W.⁽¹³⁾ con su teoría diagnosogénica, quien afirma que "la disfemia surge con su diagnóstico y sólo después de él". De este autor es la frase de que "el tartamudeo comienza en el oído del padre, no en la boca del niño". Otros autores aluden a que "los padres enseñan a tartamudear". Cuando la familia se da cuenta y "diagnostica" el tartamudeo, comienzan las críticas por la dicción defectuosa, las comparaciones, el colocarlo en situaciones sociales comprometidas y la insistencia en que hable bien, se tranquilice o articule de determinada forma. Todo ello con expresión angustiada. A través de estos medios el niño toma conciencia de sus disfluencias, siente ansiedad y como refiere Fisch-Weckland-Segal⁽¹⁴⁾, intenta contrarrestar algo que por naturaleza funciona por sí mismo, fortaleciendo el proceso disfémico.

Viktor E. Frankl⁽¹⁵⁾, explica un fenómeno similar a través de la intención paradójica, refiriéndose al hecho de que "la hiperintención estorba aquello que se desea". Paradójicamente los intentos del niño por hablar bien, aumentan el número de bloqueos.

Sintetizaremos la evolución posterior de la tartamudez, bajo los auspicios de la influencia interactiva de factores fisiológicos conductuales y cognitivos, que pueden favorecer, en grado variable, el establecimiento y mantenimiento del problema. La cada vez más clara "toma de conciencia" del patrón de tartamudeo va originando más ansiedad en el niño, incremento de la tensión electromiográfica de los músculos fonatorios y estrés ante circunstancias de dicción.

Llegados a este punto dejamos constancia de las opiniones de algunos autores como Friedman⁽⁶⁾ al definir que "la tartamudez es la desconfianza básica de una persona en su propia capacidad como hablante"; mientras que Bloch⁽¹³⁾ indica que la disfemia es todo aquello que el tartamudo hace por evitar la tartamudez y Santacreu⁽¹⁷⁾ precisa que llegamos a la instauración de la disfemia, cuando los niños ponen en marcha mecanismos para no tartamudear, incrementando el número de bloqueos. Santacreu refiere que entre estos mecanismos tendríamos el decir muchas palabras sin pararse, inspirar al hablar, hacer fuerza con los músculos fonatorios y/o tomar carrerilla repitiendo las sílabas o palabras anteriores a la anunciada e hipotética disfluencia.

En el establecimiento y mantenimiento del problema, no podemos dejar de reseñar, en posición interactiva, a las variables cognitivas. Así A. Rodríguez y Mark Beyebach⁽¹⁸⁾, refieren que el tartamudo elabora bajas metas de fluidez verbal, evitando determinadas situaciones y generando expectativas de ineficacia e incontrolabilidad sobre el habla, con un estilo de procesamiento selectivo.

Finalmente la tartamudez va extendiéndose, condicionándose y generalizándose, cada vez a más situaciones, como el teléfono, desconocidos, magnetófonos, instituciones oficiales, etc., así como a todo aquello que signifique responsabilidad en el habla y obligatoriedad en la comunicación.

Sheehan⁽¹⁹⁾ se aproxima a este último concepto cuando refiere que el tartamudo sólo tiene problemas, cuando teme comprometer su "sí mismo".

Cuando la tartamudez se ha consolidado claramente y ha llegado a los puntos especificados con anterioridad, requiere el tratamiento específico por un profesional especialista del lenguaje, que frecuentemente es costoso en tiempo y dedicación. Todo ello es mucho más sencillo si abordamos el fenómeno de la tartamudez en su origen y con ello entramos en la prevención secundaria de la tartamudez.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA TARTAMUDEZ

193

Uno de los factores prioritarios en cualquier acción de salud es el evitar que la enfermedad aparezca, poniendo los medios para que no se inicie (prevención primaria) o tratar de atajarlas en sus momentos iniciales (prevención secundaria).

