

AÑO 1990  
N.º 2

# REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

---

## PRESIDENTES DE HONOR

J. Córdoba †  
J. de Moragas †  
A. Serrate †  
L. Folch  
C. Vázquez †  
F. J. Mendiguchía  
M. de Linares  
V. López-Camós Ibor

## JUNTA DIRECTIVA

*Presidente:* Josep Rom Font  
*Vice-Presidente:* Rafael Martínez Figuerro  
*Secretario:* Antonio Fernández Moreno  
*Tesorero:* Prudencio Rodríguez Ramos  
*Vocal:* Antonina Bonals Pi

## CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

A. Adalid Ripollés  
F. Alonso Fernández  
F. Angulo García  
E. Baca Baldomero  
M. C. Ballesteros Alcalde  
C. Ballús Pascual  
D. Barcia Salorio  
F. Cabaleiro  
S. Cervera Enguix  
V. Conde López  
V. Corcés Pando  
J. Corominas  
J. M. Costa Molinari

D. Doménech Llavería  
C. Esquete López-Ucero  
A. Fernández Moreno  
L. Folch Camarasa  
E. Garralda Hualde  
J. Guimón Ugarteche  
R. Jiménez González  
M. Linares Pezzi  
V. López-Camós Ibor  
J. J. López Ibor Aliño  
A. Martínez Valverde  
F. Mayor Zaragoza  
F. Mendiguchía Quijada

A. Monsell Atienza  
G. Morandé  
R. Nogueira Rodríguez  
I. Pascual Castroviejo  
J. L. Pedreira Massa  
L. Pelaz Lorenzo  
A. Polaino Llorente  
J. Puig Antich  
J. Rodríguez Sacristán  
A. Seva Díaz  
J. Toro Trallero  
C. Vázquez Velasco  
M. Velilla Picazo

## COMITÉ DE REDACCIÓN

*Director:* José Tomás Vilaltella  
*Asesoría de Dirección:* Valentín J. M.<sup>a</sup> Conde López  
*Secretaría:* Bernardo Oliva Cervera  
*Vocales:* J. L. Alcázar Fernández  
R. Ferrer Gelabert  
J. E. de la Fuente Sánchez  
X. Gastaminza Pérez  
C. Gómez-Ferré Górriz  
F. León Ramos  
C. Linares Von Schmitterlow  
R. Martínez Figuerro  
P. Rodríguez Ramos  
J. M. Romacho Romero  
L. Sordo Sordo  
L. Teixidor Massip

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Dr. J. M.<sup>a</sup> ILLA  
C/ Roger de Flor, 32, ppal.  
08018 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 los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 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 Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios, pudiendo contener 1 o 2 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 5 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 romanos 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 Sociedad serán 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 7 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 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 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 11) La Sección de actos societarios podrán 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.

# Sumario

<b>Editorial</b> .....	76
<i>J. Rom i Font</i>	
<b>«In memoriam»</b> .....	77
<i>Dr. Joaquin Puig i Antich</i>	
<b>Comentario breve</b>	
<b>Actividad física, deporte y trastornos del comportamiento alimentario</b> ....	79
<i>J. Toro i Trallero</i>	
<b>Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia</b> .....	83
<i>J.M. Vellilla Picazo, D. Serrat More</i>	
<b>Muerte y deficiencia mental</b> .....	96
<i>A. de los Santos Sánchez Barbudo, M.C. Núñez Jiménez, M.I. Rus Ramírez</i>	
<b>Anorexia mental: estudio de campo</b> .....	107
<i>J. Tomás, N. Bassas, X. Gastaminza, R. Vacas y R. Passols</i>	
<b>Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años</b> .....	123
<i>M.J. Mardomingo, S. González</i>	
<b>El uso del litio en el tratamiento farmacológico del adolescente con patología severa del carácter</b> .....	136
<i>M. Fernández Criado</i>	
<b>Caso clínico</b> .....	140
<i>R. Ferrer i Gelabert</i>	
<b>Reseñas terapéuticas</b> .....	142
<b>Cartas al Director</b> .....	144
<i>M.<sup>a</sup> L. Teixidó Masip</i>	

# Editorial

Queridos amigos:

El «alumbramiento» del nº 1 de nuestra revista «nueva época» no pudo tener mejor encuadre, ya que fue precisamente durante el reciente Congreso de la Sociedad celebrado en Barcelona, en el que se conmemoraba el 25 aniversario del primer Congreso Nacional que también se realizó en la misma ciudad.

En este número, que espero hayais todos recibido, habreis podido comprobar que se han seguido fielmente las consideraciones que desde el inicio de la publicación de la Revista de habían propuesto: calidad de los trabajos científicos, edición esmerada y presentación.

Como no basta con prometer sino que lo importante es cumplir, hoy al cabo de tres meses me vuelvo a dirigir a vosotros con la Editorial del nº 2.

En la Asamblea General anual de la Sociedad, celebrada en coincidencia con el Congreso, se ratificó por los socios asistentes la decisión tomada en la Asamblea Extraordinaria celebrada en Madrid: los cambios de titularidad de Director y de Secretario de la Revista.

Los Dres. José E. de la Fuente como Director y José M<sup>a</sup> Illa como Secretario asumen las responsabilidades de proseguir con eficiencia las publicaciones en el futuro. Conozco, como también muchos de vosotros, las cualidades que ambos reúnen, tanto personal como profesionalmente, y por ello no dudo lo más mínimo en asegurar que este «tándem» seguirá llevando con mano firme el «timón» de la publicación de la Revista. Estoy seguro que sus exigencias personales las convertirán en exigencias para todos nosotros.

Pronto recibireis un comunicado por parte de la nueva Dirección en donde se pormenorizan las condiciones de publicación así como

una serie de aspectos para una mejor interrelación Revista-Socios.

Constituiría una ingratitud no reconocer a las Dres. José Tomás Vilaltella y Bernardo Oliva Cerevera —Director y Secretario respectivamente de la Revista desde su fundación hasta la actualidad— los esfuerzos dedicados. Sólo gracias a los mismos pudieron superarse algunos inconvenientes, importantes a veces. Su relevo no quiero considerarlo un alejamiento. Estoy seguro que desde sus lugares de trabajo por sus calidades profesionales y su demostrado interés por la Sociedad de Psiquiatría Infanto-Juvenil continuarán siendo un factor de estímulo y participación para objetivos futuros.

El Dr. José Tomás deja la Dirección de la Revista, ofreciendo a la Sociedad un modelo de Historia Clínica informatizada, elaborada por él y el Dr. Miguel, que no dudo en considerar como uno de los mejores, sino el mejor, de los que existen actualmente en el ámbito de la Psiquiatría Infanto-Juvenil. Su desinterés es total cediendo a nuestra Sociedad todos los derechos y los fondos que puedan obtenerse.

Tenemos puestas nuestras renovadas esperanzas en esta «nueva época». Sabemos que contamos con una Dirección idónea para la Revista y con un Editor exigente, por ello somos optimistas ante el futuro. También sabemos qué dificultades nos van a sugerir, ¡dichosa economía!. Sólo nuestra exigencia en publicaciones de calidad científica y nuestra perseverancia nos servirán para que las fuentes habituales de financiación nos ayuden a que la Revista prosiga sin desfallecer, hasta convertirse en la 1ª Revista en Lengua Castellana de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

J. Rom i Font

## «In memoriam»

### Dr. Joaquim Puig i Antich

Es para mi un honor, el que, la Sociedad Española de Psiquiatría Infantojuvenil, me encargara escribir estas líneas, a la memoria del Dr. Puig i Antich. Pero también resulta un encargo más allá de mis posibilidades dada la extraordinaria valía del Dr. Puig i Antich y por ello siento cierta inquietud y temor de no saber expresarme adecuadamente; no me referiré a los aspectos científicos de su personalidad que son extraordinariamente valiosos, sino que me gustaría más revelar aquellas cosas más ligadas a sus características afectivas.

El Dr. Joaquim Puig i Antich, perteneció a una de estas familias enraizadas profundamente con la catalanidad; sus padres de Giróna i Barcelona, fueron, son, dos familias trascendentes en nuestra sociedad catalana.

Su muerte es una grave pérdida para la psiquiatría infantojuvenil mundial, y estas palabras que suele ser común decirlas a la muerte de cualquier compañero apreciado o estimado las escribimos con el auténtico sentir de la certeza.

Joaquim se licenció en Medicina en Barcelona y decidió al finalizar la carrera formarse en Psiquiatría Infanto-juvenil y estableció algún contacto profesional de tipo formativo con el equipo de San Juan de Dios de nuestra ciudad; parece ser que su iniciación primera se orientaba hacia el psicoanálisis infantil y probablemente esta orientación estaba marcada por el infamante asesinato, a cargo del franquismo de entonces, de su hermano y la grave repercusión que tal acontecimiento tuvo sobre la totalidad de su familia, gente respetable y respetada por su sensatez y bondad entre los que sin duda se encontraba también su hermano.

El Dr. Joaquim Puig i Antich se fue a Estados Unidos y supimos de él por publicacio-

nes, pero sobre todo conocimos la amplitud de su trabajo y su extraordinaria repercusión por el Dr. Christian Herrera y por la Dra. Montserrat Ribas que al desplazarse a Nueva York para formarse en psiquiatría infantil establecieron un íntimo contacto con él; ello nos permitió, al gozar también de la amistad y el respeto de estos dos profesionales, valorar la labor de equipo de investigación de los Klein con Puig i Antich: sobre el extenso y serio trabajo acerca de la depresión en la infancia, la modificación de las entrevistas semiestructuradas hechas por él (kiddy Sads, etc), la administración de tricíclicos en la infancia, las variaciones correctivas, sobre el test de supresión a la dexametasona para una valoración correcta en la infancia, su participación en la elaboración del DSM III y en las adaptaciones sucesivas, etc.

El Prof. Dr. Rodríguez Sacristán, Catedrático de Psiquiatría Infantil de Sevilla, organizó una Reunión Internacional sobre Depresión y entre los muchos de los aciertos que tuvo fue el conseguir la vuelta a España del Dr. Joaquim Puig i Antich para desarrollar unas ponencias en dicha reunión; la Societat Catalana de Psiquiatría Infantil aprovechó esta eventualidad y consiguió que aceptara venir a Barcelona y pronunciara unas conferencias entre los profesionales de nuestra ciudad. Hago constar este hecho no por mi amor a mi ciudad, sino por respeto profundo al Dr. Puig i Antich que no quería volver nunca más, según nos dijo. La presión que le hicimos en nombre de su padre, al haber sido el mío un íntimo amigo del suyo, mitigó su resistencia y nos honró con su presencia; más aún, su ya prolongada estancia en Estados Unidos le había casi hecho perder el uso del catalán, y el afecto a sus hermanas asistentes a todas las

charlas le obligó, por amor, a un auténtico esfuerzo al recomunicar todos sus trabajos en el idioma de su infancia que se le olvidaba. Creo que debido a este largo auto-exilio científico-sentimental, su reencuentro con su gente, su casa, su familia, su idioma, su país, le afectaron profundamente recuperando el sentido de su ser. Al marchar convinimos el que conseguiríamos en plazo medio que pudiera volver de nuevo, pero por desgracia, no había existido la posibilidad de que se produjera.