Nuestro modelo propugna el intervenir cuando el problema se encuentra en sus momentos iniciales, a los que hemos denominado tartamudez del desarrollo, fisiológica o evolutiva.

Se trata de educar a los padres en un conjunto de pautas que implican conceptos como el modelado, la extinción y el refuerzo, favoreciendo su acción como coterapeutas según el modelo de competencia.

Uno de los objetivos más importantes es que el niño no adquiera conciencia del patrón de habla irregular, por lo que la información terapéutica se impartirá en ausencia del niño, aunque podemos modelar posteriormente la intervención en presencia de la familia.

Las pautas de actuación deberán ser conocidas por el entorno sociofamiliar de "adultos" próximo al chico, para evitar acciones contradictorias y se realizarán, concretamente, con niños con tartamudez evolutiva, menores de cinco años y sin clara conciencia de las disfluencias.

Las sesiones de seguimiento son importantes, para contrastar los resultados y atender a aquellos casos "mínimos" en los que la evolución no fuera positiva, quienes deberán ser atendidos por un profesional especialista. Deberemos alentar a la familia para que sigan las pautas de actuación con tranquilidad, incluso ante las pequeñas recaídas, que sólo empiezan a ser preocupantes en niños con clara conciencia del tartamudeo y que siguen la evolución del establecimiento y mantenimiento de la disfemia, comentada en el apartado dedicado a etiología.

Comentaremos inicialmente lo que no debe hacer la familia y posteriormente aquello que sería deseable realizar.

Lo que debemos evitar

- Criticar su forma de hablar o castigarlo por no hacerlo correctamente.
- Interrumpirle cuando tiene disfluencias o terminarle las palabras.

EN BUSCA DE UNA BRÚJULA PARA LOS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

Estimado Director:

En los últimos años el Trastorno Hiperactivo (TH) ha superado algunas de sus dificultades de definición y validación; pero en la clínica aún ofrece serios problemas para la clasificación y el diagnóstico diferencial.

Tales problemas son de diversa índole: por una parte la ambigüedad de la definición, y el subjetivismo de los conceptos hiperactividad, hipoatención e impulsividad son evidentes; aunque vienen siendo paliados por la existencia de criterios que tratan de aportar concreción y homogeneidad de perspectiva. En segundo lugar existen incertidumbres cuantitativas y cualitativas. Las primeras se refieren a la falta de "grado a cumplir" para que en un niño llegue a ser considerado como caso dentro de la dimensión leve-severo en que aparece el TH; las segundas a la falta de demostración de especificidad de los conceptos nucleares del TH. Así Halperin y cols. han puesto de manifiesto que, mientras que la hipoatención y la impulsividad no diferencian a los niños hiperactivos de otros trastornos emocionales y del comportamiento, la hiperactividad sí puede ser considerada como el indicador específico que diferencia a estos niños de otros pacientes psiquiátricos y de los normales, al menos cuando se mide a través del CPT y de escalas de profesores.

En contraste con estos hallazgos, Cantwell y Baker insisten en la legitimidad empírica y práctica de un Trastorno por Déficit de Atención más bien puro y un T. por Déficit de Atención con Hiperactividad, con la salvedad de reconocer en el primero una notable frecuencia de diagnósticos relacionados con la ansiedad, el desarrollo y la adaptación.

Otra dificultad, parcialmente relacionada con las anteriores, se encuentra en la más que presumible existencia de subtipos de TH y la presencia de cuadros comórbidos de TH con otros trastornos.

Por todo ello ni la evolución de los niños que padecen el trastorno es equiparable, ni el proceso nosológico y clínico queda completo con el diagnóstico único, o principal, de TH. Además existe un riesgo importante de errar en el diagnóstico de niños que, teniendo problemas de atención, merecen uno diferente al de TH, con lo que ello repercute en un tratamiento ajustado al problema fundamental e induce a juicios evolutivos basados en errores diagnósticos.