Alguien dijo que lo habían visto a media tarde semicorriendo y saltando por las Ramblas gozando con su compañera de aquel momento, en plena y evidente expresión de su bienestar.

Después supimos que se fue de Nueva York, al cambiar el director de Columbia y que se había contratado en Pittsburgh, que allí con-

tinuaba sus trabajos que seguimos en los Archives y en alguna otra publicación hasta su fallecimiento el dos de diciembre pasado en esta ciudad americana.

A toda su familia de Barcelona y de Estados Unidos, nuestro más profundo dolor; se que expreso el sentir de los miembros de nuestra Sociedad Española de Psiquiatria Infantojuvenil, desde el Prof. Dr. Rodríguez Sacristán hasta el Presidente Dr. Josep Rom i Font.

Y deseáramos que él nos oyera, y nos viera, para decirle quedamente y con todo nuestro afecto:

«Baixem el front al velam del teu veler. Adeu company!»

JOSEP TOMAS  
Enero 90. Barcelona



## Comentario breve

# Actividad física, deporte y trastornos del comportamiento alimentario

J. Toro i Trallero

Madrid

En 1968 Routennberg realizó una sorprendente experiencia. En su laboratorio, observó que las ratas sometidas a una dieta restrictiva podían sobrevivir con relativa facilidad. Sin embargo, si esas mismas ratas, sometidas a idéntica restricción alimentaria, tenían la oportunidad de hacer ejercicio físico gracias a tener libre acceso a un rodillo, incrementaban progresivamente su actividad física hasta morir exhaustas. Mientras incrementan su actividad, disminuyen más su ingesta y, claro está, desciende progresivamente su peso corporal. Esta experiencia ha sido replicada, verificada en otras especies y constituida en posible modelo animal de la anorexia nerviosa humana, o más exactamente de un cierto tipo de anorexia nerviosa (Epling y cols, 1983).

Es bien sabida la tendencia de la anoréxica a un exceso de actividad física. No es un hecho general pero sí muy frecuente. En principio ha sido considerado como un comportamiento destinado intencionadamente a la pérdida de peso. Sin negar tal hecho, evidente en

muchos casos, se plantean la posibilidad de que en determinados pacientes las cosas sucedan de manera inversa, a saber, que el ejercicio físico dé lugar a la pérdida de peso y consiguiente o simultáneamente al trastorno anoréxico. El modelo animal, antes citado, entrañaría que determinadas personas dedicadas a la práctica intensa de una actividad física y sometidas a una dieta restrictiva pudieran caer fácilmente en la anorexia, por interacción de aquellos dos factores.

Esta posibilidad parece haber quedado confirmada mediante un trabajo realizado por el grupo de la Universidad de Sidney (Touyz y cols, 1987), los cuales han realizado un estudio comparativo de 15 anoréxicas hospitalizadas que destacaban por su intensa actividad física con 17 que no se entregaban especialmente a dicha actividad. Encontraron diferencias altamente significativas entre ambos grupos. Señalaremos aquí las más interesantes:

\* El 73% de las «activas» procedían de familias interesadas por el ejercicio físico y el deporte *versus* el 24% de las «no activas».

\* El 60% de las «activas» había iniciado su ejercicio físico antes de la restricción alimentaria *versus* el 6% de las «no activas».

\* Perder peso era el motivo inicial del ejer-

cicio para el 33% de las «activas» *versus* el 65% de las «no activas».

\* Estar en forma era el motivo de practicar actividad física para el 66% de las «activas» *versus* el 35% de las «no activas».

\* Dedicaban más de 2 horas diarias al ejercicio físico el 93% de las «activas» *versus* el 0% de las «no activas».

\* Calculaban el gasto calórico al hacer ejercicio el 100% de las «activas» *versus* el 47% de las «no activas».

\* Experimentaban síntomas de abstinencia al suspender la actividad física el 100% de las «activas» *versus* el 47% de las «no activas».

\* Un cuerpo «en forma» era el cuerpo ideal para el 80% de las «activas» *versus* el 18% de las «no activas».

\* Un cuerpo «delgado» era el cuerpo ideal para el 20% de las «activas» *versus* el 88% de las «no activas».

\* Habían sufrido lesiones en la práctica del deporte 67% de las «activas» *versus* 6% de las «no activas».

Estos hechos son suficientemente expresivos para, según nuestro criterio, incluir la *anorexia por ejercicio físico* como una variedad de trastorno anoréxico, situándola junto a la *anorexia restrictiva* y la *anorexia bulímica* (Toro y Vilardell, 1987). Esto es lo que se desprende de un estudio clínico con pacientes anoréxicas. Más ¿qué sucede al estudiar a los —y las— adolescentes que practican asiduamente actividad física?

Un estudio realizado con 182 muchachas deportistas (Rosen y cols, 196) puso de manifiesto ciertos hechos altamente significativos. Treinta y dos por ciento de las mismas utilizaban algún procedimiento patógeno para disminuir su peso: 25% tomaban pastillas adelgazantes; 16% se laxaban; 14% incurrían en vómitos voluntarios; 5% tomaban diuréticos. Las pérdidas excesivas de peso se daban en casi el 10% y un 20% sufría crisis bulímicas. Treinta por ciento de estas deportistas que negaban haber tenido algún problema de obesidad practicaban alguno de los procedimientos citados. Un 63% había perdido más peso del inicialmente previsto, pese a lo cual seguían esas

prácticas, pasaban por episodios bulímicos o sufrían explícitamente de anorexia nerviosa. Asimismo el 75% confesaba que su pérdida de peso era consecuencia de su persistente temor a perder el control de sus hábitos alimentarios ni detenían su regimen restrictivo. En su mayoría aceptaban que las razones para perder peso eran más deportivas que estéticas.

Los investigadores pudieron observar que otras deportistas de más edad, que funcionaban como modelos a imitar y con frecuencia eran entrenadoras, animaban a las muchachas en cuestión a utilizar las ya citadas técnicas para perder peso. Los hábitos más patógenos se daban en las gimnastas (74%) y en las corredoras de fondo (47%). Las menos patológicas eran nadadoras, golfistas y baloncestistas. Gimnastas y fondistas —junto con bailarinas— cuentan con un peso corporal que sólo en un 10% corresponde a tejido graso, cuando lo propio de estas edades es un 20%.

Otro estudio realizado con 97 gimnastas americanas, de 13 años de edad promedio, puso de manifiesto que su consumo calórico medio diario era de 1.838 calorías, cuando lo recomendable para su edad y talla era de 2.100 (Loosli y cols, 1986). Esto supone una reducción de la ingesta calórica de 300 o 400 calorías/días, de forma persistente, y en unas edades de desarrollo acelerado y en unos cuerpos sometidos a un elevado gasto energético. Todavía hay más: 22% de esas muchachitas no alcanzaban las 1.500 calorías diarias. Estas insuficiencias se acompañaban de importantes déficits en vitaminas y minerales. Por ejemplo, 70% de esas deportistas presentaban déficits graves en B6; 53% en hierro; 78% en zinc; 40% en calcio; etc.

Humphries y Gruber (1986), estudiando los hábitos alimentarios de una banda de majorettes de una universidad estadounidense, constataron que estas muchachas suelen mantener durante cuatro o cinco días de cada semana una ingesta alimentaria situada entre las 690 y las 1.100 calorías. Junto a los déficits nutritivos se detectaron otros fenómenos de la esfera psicopatológica. Todas ellas cuentan con una imagen corporal distorsionada. Exageran

las dimensiones de ciertas partes de su cuerpo. Antes de ser pesadas semanalmente —forma parte de las reglas del «juego»—, se entregan a ejercicio físico intenso, sesiones de sauna, ingieren pastillas para adelgazar, consumen diuréticos. Algunas ya habían sido asistidas por sufrir episodios bulímicos.

Entre nosotros se ha podido comprobar que bailarinas y gimnastas (no de élite) obtenían puntuaciones en el «Eating Attitude Test» superiores al punto de corte propio de la anorexia nerviosa (Ordeig, 1989).

Así pues, en poblaciones no clínicas pero entregadas a determinadas prácticas deportivas nos encontramos con importantes déficits nutritivos, con una gran cantidad de sintomatología propia de los trastornos del comportamiento alimentario y con cuadros patológicos que cumplen plenamente con criterios diagnósticos establecidos. Estos hallazgos deben ponerse en estrecha relación con la «anorexia por ejercicio» antes referida, hallada en las poblaciones clínicas.

Todos estos fenómenos se producen precisamente —una vez más— en la edad adolescente. La muchacha adolescente experimenta unas transformaciones corporales que se desarrollan con enorme rapidez. Estos cambios deben ser, una vez percibidos, asumidos y evaluados. Los modelos sociales imperantes determinarán total o parcialmente esa evaluación. En nuestros días el estereotipo sociocultural de la delgadez marca la pauta. Quien no se perciba y evalúe así corre el riesgo de iniciar su dieta restrictiva o su gasto calórico excesivo. La sociedad la aplaudirá y modelará persistentemente en tales propósitos. Si la adolescente recalca en un grupo como los antes citados —gimnastas, bailarinas, patinadoras...— va a llover sobre mojado. Los valores diseminados por toda la sociedad de modo más o menos difuso, extendidos y difundidos de boca en boca y de mirada en mirada, remachados y codeterminados por los medios de comunicación de masas (Toro y cols, 1988), van a ser cultivados en el pequeño grupo con mucha mayor «eficacia».

En efecto, la deportista de élite está some-

tida a una presión pro-adelgazamiento absolutamente patógena. El cuerpo delgado es norma, modelo y objetivo. Sus monitores lo postulan cuando no lo encarnan. La competitividad por la «esbeltez» es permanente. Repárese simplemente en lo que sucede con las gimnastas. Una niña de 8 años que se prepare para competiciones estatales o internacionales suele entrenarse de 10 a 15 horas semanales. Esto sucede a lo largo de bastantes años. De acuerdo con la evolución de estas competiciones, lo que en un principio era un simple concurso de habilidades motoras se ha convertido en una competición donde se pretenden conjuntamente las destrezas motoras y la estética corporal. Esta estética se centra en la posesión de un cuerpo prepuberal. Se trata del llamado «Síndrome Nadia». Obsérvese el mórbido círculo vicioso que se establece cuando el régimen de adelgazamiento y consumo calórico conduce a una desnutrición que, entre otras cosas, retrasa el desarrollo puberal, con lo que se consigue una estética corporal susceptible de reforzar aquellas prácticas. Entretanto, millares de muchachitas pegadas a sus televisores contemplan las aplaudidas y exitosas evoluciones de otras muchachas con cuerpos de niña que se constituyen en modelos dignos, claro está, de ser imitados.

Alguien tendrá que intervenir algún día para introducir sentido común y valoración científica en la organización de la imprescindible educación física de nuestros niños y adolescentes.

## Bibliografía

- EPLING, W.F. y PIERCE, W.D.: *Activity-based anorexia: a biobehavioral perspective*. International Journal of Eating Disorders. 7: 475-485, 1988.
- HUMPHRIES, L.L. y GRUBER, J.J.: *Nutrition behaviors of university majorettes*. The Physician and Sports Medicine. 14: 11, 91-98, 1986.
- LOOSLI, A.R., BENSON, J., GILLIEN, D.M. y BOURDET, K.: *Nutrition habits and Knowledge in competitive adolescent female gymnasts*. The Physician and Sports Medicine. 14: 8, 118-130, 1986.
- ORDEIG, M.T.: *Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medi-

- cina de Barcelona. 16; 1, 13-26, 1989.
- ROSEN, L.W., MCKEAG, D.B., HOUGH, D.O. y CURLEY, V.: *Pathogenic weight-control behavior in female athletes*. The Physician and Sports Medicine. 14: 1, 79-86, 1986.
- ROUTTENBERG, A.: *Self-starvation of rats living in activity wheels: adaptation effects*. Journal of Comparative and Physiological Activity. 66: 234-238, 1968.
- TORO, J., CERVERA, M. y PEREZ, P.: *Body shape, publicity and anorexia nervosa*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 23: 132-136, 1988.
- TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- TOUYZ, S.W., BEAUMONT, P.J.V. y HOOKS, S.: *Exercise anorexia: a new dimension in anorexia nervosa?*. En Beaumont, P.J.V., Burrows, G.D. y Casper, R.C. (eds.): *Handbook of Eating Disorders. Part I: Anorexia and Bulimia Nervosa*. Amsterdam: Elsevier, 1987.

# Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia

J.M. Velilla Picazo, D. Serrat More

Zaragoza

## RESUMEN

El trabajo se articula en torno al análisis epidemiológico de las conductas suicidas —abarcando edades entre 12 y 19 años— controlando las variables de edad, sexo, lugar de la tentativa, fecha, motivo desencadenante aparente, actitud frente a la tentativa, tentativas anteriores, ambiente familiar, etc.

Se extraen varias conclusiones correlacionando las variables estudiadas, con especial hincapié en las tentativas de suicidio.

**Palabras clave:** Epidemiología. Tentativas de suicidio. Suicidio consumado. Variables de riesgo.

## INTRODUCCIÓN

Hay una unánime coincidencia en los trabajos epidemiológicos sobre este tema al se-

ñalar que la fiabilidad de las cifras oficiales es escasa.

Hay muchas conductas suicidas que son encubiertas o no consignadas como tales en los servicios de urgencias.

La insuficiencia estadística es generalizada, pero es especialmente clara en nuestro medio, donde se dan casos realmente difíciles de entender ya que p. ej. como nos indica Morande (1), la cifra de intentos de suicidio no consumados para el Instituto Nacional de Estadística (para el período 1974-82) es menor que la de los consumados, o que las cifras de un Hospital, cuidadosamente estudiadas, sean superiores a las de toda la ciudad en la que se ubica.

Para los suicidios consumados las cifras, eso sí, son mucho más exactas, cuya información llega a través de los juzgados de primera instancia e instrucción. Pero esto no ocurre con las tentativas de suicidio que no pasan de los servicios de urgencia de los hospitales y en muchos de estos casos no se realiza el parte de lesiones.

Por otra parte, la distinción entre suicidio consumado e intento de suicidio es, en ciertos casos, evidentemente artificial ya que ciertas tentativas no se han logrado más que por ca-

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

Comunicación presentada a la Ponencia «El suicidio en la infancia y adolescencia». XXVIII Reunión Anual S.E.N.P.I.J. Vigo 1988.

sualidad y ciertos suicidios no han sido realizados más que en condiciones fortuitas. No obstante, la mayor parte de los autores consideran que el suicidio y la tentativa de suicidio son dos componentes de significación diferente. La tentativa de suicidio no puede ser reducida a un suicidio errado. La intencionalidad del gesto no es la misma en los dos casos.

Según Cobo (2), con respecto a nuestro país, los suicidios consumados han disminuido y las tentativas de suicidio han crecido notablemente.

Con la primera afirmación no hay una total coincidencia ya que en otros trabajos se señala que también hay un aumento, aunque discreto o cuando menos tienden a mantenerse, para los suicidios. Lo que si podemos constatar desde nuestra experiencia psiquiátrica, es que, los intentos de suicidios son un motivo frecuente de consulta entre los adolescentes, aunque opinamos que la importancia más que cuantitativa es cualitativa. Las conductas suicidas infantojuveniles siguen impactando en la opinión pública cuando son aireadas por los medios de difusión y nos continúan impresionando, ya que una de las características esenciales de la infancia, adolescencia y la juventud es precisamente la afirmación a veces violenta, de la vida y todo lo que ésta ofrece o parece ofrecer.

Para el presente trabajo hemos querido traer algunas cifras sacadas de nuestro entorno que nos centren en la realidad (más que meternos en una farragosa comparación de datos estadísticos de otros países).

Estos datos nos han sido suministrados por la Cátedra de Medicina Legal de Zaragoza, que está llevando a cabo un trabajo de investigación en este sentido.

A lo largo de los años 1984, 1985 y 1986 el número total de actos suicidas en la ciudad de Zaragoza, fueron 822, de los que 167 fueron suicidios consumados y 655 tentativas de suicidio.

De los 167 suicidios, 8 correspondían a edades por debajo de los 19 años (un 4,79% del total). De las 655 tentativas, 133 correspondían a este grupo de edad (un 20,30% del total).

De estas cifras deducimos que así como en la población adulta la relación entre tentativas y suicidios consumados sería aproximadamente de 3 a 1, en la infancia y adolescencia la relación sería de 17 a 1 aproximadamente.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente trabajo hemos recurrido a varias fuentes de datos:

— En primer lugar los suministrados por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Zaragoza, referidos al número total de suicidios consumados y tentativas de suicidio en niños y adolescentes, en nuestra ciudad, desde enero de 1984 a diciembre de 1986.

Siendo un total de 8 casos de suicidios (recogidos en las fichas del Instituto Anatómico Forense) y de 133 intentos suicidas (recogidos en los partes de lesiones de los Servicios de Urgencias del Hospital Clínico Universitario, la Ciudad Sanitaria Miguel Servet, el Hospital Provincial y la Casa de Socorro).

En estos casos, solamente se nos han suministrado las siguientes variables: edad, sexo, método utilizado y fecha en que se cometió el acto suicida.

— En segundo lugar, hemos estudiado dos grupos de pacientes, todos ellos vistos en nuestra consulta de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza:

Un primer grupo, que llamaremos grupo A, formado por 50 pacientes, adolescentes, que acudieron a consulta tras realizar un intento suicida entre los años 1973 y 1977, y cuyas historias clínicas fueron objeto de estudio, por nosotros a los largo del año 1978 (3).

Un segundo grupo, al que denominaremos grupo B, formado por los 40 pacientes con comportamiento suicida vistos en nuestra consulta durante los años 1985, 1986 y 1987.

Un período de diez años separa pues estos dos grupos y este hecho hemos creído que puede aportar datos de interés a la hora de comparar diferentes variables entre ambos: edad; sexo; fratria; método utilizado; lugar de la tentativa; fecha; procedencia de los pacientes; mo-

tivo desencadenante aparente; actitud frente a la tentativa; tentativas anteriores; ambiente familiar.

Siguiendo la nomenclatura alfabética, hemos llamado grupo C, al formado por las 133 tentativas suministradas por la Cátedra de Medicina Legal, y cuyas cuatro variables, antes señaladas (edad, sexo, método empleado y fecha) han sido también comparadas con los dos grupos A y B, formados por pacientes vistos en nuestra consulta de Psiquiatría Infantojuvenil.

### 1) EDAD Y SEXO

Aunque son extremadamente raros los suicidios consumados en niños pequeños, antes de los 11 años, en los diferentes trabajos publicados se recogen esporádicos casos que vienen a resultar los más reveladores e impactantes. En una revisión de fichas del Instituto Anatómico Forense de Madrid efectuada en 1985, se recogen, en el período 1982-1984 sólo dos casos de doce años y tres de quince, estando la mayoría entre los 19 y los 21 a. En general, se admite que los suicidios consumados se incrementan con la edad.

Cobo, tomando como base los datos del Instituto Nacional de Estadística, suministrados por los Juzgados de primera instancia e instrucción, constataba que la edad más temprana a la que se consignó la muerte de un niño por suicidio, en los juzgados de nuestro país (hasta el año 1982) fue de 6 años.

Para el presente trabajo nos han sido suministrados los casos de suicidios consumados en niños y adolescentes, en la ciudad de Zaragoza, durante los años 1984 a 1986 ambos inclusive, siendo la fuente de datos las fichas del Instituto Anatómico Forense. Por otra parte nos han informado, que durante el año 1987 no había habido en nuestra ciudad ningún caso de esas edades siendo el suicida más joven de 19 años (Tabla I).

Podemos comprobar como, dentro de la infancia, sólo existe un caso de un niño de siete años (del que pudimos averiguar que se trata-

**TABLA I**  
**Suicidios consumados\***  
**(Enero 84 a Diciembre 87)**

Sexo	Edad	Método empleado
V	7	Ahorcamiento
H	12	Ahorcamiento
V	13	Ahorcamiento
V	14	Asfixia por sumersión
V	15	Disparo por arma de fuego
V	15	Ahorcamiento
V	17	Precipitación
V	18	Precipitación

\* Fuente de datos: Libro de registro Instituto Anatómico Forense de Zaragoza.