Sin pretender compararlo con el de otros trastornos, el proceso diagnóstico del TH es amplio, complejo, y en ocasiones escasamente documentado. Lo que nos hace evidentes las siguientes necesidades: 1) Enriquecer las perspectivas necesarias para un ajustado diagnóstico individual, 2) Favorecer las semejanzas en los procesos de diagnóstico entre distintos profesionales, 3) Promover la discusión sobre el mismo para

conseguir unos conocimientos rigurosos. Para satisfacerlas se necesita la orientación de un protocolo o unas Directrices para el Proceso Diagnóstico del TH.

La Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil cuenta con las personas capacitadas para generar tales directrices, que son los miembros de su Comité Científico. Esta revista permitiría su difusión y fomentaría su sosegada discusión. Nuestra propuesta no se debe a un capricho exótico, sino a la necesidad de superar una inquietante sensación de orfandad y falta de rigor que puede afectarnos cuando abordamos estos casos.

Como borrador ofrecemos el documento anexo que es el que venimos utilizando en algunos de nuestros equipos. Está diseñado a partir de diversas fuentes, siendo una de las principales los Parámetros Prácticos para la Valoración y el Tratamiento del TH (AACAP 1991). En él hemos intentado dejar reflejados los pasos básicos que permiten un proceso diagnóstico completo y discriminativo, con la menor interferencia posible sobre el estilo o la formación teórica individuales, y que respondan a la intención de homogeneizar datos y criterios.

P. Rodríguez Ramos. Madrid
E. Asenjo Rodríguez. Madrid
J.M. Arena de la Mora. Madrid
L. Sordo Sordo. Ciudad Real
P. de Bernardo Barrio. Ciudad Real

- 1 AACAP Official Action. Practice parameters for the assessment and treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:3.
- 2 Cantwell DP, Baker L. Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity: A review and comparison of matched groups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:432-438.
- 3 Halperin JM, Matier K, Bedi G, Sharma V, Newcorn JH. Specificity of Inattention, Impulsivity and Hyperactivity to the diagnosis of Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(2):190-196.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO HIPERCINÉTICO

A. EVALUACIÓN INICIAL

I. ENTREVISTA CON LOS PADRES

1. Historia del trastorno

Edad de comienzo. Curso. Situaciones en que está presente o ausente. Criterios diagnósticos que cumple en CIE-10 o en DSM-III-R.

2. Historia médica y evolución

Especial énfasis en la situación educativa, visión y audición, hipertiroidismo, enfermedades neurológicas y uso frecuente de medicaciones-antihistamínicos, antiasmáticos, fenobarbital, esteroides.

3. *Valoración de situaciones familiares estresantes*

Conflicto entre padres, cambios de domicilio, tipos de educación y castigos.

4. *Antecedentes familiares*

Trastorno hipercinético, tics, alcoholismo, trastornos de personalidad.

II. *ENTREVISTA CON EL NIÑO-A*

1. *Exploración médica.*

2. *Perspectiva subjetiva de su trastorno.*

Cuál es su lista de síntomas y qué explicación les da.

3. *Exploración psicopatológica.*

Humor, autoestima, sentimientos sobre su situación en casa y en el colegio, amistades.

4. *¿Identifica factores de estrés en casa o en el colegio?*

5. *Valoración de síntomas durante la entrevista.*

III. *INFORMACIÓN DEL COLEGIO*

Obtenerla directamente de las personas adecuadas, con anotación inmediata de la fuente, o informe escrito sobre funcionamiento general, comportamiento, rendimiento, relación con profesores y compañeros.

B. EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA

I. *CUESTIONARIO O ESCALAS ESPECÍFICOS*

Padres, profesores, niño/a.

II. *ESTUDIOS PSICOLÓGICOS*

Capacidad intelectual. Nivel pedagógico. Desarrollo grafomotor y de lenguaje. Autoestima.

III. *CONSIDERAR*

- Estrés biopsicosociales.
- Problemas de relación en casa o con amigos.
- Problemas escolares (rendimiento, exigencia)
- Factores ambientales: negligencia o malos tratos en la educación. Enfermedad mental de padres, Neurotóxicos (intoxicación crónica por plomo).

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Puede tratarse de diagnósticos asociados (*) o incompatibles (**).

I. *TRASTORNOS DEL DESARROLLO*

1. *Trastorno profundo o generalizado del desarrollo (**).*
2. *Trastornos específicos del desarrollo (*).*
3. *Retraso mental (*).*

II. *TRASTORNO DEL INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA*

1. *Trastorno de conducta (*).*
2. *Trastorno oposicionista (*).*
3. *Trastorno por tics, incluyendo Tourette (*).*
4. *Trastorno del vínculo tipo desinhibido (**).*

III. *OTROS TRASTORNOS MENTALES*

1. *Trastorno esquizofrénico (**).*
2. *Trastornos del humor (*) o (**).*
3. *Trastornos por ansiedad (*) o (**).*
4. *Trastornos de personalidad (*).*
5. *Trastornos por abuso de sustancias (*) o (**).*

IV. *PROBLEMA SECUNDARIO A TRASTORNOS ORGÁNICOS*

1. *Epilepsia, incluidas ausencias.*
2. *Migraña.*
3. *Hipertiroidismo.*
4. *Efectos iatrogénicos.*

A. Bonals Pi, Zaragoza.

Niña de 11 años y siete meses que viene a la consulta acompañada de su madre por presentar un *cuadro de mutismo*: sólo habla en la escuela.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Tiene dos hermanos: una niña de 13 años y un varón de nueve. El padre tiene 47 años y es agricultor (no estuvo presente en la primera entrevista porque viven en un pueblo del Pirineo a cuatro horas de viaje y no pueden dejar a los otros hijos solos con los abuelos paternos que son muy ancianos y conviven con la familia). La madre tiene 48 años, es una persona muy trabajadora y dispuesta; antes de casarse trabajaba de empleada de hogar, siendo muy eficiente y bien considerada. Actualmente se ve desbordada por la circunstancia de cuidar a los suegros a los que no pueden dejar solos en ningún momento. Su marido es un buen padre y esposo que deja las responsabilidades y decisiones del hogar en manos de su mujer, pero que colabora todo lo que puede. El nivel socioeconómico de la familia es medio.

ANTECEDENTES PERSONALES

El embarazo, el parto y el desarrollo psicomotor fueron normales, aunque apreciaron cierto retraso en la adquisición del lenguaje. Hasta los nueve meses apenas la sacaban de la cuna, pero a partir de esa edad, se ha mostrado más movida que los otros hermanos. De pequeña le gustaba mucho estar en casa con su madre. Ha tenido "manías" como llevar un puñado de lapiceros en la mano, tener siempre sus cosas muy ordenadas y no podía soportar que la interrumpieran en el juego o en el trabajo, no dejándolo hasta que terminaba (esto ha sido causa de frecuentes rabietas). Siempre había sido una niña muy alegre, movida y especialmente habladora "le solíamos decir que se callase, que nos volvía locos con tanto hablar". Empezó la escolaridad a los tres años y le costó mucho adaptarse, pero no hubo problemas de aprendizaje; cursa 6º de EGB y hasta ahora con buen rendimiento.