**TABLA II**  
**Sexo**

	Grupo A		Grupo B	
Varones	11	22%	7	17,5%
Hembras	39	78%	33	82,5%
Total	50	100%	40	100 %

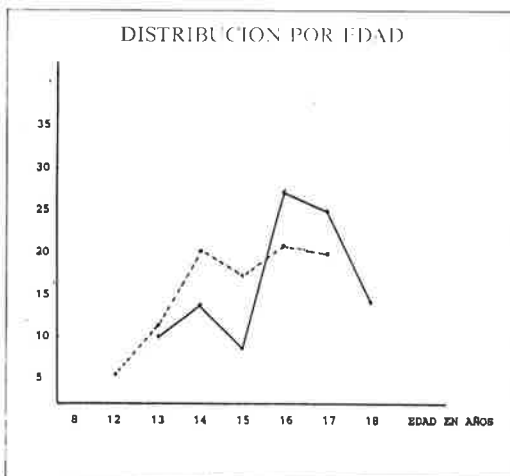
**TABLA III**  
**Edad**

Años	Grupo A			Grupo B				
	V	H	Total	V	H	Total		
8				1	—	1	2%	
12				1	1	2	5%	
13	1	4	5	10%	—	5	12%	
14	1	6	7	14%	1	7	8	20%
15	—	4	4	8%	1	6	7	17%
16	3	11	14	28%	1	8	9	22%
17	2	11	13	26%	2	6	8	20%
18	4	3	7	14%	—	—	—	
Total			50	100%			40	100%

ba de un hijo ilegítimo con una historia de importantes carencias afectivas y con serias dificultades de aprendizaje y que decidió poner fin a su vida ahorcándose con el cinturón en los barrotes de la cama) estando los siete casos restantes dentro de la adolescencia, repartidos entre los 14 y los 18 años de forma bastante uniforme.

En cuanto a las tentativas de suicidio: (Tabla III) en el grupo A comenzaban a recogerse a partir de los 13 años, habiendo un claro predominio a los 16 y 17, es decir en la segunda etapa de la adolescencia. En el grupo B, formado por pacientes estudiados diez años después, podemos comprobar como si bien sigue siendo importante el número de casos que se concentra en las edades antes referidas, existe un claro desplazamiento hacia edades más precoces, recogiendo ya un primer caso de tentativa a los 8 años (se trataba de un niño diagnosticado de «fobia escolar» que tras ser amenazado por el padre con reincorporarse a clase, se tomó varios comprimidos del antidepresivo tricíclico con el que estaba siendo tratado) y con un evidente incremento de los doce a los quince años, correspondientes a la pubertad y adolescencia inicial. Los resultados del tercer grupo que recoge datos de otros Centros hospitalarios de nuestra ciudad (Tabla IV) también son expresivos en este sentido, es decir, el número comienza a ser importante a partir de los 14 años.

Podríamos afirmar, pues, que la «edad de lanzamiento» de las conductas suicidas en la adolescencia tiende a adelantarse (Gráfica) situándose alrededor de los 12 años, lo que coincide con la práctica totalidad de los autores consultados.



Gráfica

Con respecto al sexo, es algo universalmente admitido que los varones se suicidan en un

**TABLA IV**  
Edad  
Grupo C

Años	Varones	Hembras	Total	%
10	2	1	3	2,25
—	—	—	—	—
13	—	5	5	3,75
14	3	7	10	7,51
15	5	19	24	18,04
16	5	22	27	20,30
17	10	19	29	21,80
18	13	22	35	26,31
Total	38	105	133	100,96

alto porcentaje en relación a las mujeres y que este fenómeno se invierte claramente si nos referimos a tentativas de suicidio.

Ya hemos visto anteriormente como de los 8 casos de suicidio consumado, registrados en Zaragoza durante los años 84 al 86, en edades por debajo de los 18 años, 7 eran varones y 1 hembra (lo que representa el 87% frente al 13%).

Si observamos las tentativas (Tabla II) en el grupo A tenemos el 78% de hembras frente al 22% de varones, porcentaje que todavía se distancia más en el grupo B (82,5% de hembras y 17,5% de varones). En el grupo C (Tabla V) la diferencia sigue siendo manifiesta (71,42% y 28,57% a favor de las hembras).

La conclusión más clara es que las tentativas de suicidio son abrumadoramente más frecuentes en las chicas, en nuestra casuística, al igual que en otras publicadas, con una proporción 3 a 1. Pensamos que el alto porcentaje femenino que opta por realizar la tentativa de suicidio estaría en relación con dos factores: — el incremento de «síndromes depresivos» que se diagnostican a estas edades sobre todo en las muchachas.



**TABLA V**  
Sexo  
Grupo C

	Total	%
Varones	38	28,57
Hembras	95	71,42
Total	133	99,99

**TABLA VI**  
Fratría  
Grupo B

	V	H	Total	%
Mayor	2	17	19	47
Entre varios	2	8	10	25
Menor	1	8	9	22
Hijo único	2	—	2	5
Total	7	33	50	100

**TABLA VII**  
Escolaridad

	Grupo A		Grupo B	
Estudios primarios	21	42%	4	10%
E.G.B.	14	28%	13	32%
B.U.P.-C.O.U.	12	24%	17	35%
Formación profesional	1	2%	9	22%
Estudios superiores	2	4%	—	—
Total	50	100%	40	100%

**TABLA VIII**  
Método utilizado

	Grupo A		Grupo B	
Ingestión fármacos				
— analgésicos	19	38%	11	27%
— psicofármacos	9	18%	9	22%
— varias clases	10	20%	9	22%
Cortes en muñecas	2	4%	2	5%
Intento ahorcamiento	—	—	3	7%
Inhalación de gas	1	2%	2	5%
Precipitación	3	6%	1	2%
Métodos combinados	6	12%	3	7%
Total	50	100%	40	100%

— las distintas posibilidades de descargar la agresividad que nuestra sociedad ofrece a los varones y a las hembras, pudiendo adoptar, los primeros, modos de comportamiento de agresividad manifiesta (afición a la velocidad y a las conductas de riesgo, delincuencia en pandillas, etc) que no encajan con el «rol femenino» asignado a la mujer en nuestro medio sociocultural.

## 2) MÉTODO UTILIZADO

Hay que señalar que las técnicas de ejecución del acto suicida difieren mucho en los suicidios consumados y en las tentativas.

Entre los medios más violentos y seguros para consumar el suicidio se hallan el ahorcamiento, la precipitación desde alturas y las armas de fuego. Esto coincide en los ocho casos recogidos por nosotros.

Ahora bien si nos referimos a las tentativas (Tabla VIII) comprobamos como, es la intoxicación medicamentosa el método más frecuente en un porcentaje muy elevado sobre el resto de métodos: en nuestros pacientes, supone el 76% y el 71% en ambos grupos. En el grupo C aumenta al 79.69% (Tabla IX).

Esta modalidad de intento de suicidio la destacan la mayoría de autores que han estudiado el problema: Ringel (7), Tuckman (4), Schachter (5), Duche (6), Feinstein (8), Ajuariaguerra (9), Soubrier (10), Gracia Marco (11), Cobo (2), etc.

Se han dado diversas explicaciones a la hora de justificar este incuestionable y alto porcentaje en los que se utiliza la ingestión de fármacos con fines suicidas. La diversidad de drogas (por otra parte potencialmente letales), la fácil accesibilidad del público a casi cualquier tipo de preparado farmacéutico, el consumo indiscriminado y cada vez más frecuente de sustancias medicamentosas por la población general, serían factores a tener en cuenta. Por otra parte, la intoxicación medicamentosa indudablemente introduce un elemento de ambigüedad en la intención suicida del que recurrir a ella, ya que a diferencia de otras conduc-

tas inequívocamente autodestructivas como el ahorcamiento, la precipitación o el disparo por arma de fuego, que como indica Cobo, son maniobras físicamente violentadoras del cuerpo, el suicidio con fármacos respeta la integridad corporal, conduce al sueño y a la regresión, por lo que se puede sospechar en él

**TABLA IX**  
**Método utilizado**  
**Grupo C**

	Total	%
Ingestión fármacos	106	79,69
Ingestión otras sustancias	4	3
Ingestión cuerpo extraño	4	3
Cortes en muñecas	15	11,27
Herida por arma de fuego	1	0,75
Inhalación de gas	1	0,75
Quemaduras	1	0,75
Métodos combinados	1	0,75
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>99,96</b>

un latente deseo de no morir, de ser salvado en el último momento.

Esta modalidad pues, implicaría (en muchos casos) cierta ausencia de letalidad, lo que correspondería a la ausencia de auténtico deseo de muerte.

Volviendo a los resultados de nuestra casuística, los fármacos más comunmente empleados en la tentativa han sido, por orden de frecuencia, los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes sustancias medicamentosas.

En porcentajes mucho más inferiores siguen otros métodos como los «cortes en muñecas», el intento de ahorcamiento, la inhalación de gas y un número reducido en el que se han combinado dos o más métodos (casi siempre ingestión de fármacos y cortes en muñecas).

### 3) LUGAR DE LA TENTATIVA

En cuanto al lugar elegido para la realización del intento de suicidio, ha sido la propia

casa en la mayoría de los casos (Tabla X) siendo el porcentaje mucho más elevado en el grupo B, habiéndose reducido notablemente los casos que elegían la calle para llevar a cabo la tentativa. En un número importante se encontraba en el hogar algún miembro de la familia, generalmente uno de los padres.

Jacobziner investigando 299 tentativas de suicidio en sujetos menores de 20 años, encuentra que en el 30% de los casos el intento ha sido realizado en presencia de miembros de la familia, generalmente de la madre. De este

**TABLA X**  
**Lugar de la tentativa**

	Grupo A		Grupo B	
Propia casa	29	58%	33	82%
Colegio	6	12%	4	10%
Calle	12	24%	2	5%
Bar	1	2%	1	2%
Casa de un amigo	2	4%	—	—
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

grupo las tres cuartas partes eran muchachas por lo que, este autor, querría ver en este hecho un significado psicodinámico.

No obstante lo que sí nos parece sugerente, si revisamos nuestros porcentajes, es que existe una tendencia a realizar el acto suicida en el entorno que resulta especialmente conflictivo para el sujeto.