CLÍNICA ACTUAL

Hace aproximadamente dos años, empezó con una tos muy persistente que, según el médico de cabecera, era psicológica porque no respondió a ningún tratamiento sintomático y la exploración no evidenciaba signos patológicos; al mismo tiempo tenía fuertes cefaleas y no quería salir de casa. Estuvo casi tres meses sin ir al colegio, estaba triste

y parecía "algo parada". Se descartó el problema oftalmológico y sinusitis. La tos fue resolviéndose espontáneamente, pero la familia estaba muy pendiente de ella "que ya empieza a toser, que otra vez está igual". Reinició la escuela, cedieron las cefaleas y hace un año dejó de hablar en casa, en la calle y en todas las situaciones excepto en la escuela, donde habla en tono más bajo si se dirigen expresamente a ella, y sólo lo imprescindible. No saben en qué momento empezó el mutismo ni lo relacionan con nada. Ahora no está parada ni triste, pero tiene mal genio y con sus hermanos está agresiva, "no tolera las bromas". Duerme bien y come bien. Quiere vestirse igual que su hermana y en este sentido ha hecho prevalecer su idea, aunque últimamente consiente pequeñas diferencias en las prendas. Suele estar mucho en la calle jugando, aunque no habla, y cuando llega a casa hace los deberes escolares, cena y se acuesta. La madre piensa que cuando se le habla se pone nerviosa.

ENTREVISTA PERSONAL

No es posible llevarla a cabo porque no nos habla. Iniciamos el contacto con la niña mediante dibujos, la contestación de cuestionarios escritos, tests psicométricos autoaplicados, etc.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Test de matrices progresivas de Raven. Se sitúa en el centil 45. *WISC.* En la escala manipulativa obtiene una puntuación de 86; cuando fue posible aplicar la escala verbal puntuó 97, con un total de la escala de 91.

Cuestionario de depresión CDS. Obtiene una puntuación total depresiva que la sitúa en el centil 15.

Cuestionario de personalidad EPQ-J. Neuroticismo: centil 10; extraversión: centil 40; dureza afectiva: centil 50; sinceridad: centil 90 y conducta antisocial: centil 15.

Cuestionario de adaptación de Bell. Adaptación familiar: normal; a la salud: buena; social: normal; emocional: excelente y total: buena.

Dibujos: test de la casa y la familia de Corman, pone de manifiesto deseos de evasión, llamativa extraversión y necesidad de autoafirmación.

Cuando fue posible aplicar tests verbales:

TAT. En las historias las figuras paternas son modelos a imitar con comportamientos firmes que infunden seguridad; la rivalidad entre hermanos es clara. En todas las láminas refleja gran optimismo.

Test de Bebn-Rorschach. Capacidad intelectual normal, buen sentido de la realidad y una afectividad estabilizada y equilibrada sin signos evidentes de depresión ni de neurosis.

**DIAGNÓSTICO (según CIE-10: mutismo selectivo).
F94.0**

Pautas para el diagnóstico. El diagnóstico presupone:

- Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social.
- Presencia demostrable de que el enfermo puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente en algunas situaciones concretas.

Excluye

Mutismo transitorio que forma parte de una ansiedad de separación en la primera infancia. F93.0.

Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. F80.

Esquizofrenia. F20.

Según DSM-III-R mutismo selectivo. 313.23.

Diagnóstico diferencial. Negativa a hablar en niños de familias que han emigrado a países de diferente idioma, retraso mental intenso o profundo, trastornos profundos del desarrollo, trastornos del desarrollo en el lenguaje, depresión mayor, trastorno por evitación en la infancia o en la adolescencia, trastorno por ansiedad excesiva, negativismo, fobia social.

Criterios para el diagnóstico

- Negativa persistencia a hablar en casi todas las situaciones sociales, incluido el colegio.
- Capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado.
- Todo ello no es debido a otro trastorno somático o mental.