### 4) ÉPOCA DEL AÑO

En algunos trabajos sobre el suicidio se habla de una mayor incidencia de estas conductas en ciertos meses del año. En los suicidios consumados serían los meses cálidos en los que se darían más casos: en nuestro grupo esto ocurría en el 62,50% (Tabla XI). Sin embargo en cuanto a las tentativas, no observamos diferencias importantes (Tablas XII y XIII) ya que para esta época del año (de junio a septiembre) el porcentaje disminuye al 35,60%, en el grupo C y, si tenemos en cuenta, los datos del grupo B, el porcentaje baja más aún,

hasta solamente el 9%; siendo sin embargo en este grupo, mucho más numerosas las tentativas en los meses de invierno. Serrat (12) en un estudio sobre suicidios y tentativa de suicidio tampoco encuentra diferencias significativas en la distribución por meses y época del año.

## 5) PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

Como resulta lógico, la mayoría de los casos nos son remitidos por el Servicio de urgencias (Tabla XIV) habiéndose incrementado el porcentaje en los últimos diez años (del 64% al 85%). No obstante pensamos que un número importante de conductas suicidas no reciben posterior atención psiquiátrica infantojuvenil, al no seguir los pacientes las indicaciones de los Servicios de urgencias en este sentido, por lo que para garantizar una mejor atención y seguimiento del niño o el adolescente suicida debería haber una mejor coordinación entre aquéllos y nuestras consultas.

## 6) MOTIVO DESENCADENANTE APARENTE

En cuanto al motivo desencadenante, la circunstancia, a veces aparentemente banal, que ha precipitado la conducta suicida podemos comprobar como los «problemas familiares», los «problemas escolares» y los «desengaños sentimentales» son los más frecuentes (Tabla XV).

La mala integración en la familia, la falta de comunicación, la sensación de aislamiento, cuando no una larga historia de conflictos, llevan al muchacho o a la muchacha a realizar un intento de suicidio tras una reprimenda o una discusión en un medio familiar que no satisface o que dificulta el necesario proceso de progresiva emancipación. Numerosos autores, Schachter (5), Otto (13), Renschmidt-Schwad (14), destacan los conflictos familiares como el desencadenante más frecuente de la tentativa de suicidio en la adolescencia.

**TABLA XI**  
**Mes en que se llevan a cabo suicidios consumados**

Mes	N.º de casos	%
Febrero	1	12,5
Junio	1	12,5
Julio	1	12,5
Agosto	2	25
Septiembre	1	12,5
Diciembre	2	25
Total	8	100

**TABLA XII**  
**Mes en que se llevó a cabo la tentativa Grupo B**

Mes	N.º de casos	%
Enero	7	17
Febrero	9	22
Marzo	8	20
Abril	2	5
Mayo	1	2
Junio	2	5
Julio	1	2
Agosto	1	2
Septiembre	—	—
Octubre	2	5
Noviembre	4	10
Diciembre	3	7
Total	40	100

**TABLA XIII**  
**Mes en que se lleva a cabo la tentativa Grupo C**

Mes	N.º de casos	%
Enero	12	9,02
Febrero	11	8,27
Marzo	9	6,76
Abril	12	9,02
Mayo	10	7,51
Junio	14	10,52
Julio	9	6,76
Agosto	14	10,52
Septiembre	11	8,27
Octubre	8	6,01
Noviembre	10	7,51
Diciembre	13	9,77
Total	133	99,92

**TABLA**  
**Hora elegida para realizar la tentativa**

	Grupo A		Grupo B	
Mañana	14	28%	13	32%
Tarde	36	72%	27	67%
Total	50	100%	40	100%

**TABLA XIV**  
**Procedencia de los pacientes**

	Grupo A		Grupo B	
Servicio de Urgencias	32	65%	34	85%
U.C.I.	—	—	3	7%
Remitido por otro hospital	13	26%	—	—
Directamente a consulta ambulatoria	5	10%	3	7%
Total	50	100%	40	100%

**TABLA XV**  
**Motivo desencadenante aparente**

	Grupo A		Grupo B	
Problemas familiares	32	64%	14	35%
Problemas escolares	5	10%	13*	32%
Desengaño sentimental	12	22%	8	20%
Discusión amigos	—	—	3	7%
Psicosis	—	—	2	5%
Violación	1	2%	—	—
Total	50	100%	40	100%

\* 11 casos tras la entrega de unas malas notas

Si tenemos en cuenta que las tres cuartas partes de nuestra casuística son chicas y, si observamos la fratría (Tabla VI), prácticamente la mitad son primogénitos, podemos encontrarnos en muchos de estos casos con una adolescente intentando reivindicar nuevas actitudes y un trato distinto ante unos padres a los que también coge desprevenidos la nueva fase evolutiva por la que atraviesa el hijo o hija mayor.

Hay un dato que queremos subrayar, es el marcado incremento de los problemas escolares en el grupo B con respecto al A (el 32% frente al 10%), es decir tras un período de diez años. Una vez más hay que señalar como agen-

te perturbador a un sistema educativo excesivamente competitivo, con unas aulas masificadas o a unos padres ansiosos ante unas calificaciones escolares que a veces llegan a convertirse en el principal logro, o la máxima satisfacción que el hijo puede aportar. A este respecto diremos que de los 13 casos del grupo B en los que la escolaridad se relacionaba con el intento suicida, en 11 de ellos el desencadenante había sido la entrega en casa de unas malas notas o «decepcionantes» para la «expectativa» del niño o de la familia.

## 7) ACTITUD FRENTE A LA TENTATIVA

En las entrevistas posteriores a la tentativa preguntábamos a nuestros pacientes que juicio les merecía, como podían explicar aquella conducta o cual era su actitud actual hacia ella. Pues bien, como podemos ver (Tabla XVI), la mayoría de ellos (64% en el grupo A y 77% en el grupo B) hacían una clara

**TABLA XVI**  
**Actitud frente a la tentativa**

	Grupo A		Grupo B	
Crítica o arrepentimiento	32	64%	31	77%
Indiferencia	11	22%	9	22%
Voluntad de reincidir	7	14%	—	—
Total	50	100%	40	100%

crítica o mostraban una actitud de arrepentimiento. Un 22% se mostraban indiferentes ante aquel hecho. Ya hemos dicho anteriormente que el intento de suicidio presenta claras diferencias con el suicidio consumado y frustrado.

Para Deschaies (15), el suicidio consiste en el acto de darse muerte de modo consciente, tomando la muerte como medio o como fin. El intento de suicidio sería aquella conducta autoagresiva que «manipula» con la idea de la muerte pero sin desear realmente morir. Rojas (16) insiste en la idea de la manipulación de la muerte como último recurso para inten-

tar llamar al entorno socio-familiar en demanda de ayuda. Para Ajuriaguerra (9) el intento de suicidio sería una llamada, una forma de manifestarse, siempre dirigida al otro.

## 8) TENTATIVAS ANTERIORES

En nuestra casuística (Tabla XVII) encontramos la existencia de tentativas previas a la actual en 16 casos del grupo A (32% del total) y en 4 casos del grupo B (10% del total). Es una proporción que tiende a disminuir en nuestra muestra y que sí tenemos en cuenta el que los métodos más utilizados en tentativas anteriores fueron la intoxicación medicamentosa y los cortes superficiales en muñe-

**TABLA XVII**  
Tentativas anteriores

Grupo A		Grupo B	
16	32%	4	10%

cas, se puede pensar en la intención no letal del paciente que utiliza medios poco arriesgados. Para Solomon (17) los cortes superficiales en las muñecas sería más bien un «gesto» suicida que un verdadero intento de suicidio.

Por otra parte coincidimos, con Gracia Marco (11), en que no encontramos relación entre la gravedad del intento actual y la existencia de tentativas anteriores. Este hecho nos indicaría que no podemos basarnos en la impresión clínica del grado de autolesión para valorar la mayor o menor intencionalidad del acto y las implicaciones psicopatológicas del individuo.

## 9) DEPRESIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

En cuanto a la relación existente entre la depresión y las conductas suicidas infantojuveniles, aparece poco clara en los distintos trabajos realizados sobre este tema. No creemos que depresión y suicidio sean sinónimos aun-

que parece que de alguna forma las conductas suicidas aumentan a la par que se incrementa el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes.

En nuestra consulta el diagnóstico de «reacción depresiva» ha sido el que más ha aumentado en los últimos años, hasta tal punto que en los pacientes de 16 a 18 años lo hicimos en el 35% de ellos, vistos a lo largo de 1986.

Esta alta incidencia, coincide con la experiencia clínica de otros autores; así por ejemplo: Morande (1) nos informa que en su consulta los diagnósticos de depresión en adolescentes han pasado de un 21% a un 33%. Ahora bien, las conductas suicidas no han aumentado de una forma tan acelerada por lo que habría que seguir profundizando en los nexos de unión entre ambos fenómenos.

Para Pfefer (26) más de un tercio de los suicidas presentaban depresión previa. Otto (13) encuentra cerca de un 40% de depresivos un mes antes del acto suicida. Kitamura (18), en Japón, encuentra y diagnostica depresión se-

**TABLA XVIII**

	Grupo A		Grupo B	
Tentativas en la familia	3	6%	2	5%
Suicidios en la familia	5	10%	—	—

**TABLA XIX**  
Psicopatología  
Grupo B

	N.º de casos	%
— Disminución del rendimiento y dificultades escolares	29	72
— Distimias, trastornos del humor	32	79
— Trastornos de conducta	14	35
— Retraimiento social	6	15
— Anorexia	6	15
— Insomnio	10	25
— Cefaleas	4	10
— Otros trast. psicósomáticos	2	5
— Psicosis	2	5
— Fobia escolar	1	2
— Anorexia nerviosa	2	5

vera solamente en un tercio de los adolescentes suicidarios que ha atendido. Standford (19), describiendo un grupo de 106 adolescentes suicidas los divide en dos subgrupos: por un lado los suicidas propiamente tales que están crónicamente deprimidos; por otro lado los que realizan «gestos suicidas» serían por oposición, quienes no desean morir, tienen motivos sentimentales y dificultades con los padres. Para Hawton (20) también la depresión estaría en la minoría de los casos. Rojas (16) señala que la tentativa es muy rara entre los depresivos, ellos no quieren «ser comprendidos» sino morir porque «no pueden más»; ellos no necesitan, en sentido estricto, del ambiente social que les rodea, ya que de antemano han roto la comunicación con el exterior.

Volviendo a nuestra casuística, los distintos síntomas que referían nuestros pacientes del grupo B en los 2-3 meses anteriores a la tentativa fueron (Tabla XIX):

— Los trastornos del humor en un alto porcentaje (79%).

— Entre los trastornos de la vida instintiva, el insomnio, estaba presente en una cuarta parte de los casos (25%).

— El síntoma psicósomático más frecuente eran las cefaleas (10%).