TRATAMIENTO

Después de dos entrevistas se decide aislar de la familia a la paciente, ingresando en el Servicio de Pediatría. Los primeros días está indiferente y no habla con nadie. Todos los días

tenemos una sesión con ella durante la cual realiza dibujos muy alegres con historias siempre de final feliz. A los cinco días de su ingreso se comunica por escrito con el personal de la planta y le han oído alguna palabra. El noveno día se angustia y dice por escrito que quiere ir a su casa. Le dicen que vendrá su familia a verla por la tarde si promete que hablará con ellos; ella está de acuerdo, pero la decisión última la tiene el Psiquiatra, y al consultamos en presencia de la niña, le proponemos hacer un test verbal para demostrarnos que está dispuesta a colaborar. Aplicamos información y comprensión verbal del WISC y por la tarde viene a verla una tía que vive en la ciudad. El fin de semana está con su madre en casa de los tíos, pero vuelve el lunes al hospital. Durante la semana vienen a verla sus hermanos, sus padres y sus tíos y hace los tests verbales. En el Servicio de Pediatría habla siempre que es necesario, aunque no espontáneamente, si no es para pedir algo. A pesar de que va hablando con normalidad está bastante inhibida, casi no juega y sale poco de la habitación cuando no está su familia.

Se inicia tratamiento con Sulpiride a dosis de 75 mg/día y a los 20 días de su ingreso se da alta.

En los controles sucesivos (que han sido esporádicos por las circunstancias familiares y la distancia) la madre nos dice que está muy "abierta y despierta", habla espontáneamente, cuenta cosas del colegio y bromea con los hermanos. A los dos meses de iniciar el tratamiento psicofarmacológico, entra en la consulta y espontáneamente dice que va a hacer un cursillo de esquí, que está contenta porque la evaluación le ha ido bien, pero en ningún momento hace crítica del síntoma. Hemos seguido el control durante seis meses más y en el último nos comenta que ha tenido la menarquía, que ha terminado 6º curso y ha suspendido matemáticas y sociales; durante el verano le ayudará a prepararlas una profesora.

LOS ABANDONOS EN LA PSICOTERAPIA

En la psicoterapia un problema importante son los abandonos, problema planteado no sólo en la psicoterapia (individual y de grupo) sino en otras modalidades de tratamiento en Psiquiatría (como paidoterapia, tratamiento de adolescentes, o farmacoterapia). Abandonos que pueden: herir la moral de los jóvenes psiquiatras en formación, o suponer para algunos pacientes el desaprovechamiento del completo beneficio potencial del tratamiento, o plantearse con una experiencia clínica sugerente de una posible importante mejora.

El desarrollo de las terapias breves, con períodos de tiempo de tratamiento más corto que las terapias tradicionales de larga duración, no ha resuelto los abandonos. Así hay algún trabajo que señala índices de abandonos, en terapias breves, de hasta el 50% (Persons y cols. 1988). Y en Centros de Salud Mental Comunitaria se presenta una asistencia promedio de seis a ocho sesiones (Garfield, 1986).

En este sentido se han estudiado diversas variables como posibles predictores del abandono. Algunas que no se presentan en relación con la finalización prematura son: la edad, el sexo, el diagnóstico psiquiátrico. Otras han sido estudiadas con resultados inconsistentes: terapeuta y paciente de raza semejante, variables del MMPI, motivación del paciente, siendo la clase social un predictor consistente de la continuación de la terapia: los pacientes de clases sociales inferiores tienden a utilizar la terapia menos sesiones. En la literatura se han señalado otras variables en relación con el abandono: presencia de un trastorno de personalidad, pobres niveles de funcionamiento interpersonal (y/o pocos amigos íntimos), expectativas negativas, o capacidad de introspección, entre otras ⁽¹⁾.

Con una elaborada metodología, Beckham se propuso identificar las características de los abandonos en una Consulta de Salud Mental. Estudiando cuatro variables primarias como predictoras: las actitudes del paciente sobre la naturaleza de su trastorno psicopatológico y la psicoterapia, las dificultades prácticas encontradas por el paciente para acudir a tratamiento, el punto de vista del paciente sobre la capacidad del terapeuta para relacionarse con el paciente, y la clase social (o mejor, el nivel educativo).

Con una muestra inicial de 93 pacientes (33 hombres y 60 mujeres) de 18 a 65 años (edad media de 35,06), 31 cumplieron los criterios de abandono, 34 reunieron criterios continuación de la terapia y el resto, por diversas razones, no pudieron ser catalogados en uno u otro grupo. Participando, por otra parte, 14 terapeutas de diferentes orientaciones (cognoscitiva, psicodinámica, sistémica y biológica), de una edad media de 33,4 años.

Encontrando que sólo una de las cuatro, *a priori*, variables predecía el abandono prematuro: la impresión inicial negativa del paciente, o sea, que la relación inicial entre el terapeuta

y el paciente está claramente relacionada con el proceso de decisión de continuar el tratamiento. Indicando que un mayor esfuerzo por el terapeuta en establecer una buena relación al inicio habría evitado algunos de los abandonos de este estudio.

El nivel educativo, la congruencia de las actitudes del paciente con el modelo médico de enfermedad mental, y los problemas prácticos previstos no fueron predictores. Sin embargo, después de finalizada la terapia, los abandonos eran más proclives, a atribuir su terminación prematura a problemas prácticos.

Un análisis *a posteriori* reveló que los fallos y cancelaciones en las semanas iniciales de tratamiento eran altamente predictivas de los abandonos.

Trabajo que plantea a este lector la cuestión de: ¿y todo ello no recuerda la experiencia clínica terapéutica general cotidiana? ¿No sería aplicable también al cumplimiento y al abandono de la terapia farmacológica?

Beckham EE. Predicting Patient Dropout in Psychotherapy. *Psychotherapy* 1992;29:177-182.

Por otra parte, en el mismo número de la revista del artículo reseñado, se pueden encontrar otros trabajos sobre el mismo tema: en la terapia de grupo ⁽²⁾, desde la perspectiva psicoanalítica ⁽³⁾ y con el estudio de un caso ⁽³⁾.

1 MacCallum M. y cols. Dropping out from Short-term Group Therapy. *Psychotherapy* 1992;29:206-215.

2 Van Denburg TF, Van Derburg EJ. Premature Termination in Midst of Psychotherapy: three Psychoanalytic Perspectives. *Psychotherapy* 1992; 29:183-190.

3 Strupp HH y cols. Jack M.: A Case of premature Termination. *Psychotherapy* 1992;29:191-205.

LITIO EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN COMORBILIDAD CON DEPENDENCIA DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Hace tiempo comentábamos la impresión de un giro, con el incremento de los trabajos de investigación referidos a la psicofarmacología infanto-juvenil, en concreto en la Revista de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ⁽¹⁾. Tema, hasta la fecha, desarrollado en forma insuficiente y dependiente por diversas varias razones (éticas, legales, económicas,...). En esta situación la aparición de trabajos pioneros puede valorarse como un indicativo de madurez de la psicofarmacología infanto-juvenil. Éste sería el caso del trabajo de Geller y cols. (1992) ⁽²⁾.

En efecto, Geller y cols. presentan los resultados iniciales de un estudio de la eficacia del litio en adolescentes afectados de trastorno bipolar y de trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas. Estudio doble ciego placebo-control

aleatorizado, con una proyectada duración de cinco años. Es el primer trabajo, existente, de la utilización del litio en adolescentes con dependencia de sustancias psicoactivas, y el primero (considerando todos los grupos de edades) doble ciego placebo-control específicamente para el doble diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas.

Señalando un doble objetivo en la publicación de los resultados iniciales: animar a otros investigadores a participar en la investigación en este campo y concienciar a los clínicos que los adolescentes presentando uno u otro trastorno pueden tener también el otro.

La litemia se fijó en el rango 0,9-1,3 mEq/l, correspondiendo a una dosificación en el rango 300-2400 mg/d de litio, administrado fraccionado cada 12 h, sin presentarse efectos secundarios significativos.