En cuanto a las dificultades escolares y la disminución del rendimiento escolar, que referían el 72% de los pacientes, abarcaba un período de tiempo mucho más allá de los 2-3 meses anteriores a la tentativa, generalmente ya presentes en el curso o cursos anteriores lo que habrá que valorarlo como una situación estresante que muchos de estos adolescentes arrastran en sus vidas y que pensamos, que algo tendrá que ver con el aumento de tentativas cuyo desencadenante han sido problemas relacionados con la escolaridad.

Dentro de los «trastornos del humor» (tristeza, apatía, sentimiento de soledad e infravaloración, llanto inmotivado, etc...) habrá que valorar su intensidad, persistencia y hasta que punto invaden toda la existencia del adolescente o sólo se limitan a aparecer en aquellas situaciones o ambientes que les resultan conflictivos.

De estos 40 pacientes hicimos el diagnóstico de depresión en 15 de ellos (lo que supone un 37,5%) instaurándose tratamiento con antidepressivos y obteniéndose una buena respuesta al mismo. Con respecto al grupo A, de 50 pacientes estudiados hace diez años, diremos que igualmente era elevada la frecuencia de trastornos distímicos (el 70% los presentaban), así como el insomnio y las cefaleas. En este grupo profundizamos más aún investigando el componente depresivo (3) y así por ejemplo: la puntuación media del índice de Zung era de 60,8 (situándose en lo subdepresivo más que en la verdadera depresión) y apenas se observan protocolos depresivos en los tests de manchas de tinta y las puntuaciones obtenidas en los ítems del cuestionario psicósomático de Cornell, correspondientes a las «modificaciones patológicas del humor», no eran de las más altas.

No obstante hay que tener en cuenta el hecho de que ha sido precisamente en el intervalo de tiempo que media entre los dos grupos estudiados cuando se ha producido el notable incremento de diagnósticos de «síndrome depresivo» en los pacientes adolescentes, como antes hemos reseñado. Aún así opinamos que en muchos casos de tentativas de suicidio en estas edades no existe un componente depresivo evidente, siendo los rasgos o síntomas depresivos que se observan en ellos característicos de «reacciones depresivas breves» o «distimias depresivas», coincidiendo con Kielholz cuando señala que éstas se producen con frecuencia en la adolescencia, más que verdaderas depresiones.

## 10) CONDUCTA SUICIDA Y AMBIENTE FAMILIAR

En los casos en los que se produce un comportamiento autoagresivo llegando al suicidio consumado o quedándose en el intento, dentro de las edades que nos ocupan, siempre habrá que preguntarse «cómo es y qué ocurre» en la familia del niño y del adolescente suicida.

Todos los autores que acometen el estudio de este problema coinciden en apuntar al medio familiar como un factor de primer orden, y así las diferentes estadísticas dan cuenta de que en la mayoría de las conductas suicidas infantojuveniles existe un ambiente familiar desorganizado, disfuncional, roto y con una prevalencia importante de trastornos psiquiátricos.

Para Davidson (21) más del 60 por ciento de los adolescentes suicidas se encuentran, sobre todo, ante un cúmulo de dificultades familiares. Kenneth observó una mayor frecuencia de ideas de suicidio y de tentativas de suicidio en los adolescentes que habían sufrido la pérdida de padres. Stober (22), en un estudio de jóvenes suicidas de 14 a 16 años, encuentra que un tercio de ellos vivían sin su madre y la mitad sin el padre. Garfinkel (23) observa, en las familias de suicidas de 6 a 21 años, un mayor uso de sustancias tóxicas, antecedentes psiquiátricos, suicidios en la familia y ausencia del padre o de la madre.

Entre nosotros, Morande y Carrera (1) comparando un grupo suicida con una muestra de la consulta externa de adolescentes, señalan que en los primeros hay un 25% de familias incompletas comparadas con el 18% del grupo control. La disfuncionalidad familiar manifiesta estimada por estos autores es de un 38% comparada con el 23% del grupo no suicidario. Haim profundiza en el concepto de «ausencia paterna» extendiéndolo desde la «ausencia física» a la «ausencia psicológica». En esta línea Sutter relaciona las conductas suicidas con el «síndrome de carencia de autoridad», síndrome que acarrearía una discontinuidad en la personalidad y en la conducta, unas relaciones interpersonales precarias y una tendencia a considerar el suicidio como la solución más fácil ante cualquier tipo de dificultades. No obstante, en este punto, nos parece oportuno recordar que el autoritarismo intermitente o permanente es tan perjudicial como la ausencia de autoridad.

En relación con este tema nuestros resultados, han sido los siguientes:

**TABLA XX**  
**Carencias afectivas**  
**Grupo B**

	N.º de casos	%
— Padres separados	4	10
— Enfermedad mental de uno de los padres		
alcoholismo	5	12
psicopatía	4	10
depresión	5	12
— Madre soltera en medio carencial	1	2
Total casos	19	47,5% del total

En el grupo B de pacientes (Tabla XX) nos encontramos con que en prácticamente la mitad de los casos (47,5% del total) había un desajuste importante del medio familiar, fundamentalmente por separación o enfermedad mental de uno de los padres, recogiendo en esta segunda causa, casos de alcoholismo, psicopatía grave y depresión endógena, en la misma proporción.

Por otra parte, hay que señalar que este porcentaje de familias deterioradas que han podido suponer para nuestros pacientes carencias afectivas importantes es sensiblemente superior al del grupo A, estudiado hace diez años (Tabla XXI).

**TABLA XXI**  
**Carencias afectivas**

	N.º de casos	% del total
Grupo A	16	32
Grupo B	19	47,5

No ha sido relevante, sin embargo, el número de casos con antecedentes de suicidios consumados o intentos de suicidio en la familia, ya que (Tabla XVIII) estos han supuesto un 6% y un 5% en cuanto a las tentativas familiares en los respectivos grupos y 10% en cuan-

to a los suicidios consumados de algún familiar próximo en el grupo A, no encontrando ningún caso de este tipo en el B.

De todas estas aportaciones referentes al medio familiar del suicida creemos que hay dos aspectos a retener: uno la frecuencia de una alteración en este medio y otro que como dice Ajuriaguerra (9) el problema no está en función solamente de lo que aporta el entorno, sino también de como el niño, en pleno proceso evolutivo, vive esa influencia.

McKenry (24) asegura que los jóvenes suicidas tienen una visión negativa de sus padres, que el tiempo que comparten con ellos es poco agradable, que como pareja sus padres son de los peor que han visto, que no están interesados en ellos y que, prácticamente, sólo les preocupan los resultados escolares.

Esto coincide con nuestros resultados ya que (Tabla XXII) para un alto porcentaje de pacientes, tanto en el grupo A como en el B, las relaciones entre sus padres eran «malas» o «muy malas» (54% y 60% en ambos grupos respectivamente). Este dato queda toda

**TABLA XXII**  
**Relaciones interparentales**

	Grupo A	Grupo B
Buenas	46%	40%
Malas	42%	40%
Muy malas	12%	20%

**TABLA XXIII**  
**Adaptación familiar**  
**(Cuestionario de H.M. Bell)**

Rango	Grupo A	Grupo B
Excelente	2%	—
Buena	8%	2%
Normal	8%	6%
No satisfactoria	36%	27%
Mala	46%	65%

vía más acentuado si observamos los resultados del cuestionario de adaptación de adolescentes de Bell, de las que solamente hemos traído aquí los referentes a la «adaptación familiar» por lo que de demostrativos puedan

resultar; pues bien (ver Tabla XXIII) se observa que en el grupo A en un 82% de pacientes, la adaptación familiar era «no satisfactoria» o «mala», mientras que en el grupo B, más recientemente estudiado, este porcentaje sube al 92%, haciéndolo claramente a costa del rango más extremo, es decir, de la adaptación familiar «mala». En el primer grupo de pacientes pudimos hacer un estudio más pormenorizado (3) de los ítems del cuestionario, en cuanto a la adaptación familiar, que registraban puntuaciones más altas. Entre estos ítems, más significativos, se encontraban los siguientes:

— 134a ¿Tienes la impresión de que tus padres no te comprenden bien?

— 9a ¿Tienes algunas veces la impresión de que has sido una decepción para tus padres?

— 21a ¿Te parece a tí que en tu casa debería existir un poco más de comprensión y afecto?

— 138a ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigos disfrutaban de un hogar más feliz que el tuyo?

De todas estas apreciaciones llegamos a una conclusión común con Peck y Litman (25), cuando afirman que los dos tercios de los adolescentes suicidas, estudiados por ellos, no estaban en buenas relaciones con sus familias y que casi el noventa por ciento, pensaban que sus familias no les comprendían, siendo, para estos autores, este hecho de no ser comprendido o apreciado por su familia, la causa más común de infelicidad en la vida del adolescente.

Y es que, al llegar a esta etapa de la vida, el muchacho o la muchacha desean más autonomía y libertad, buscan su intimidad y su grupo de iguales. Pero también necesitan que les rodee y les apoye una estructura familiar «normal», en la que han ido adquiriendo la seguridad emocional básica, imprescindible para culminar con éxito el proceso de emancipación.

En los niños que han crecido en un ambiente familiar desorganizado o con una deficiente comunicación, esta etapa adolescente acentúa los problemas. Los padres se hacen más coléricos y restrictivos, se inmiscuyen en su intimidad y los castigan y controlan de diversas for-



mas, pero sin ningún resultado. Estos adolescentes se vuelven más solitarios, y tienden a considerarse aislados y alienados. Así, mientras sus padres se confiesan impotentes ante el problema ellos se sienten incomprendidos y manifiestan que no hay forma de llegar a un acuerdo con sus familias.

## Bibliografía

1. MORANDE, G.: *Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil*. JANO vol. XXIX n.º 666 págs. 1.848-1.857, 1985.
2. COBO, C.: *El suicidio infantil en España*. El Médico págs. 57-67, 25-1-1985.
3. VELILLA PICAZO, J.M. *La tentativa de suicidio en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Zaragoza. 1979.
4. TUCKMAN, J.: *Attempted suicide in adolescents*. Anuer. J.D. Psy. n.º 119 págs. 228-232, 1962.
5. SCHACHTER, M.: *Tentative e comportamenti di suicidio fra i minori*. Estrato da «Cuaderni di criminología clínica» n.º 2, 1963.
6. DUCHE, D.J.: *Suicides et tentatives de suicide de l'enfant*. Acta Paedopsychiat, vol. 43, págs. 209-211, 1978.
7. RINGEL, E.: *Aspectos de la depresión*. Ed. Malcolun Lader cap. 9, pág. 81, 1973.
8. FEINSTEIN, S.: *Psicopatología y Psiquiatría del adolescente*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
9. AJUARIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1973.
10. SOUBRIER, J.P. y JACOBZINER, D.: *A propos de la depression du jeune*. Revue de Neuropsychiat. Infant. vol. n.º6, págs. 305-308, 1976.
11. GRACIA MARCO, R.: *Aportaciones al estudio de la personalidad en la conducta suicida*. Tesis Doctoral. Facultad de medicina. La Laguna, 1976.
12. SERRAT MORE, D.: *Estudio del suicidio consumado y la tentativa de suicidio en Zaragoza en 1984*.
13. OTTO, V.: *Suicidad acts by children and adolescents*. Acta Psychiat. Scandinav. Supplementum, 233. 1972.
14. REMSCHMIDT, H. y SCHWAB, J.: *Suizidversuche im Kindes un jugendalter*. Acta Paedopsychiat. vol. 43, págs. 197-208, 1978.
15. DESCHAIES, G.: Citado por Alonso Fernández en «*Fundamentos de la Psiquiatría actual*». Ed. Paz Montalvo, pág. 456, 1972.
16. ROJAS, E.: *Estudios sobre el suicidio*. Ed. Salvat, Barcelona. 1978.
17. SOLOMON, P.: *Manual de Psiquiatría*. Ed. Manual moderno, México. 1972.
18. KITAMURA, A.: *Suicidad attempsts of depressed adolescents*. Jap. Child. Adolesc. Psychiatry. vol. 32, págs. 300-315, 1982.
19. STANDFORD, P.D.: *An analysis of drug-related admissions on an adolescent service*. J. Adolesc. Health, Care vol. 3, págs. 114-119, 1982.
20. HAWTON, K.: *Attempted suicide in childrens and adolescents*. J. Child Psychol. Psychiatry. vol. 23, pág. 497-503, 1982.
21. DAVIDSON, F.: *Apport de l'epidemiologie a la comprehension et la prevention du suicide de l'adolescent*. Re. Neuropsychiat. Infantile, vol. 12, págs. 683-691, 1978.
22. STOBER, B.: *Suizidale verhaltensweisen und dere familiare bedingungen bei schulern*. Acta Paedopsychiat. vol. 48, págs. 239-248, 1982.
23. GARFINKEL, B.A.: *Suicide attempts in children and adolescents*. Am. Y. Psychiat. vol. 139, págs. 1.257-1.261, 1982.
24. MCKENRY, P.C.: *Adolescent suicide: A comparison of attempters and nonattempters in an emergency room population*. Clin. Pediatr. vol. 21, págs. 266-270, 1982.
25. PECK, M.L. y LITMAN, R.E.: *El suicidio en la juventud: tendencias actuales*. Trib. Med. Febrero 1974.
26. PFEFER, C.R.: *Suicidad behavior as ni latency age children*. Y. Am. Acd. Child, Psychiatry. vol. 19, págs. 703-710, 1980.

# Muerte y deficiencia mental

A. de los Santos Sánchez Barbudo<sup>1</sup>, M.C. Núñez Jiménez<sup>2</sup>, M.I. Rus Ramírez<sup>3</sup>

Sevilla

## RESUMEN

El concepto de muerte ha ido sufriendo modificaciones a través de la Historia. Ha pasado de la vivencia como fenómeno natural asumido íntegramente a nivel sociofamiliar al de la actualidad en que es experimentado como un hecho anómalo, en el que el niño es reiteradamente apartado de él.

Son diversos los autores que se han interesado por la evolución de la vivencia de muerte en el niño, describiendo por lo general tres etapas en ella.

Nuestra hipótesis de trabajo consiste en valorar la vivencia de muerte en el niño deficiente mental. Para ello contamos con un grupo experimental (N = 30), integrado por niños retrasados mentales leves (según los criterios del D.S.M. III) y un grupo control (N = 30) formado por niños normales escogidos al azar en un centro escolar de nuestra ciudad. Tanto para un grupo como para otro la edad y el sexo fueron equiparables.

Como método clínico aplicamos el Inventario sobre la Vivencia de Muerte de McIntire

(modificado por Santos-Calvo) y como estadístico, la chí-cuadrado.

Se obtienen unos resultados que con posterioridad se analizan. Es de destacar la clara conciencia de muerte que expresan los deficientes mentales ligeros, en comparación con el grupo control.

**Palabras clave:** Deficiencia mental. Muerte.

## INTRODUCCIÓN

La evolución de la vivencia de muerte como cese permanente de la vida y como un fenómeno universal e inevitable se realiza durante la fase operacional concreta (de 7 a 12 años). Sin embargo, los obstáculos del razonamiento al pensamiento abstracto, principalmente la persistencia del egocentrismo, animismo y pensamiento mágico, frenan la consumación. Las experiencias psicosociales del niño en su casa y en su comunidad influyen claramente en el desarrollo del concepto de muerte.

El niño de 6 a 10 años se encuentra en una etapa de transición en la que el concepto de muerte evoluciona rápidamente del mismo modo que la capacidad de comprender al resto del mundo. Aún persisten en gran medida el pensamiento mágico y el egocentrismo.

Es en la etapa de la adolescencia en la que la muerte se vive como un fenómeno universal

<sup>1</sup> Médico Adjunto.

<sup>2</sup> Médico colaborador.

<sup>3</sup> Psicólogo colaborador.

Cátedra de Psiquiatría Infantil. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

**TABLA I**  
**Inventario sobre la vivencia de muerte de Santos-Calvo:**

Apellidos ..... Nombre .....  
 H.<sup>a</sup> n.º ..... Edad ..... Curso ..... Religión .....  
 Frecuencia de educación religiosa: continua/esporádica/Nula/N.C.  
 Estado familiar: familia completa/falta la madre/falta el padre/falta de los padres/pérdida de un(a) hermano(a)/pérdida de otro ser querido.

- 
1. - ¿Qué hace que mueran las cosas?
  2. - ¿Te inquietas por la muerte?
  3. - ¿Se te ha muerto alguna vez un animal querido?
  4. - ¿Te da miedo morirte?
  5. - ¿Piensas alguna vez en la muerte?
  6. - ¿Qué te viene a la cabeza al pensar en la muerte?
  7. - ¿En qué ocasiones piensas en la muerte?
  8. - ¿Piensas en tu propia muerte?
  9. - ¿Te preocupa la muerte de los seres queridos que te rodean?
  10. - Morirse, ¿es parecido a dormirse?
  11. - ¿Puedes resucitar o despertar otra vez?
  12. - La gente que se muere, ¿puede volver a vivir?
  13. - ¿Qué te puede pasar cuando mueras?
  14. - ¿Por qué se muere la gente?
  15. - ¿Has conocido personas que se han muerto? ¿Quiénes?
  16. - ¿De qué murieron?
  17. - ¿Qué le ocurre al cuerpo después de enterrarse?
  18. - ¿Piensas que el cuerpo podrá volver a vivir?
  19. - ¿Piensas que el cuerpo podrá volver de forma diferente?
  20. - ¿Has visto alguna vez una persona muerta?
  21. - ¿Has ido alguna vez a un funeral?
  22. - Después que las personas mueren, ¿saben lo que hacen la gente en la Tierra?
  23. - ¿Deseas continuar viviendo después de la muerte?
  24. - ¿Te vas a morir algún día?
  25. - ¿Cuándo crees tú que vas a morir?
  26. - ¿Piensas en la muerte cuando estás enfermo?
  27. - ¿Cómo piensas que actuará tu familia después de tu muerte?
  28. - Si el cuerpo muere, ¿dónde va el alma o espíritu?
  29. - ¿Puede el alma o espíritu pensar igual que una persona?
- 

es inevitable por el cual termina lo que entendemos por vida (Inhelder y Piaget, 1964). La capacidad que posee para razonar en abstracto hace posible que piense en su propia muerte; y para luchar contra las emociones que le producen dichos pensamientos se vale de la negativa.

Son diversos autores los que se han interesado por la vivencia de muerte en el niño y el adolescente (Nagy, 1948; Maurer, 1966; Gartley y Bernasconi, 1967; McIntire y cols,

1972 y Koocher, 1974).

Entre los 9 y 16 años, el niño reconoce la muerte como un fenómeno natural y las fuertes influencias religiosas en cuanto a la continuación de la vida tras ella.

Referente a la vivencia de muerte en el niño deficiente mental no hemos encontrado en nuestra investigación bibliométrica trabajos y publicaciones que nos informen sobre el tema (Sahler, 1978; Raimbault, 1975; Rapaille, Breugnot y Bouthier, 1982; etc).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestra hipótesis de trabajo se va a centrar sobre esta vivencia de muerte en el deficiente mental. Investigaremos la angustia frente a tal evento, la conciencia de la muerte propia y la ajena, capacidad de pensamiento abstracto sobre este tema y sus implicaciones existenciales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### A) DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está formada por sesenta niños distribuidos en dos grupos. El primero (Grupo Experimental), está integrado por treinta niños retrasados mentales leves (según los criterios del D.S.M. III) vistos en nuestro Servicio de Psiquiatría Infantil, de unas edades que oscilan entre los 10 y los 15 años. El segundo (Grupo Control), está integrado por treinta niños normales, de edades y sexo equiparables a los del Grupo Experimental. La edad media de ambos grupos fue de 12,43 años.

El C.I. medio del Grupo Experimental fue de 61,26 con una desviación estándar de 5,90.

### B) MÉTODO CLÍNICO

Para profundizar sobre el concepto de muerte en los niños retrasados mentales, decidimos modificar y ampliar la Entrevista Estructurada sobre el Concepto de Muerte de McIntire y Angle (McIntire y Angle, 1980). Como resultado de esta modificación salió a la luz el «Inventario sobre la Vivencia de Muerte» de Santos-Calvo (I.V.M.).

Este inventario está compuesto de dos partes. La primera, que aporta los datos de filiación e información religiosa, y la segunda, que es el inventario propiamente dicho.

La modificación y la ampliación, que nos llevó a ultimar el I.V.M., se basó en orientaciones aportadas por las obras de diversos autores especialistas en este tema: Sahler

(1978), Raimbault (1975), Rapaille, Breugnot y Bouthier, (1982), Collet-Lester (1969), Dickstein (1972) y Templer (1970).

El I.V.M. propiamente dicho está integrado por preguntas realizadas al sujeto de forma abierta (en total 29 preguntas) (Tabla I).

### C) MÉTODO ESTADÍSTICO

El método estadístico empleado en el Inventario sobre la Vivencia de Muerte es la chi-cuadrado de Pearson con la corrección de Yates o Kullback según correspondiese.