La muestra corresponde a jóvenes entre 12 y 18 años. siendo en estos primeros casos reunidos, sus principales

características las siguientes: presentar, crónicamente, ambos trastornos (con dependencia de alcohol y de marihuana, y abuso de politóxicos) con afectación severa de múltiples áreas de su funcionamiento, e importantes antecedentes familiares de ambos trastornos (afectivos y drogodependencias).

Revelando, estos primeros resultados, que el litio es más efectivo que placebo para aliviar la clínica del trastorno del humor con drogodependencia.

- 1 ¿Nuevos tiempos, otros tiempos o sencillamente el tiempo? *Rev Psiquiatr Inf* 1991;4:315.
- 2 Geller B y cols. Early Findings from a Pharmacokinetically Designed Double-Blind and Placebo-Controlled Study of Lithium for Adolescents Comorbid with Bipolar and Substance Dependency Disorders. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol-Psychiatry* 1992;16:281-298.

X. Gastaminza.

VI JORNADA DE SUICIDOLOGÍA

Información e inscripciones: Dra. Blanca Sarró. Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Tels. (93) 454 60 00 y 454 70 00. Exts. 2195 y 2194.

Barcelona, 22 de octubre de 1993. Academia de Ciencias Médicas

JORNADAS NACIONALES DE TERAPIA FAMILIAR

Información e inscripciones: Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. Avda. Recalde 71, 1º dcha. 48012 Bilbao. Tel. (94) 410 02 53.

Santiago de Compostela, 4/6 de noviembre de 1993.

III CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

Información e inscripciones: Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. Hermosilla, 124 - 28009 Madrid. Tel. (91) 361 12 62. Fax: (91) 361 36 58.

San Lorenzo del Escorial (Madrid), del 15 al 17 de noviembre de 1993.

CURSO DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 23/26 de noviembre de 1993.

XXIX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Información e inscripciones: Ibercongresos, S.L. Avda. César Augusto 13, edificio Hotel Meliá 50005 Zaragoza. Tel. (976) 281944. Fax (976) 21 18 91.

Zaragoza, 25/27 de noviembre de 1993.

VII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

"Adolescencia":

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos de la conducta social
- Trastornos por ansiedad y del humor
- Esquizofrenia
- Intentos de suicidio

Mesas redondas y grupos de debate

Madrid junio de 1994.

CONGRESO EUROPEO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

Información e inscripciones: Presidente del Congreso: Prof. Van Engeland, que es el actual Presidente del ESCAP (European Society of Children and Adolescents Psychiatry).

Utrecht (Holanda), 17/20 de septiembre de 1995.

FICHA TECNICA

Aerosol nasal. 1-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.

COMPOSICION CUANTITATIVA.

Por 100 ml.

Desmopresina (D.C.I.) 10 mg.

Excipiente c.s.p. 100 ml.

1 ml. de solución contiene 0,1 mg. de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg. de Desmopresina.

INDICACIONES. Enuresis nocturna.
Diabetes insípida.

POSOLOGIA.

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.

EFFECTOS 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.

INTOXICACION 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 CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO.

Entre 2° y 8° C.

PRESENTACION. Un frasco-aerosol de 5 ml.
P.V.P. + I.V.A.: 5443 Ptas.

CON RECETA MEDICA.
LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Rittig S et al. Long-term double-blind crossover study of desmopressin intranasal spray in the management of nocturnal enuresis. In Desmopressin in Nocturnal Enuresis. Proc. Internat. Symp. (Ed. Sr Meadow), London, 1989; pp 35-45.



en el tratamiento
de la **enuresis**

MINURIN[®] Aerosol

DESMOPRESINA

**es seguro
es fisiológico
es eficaz**

"El tratamiento de la enuresis nocturna a largo plazo con desmopresina ha demostrado ser seguro y efectivo. Desmopresina tiene un rápido inicio de acción y el efecto no disminuye cuando el paciente se trata durante largos periodos de tiempo". Rittig

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

FERRING, S.A. Pº de Habana, 15
28036 MADRID. Teléf.: 564 26 33. Fax: 563 02 17