## RESULTADOS

1) *Religión*: Lo primero que indagamos en el I.V.M. es la creencia religiosa de los niños. Estos fueron los resultados:

	Grupo Experimental	Grupo Control
Católica	9	13
Cristiana	2	10
No lo sabe	18	3
No contesta	1	4

*Análisis de los resultados*:  $\chi^2$ : 20.367 con la corrección de Kullback y un g.l.:1 da una  $p < 0,001$ .

*Conclusión*: mientras que la religión cristiana es más alta significativamente en el grupo control, en el grupo experimental la respuesta «no lo sabe» es significativamente mayor que en el grupo control.

2) *Frecuencia*: En esta segunda pregunta, analizamos la frecuencia con la que el niño asiste con su familia o sólo a los actos religiosos.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Continua	6	5
Esporádica	11	11
Nula	10	8
No contesta	3	6

*Análisis de los resultados:* Agrupamos los resultados en frecuencia continua ( $\chi^2:0,111$ , g.1.:1) y esporádica ( $\chi^2:0$  y g.1.:1).

*Conclusión:* La frecuencia religiosa en ambos grupos es equiparable, no existiendo diferencia significativa.

3) *Estado familiar:* El estado actual de la familia es importante ante la vivencia que pueda tener el niño ante la muerte. En el I.V.M. analizamos si la familia está completa o no; y en esta situación puntualizamos si falta la madre, el padre, los hermanos y otros seres queridos o conocidos.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Completa	1	13
Incompleta	29	17

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2: 13.416$ , g.1.:1,  $p<0,01$ .

*Conclusión:* Las familias completas en los deficientes mentales son menos numerosas estadísticamente hablando que en el grupo control.

4) *ITEM N.º 1: «¿Qué hacen que mueran las cosas?»:*

Las respuestas de ambos grupos son muy dispersas y por lo tanto hemos tenido que reagruparlas en dos grupos. El primer grupo está integrado por «factores deteriorantes» (la enfermedad, la vejez, los accidentes, etc), el segundo grupo por «factores no deteriorantes» (aquellas respuestas en que no esté implícita el concepto de deterioro, tales como: la guerra, la naturaleza, etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Factores Deteriorantes	12	19
Factores no Deteriorantes	18	11

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:3.27$ , g.1.:1.

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

5) *ITEM N.º 2: «¿Te inquietas por la muerte?»:*

Entre las respuestas afirmativas existen razones en ambos grupos tales como: «no quiero morir», «me da miedo». Entre las negativas hay un grupo, en ambos grupos, que no contesta ni da razones y otro que dan por hecho la muerte de una forma natural. Esta última respuesta la da exclusivamente el grupo control y no el experimental.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuestas afirmativa	19	14
Respuesta negativa	8	16
No se/No contesta	3	0

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:6.637$  (corrección de Kullback), g.1.:2 y  $p<0,01$ .

*Conclusión:* El grupo experimental se inquieta por la muerte significativamente menos que el control, y además no saben por qué se inquieta con mayor frecuencia que el grupo control.

6) *ITEM N.º 3: «¿Se te ha muerto alguna vez un animal querido?»:*

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	17	20
Respuesta negativa	13	10

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.635$ , g.1.:1.

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

7) *ITEM N.º 4: «¿Te da miedo morir?»:*

El Grupo Experimental le da miedo morir se porque «me da miedo la caja», «soy muy joven para morir», «no voy a jugar», sin embargo el Grupo Control da otro tipo de respuestas: «no volver a ver los seres queridos», «cuando la muerte es lenta», «no volver a des-

pertar más». El Grupo Experimental da razones por las cuales le da miedo morir, sin embargo cuando no le da miedo no sabe por qué le da miedo morir.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	21	15
Respuesta negativa	9	15

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:2.5, g.1.:1$ .

*Conclusión:* no existen diferencias significativas en ambos grupos.

8) *ITEM N.º 5: «¿Piensas alguna vez en la muerte?»:*

El Grupo Experimental no piensa en la muerte, sin embargo el Control da razones tales como: «me da pena morir», «cuando se sueña por la noche», «cuando se está a solas».

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	8	25
Respuesta negativa	22	5

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:19.461, g.1.:1$  y  $p<0,01$ .

*Conclusión:* El Grupo Experimental piensa en la muerte significativamente menos que el Control y el Grupo Control piensa en la muerte significativamente más que el Experimental.

9) *ITEM N.º 6: «¿Qué te viene a la cabeza al pensar en la muerte?»:*

Ante la dispersión de las respuestas decidimos agruparlas entre los «pensamientos trascendentales» y los «no trascendentales». Los primeros agrupan todas las respuestas referentes a la forma, finalidad y contenido de la muerte («¿Dónde iré?», «no vivir más», «que alguna vez tendrá que llegar ese día»). Los pensamientos no trascendentales agrupan

aquellas respuestas que no están en relación con la finalidad existencial de la vida («dejar sola a mi familia», «curiosidad», «no lo pienso»).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Pensamientos trascenden.	0	15
Pensamientos no trascenden.	30	15

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:20., g.1.:1$  y  $p<0,001$ .

*Conclusión:* Los pensamientos trascendentales no se dan en el Grupo Experimental, mientras que el Grupo Control se reparten al 50% los pensamientos trascendentales y los no trascendentales.

10) *ITEM N.º 7: «¿En qué ocasiones piensas en la muerte?»:*

Las respuestas a este ítem pueden estar ligadas a situaciones desagradables («cuando pasan cosas graves», «cuando estoy sólo», «cuando estoy enfermo», «cuando mis padres se pelean», «cuando los terroristas matan a alguien», etc.) o a que realmente los sujetos no saben en que situaciones piensan en ella.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Situaciones desagradables	21	29
No lo saben	9	1

*Análisis de los resultados:*  $X^2:7.68, g.1.:1$  y  $p<0,0,1$ .

*Conclusión:* El Grupo Control siempre sabe las ocasiones en las que piensa en la muerte, al contrario del Grupo Experimental en el que no saben contestar con mayor frecuencia que aquel grupo.

11) *ITEM N.º 8: «¿Piensas en tu propia muerte?»:*

Los niños contestan afirmativamente («porque llegará el día en que te mueras», «por ser un enigma», «porque se ha muerto mi abue-

lo», etc) o negativamente («porque nunca he pensado en ella», «porque me da miedo», «porque no quiero estar triste»).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	12	21
Respuesta negativa	16	9
No saben/No contestan	2	0

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:6.244, g.1.:2$  y  $p<0,02$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* El Grupo Control no piensa en su propia muerte significativamente tanto como el Grupo Experimental.

12) *ITEM N.º 9: «¿Te preocupa la muerte de los seres queridos que te rodean?»:*

Tanto un grupo como otro le preocupa la muerte de sus seres queridos. Ante la causa de esta preocupación están las siguientes respuestas: «porque los quiero», «porque es como si te murieras tú», «porque la familia quedaría destrozada», «porque no podré verlos más», etc.

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.873, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

13) *ITEM N.º 10: «Morirse ¿es parecido a dormirse?»:*

En este ítem las respuestas son diferentes en los miembros del grupo experimental y del control. Mientras que en los primeros la diferencia se basa en el despertar o no, en los segundos, además del despertar introducen la variable del «pensar». Esto nos hace recapacitar en la diferencia entre la población deficiente y la no deficiente, o sea en la capacidad de abstracción que tiene esta última. No obstante en algunos deficientes el planteamiento de la temporalidad, la sensorialidad y otros temas abstractos son evidentes «dormir es por poco tiempo y morir es para siempre», «dormir los sientes todo y morir no sientes nada».

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	12	14
Respuesta negativa	18	18
No lo sabe	0	3

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:4.122, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

14) *ITEM N.º 11: «¿Puedes resucitar o despertar otra vez?»:*

Nos ha llamado la atención en este ítem la respuesta negativa ante la resurrección por parte de la población infanto-juvenil. Quizás esté relacionado con la precaria educación religiosa que está atravesando nuestra sociedad, en comparación con las décadas anteriores. Respuestas como las que vamos a mostrar certifican dicha aserción: «todavía no ha resucitado nadie», «cuando me muera es para siempre», «el que se muere se queda muerto», etc.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	6	7
Respuesta negativa	20	16
No lo sabe	4	7

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:6.35, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

15) *ITEM N.º 12: «La gente que se muere, ¿puede volver a vivir?»:*

La mayoría de los niños, deficientes o no deficientes, no creen en la vida después de la muerte. Esto nos lleva a meditar sobre el sentido de realidad del niño, incluso del deficiente.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	3	7
Respuesta negativa	26	18
No lo sabe	1	5

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:5.018, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

16) *ITEM N.º 13: «¿Qué te puede pasar cuando mueras?»:*

Como en otras preguntas anteriores, la cantidad de respuestas y su dispersión, nos hizo agruparlas dentro de «eventos físicos» y «eventos trascendentales y no físicos». Los eventos físicos incluyen aquellas respuestas referidas al fenómeno del enterramiento y su posterior descomposición en materia inorgánica. Los eventos trascendentales y no físicos incluyen aquellas contestaciones referidas a temas tales como los de reacción familiar de duelo, el no poder realizar actos como los seres vivos, el encontrarse con Dios, etc.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Eventos físicos	7	8
Eventos no físicos y trascendentales	15	20
No lo sabe/No contesta	8	2

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:4.637, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

17) *ITEM N.º 14: «¿Por qué se muere la gente?»:*

En general las personas pueden morir por ser viejas, por estar enfermas o por sufrir un accidente. Estas son las respuestas más frecuentes dadas por los niños. Otras veces otros acontecimientos la producen: «el hambre»,

«cuando le llega su hora», «lo dice Dios», etc. La mayoría se refieren a un paso más de la vida misma; «se nace, crece, se reproduce y muere».

	Grupo Experimental	Grupo Control
Enfermedad, vejez y accidentes	17	15
Otras respuestas	13	15

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.268, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

18) *ITEM N.º 15: «¿Has conocido personas que se han muerto?»:*

En general, los niños han conocido personas que fallecieron por una u otra causa.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	23	28
Respuesta negativa	7	2

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:2.092, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

19) *ITEM N.º 15 (BIS): «¿Quiénes?»:*

Entre esas personas fallecidas un gran porcentaje se refirieron a su familia.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Familia	17	18
No familia	5	10

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.989, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

20) *ITEM N.º 16: «¿De qué murieron?»:*

Las causas de la muerte de las personas conocidas se concentraron en cuatro grupos: vejez, enfermedad, accidente y otras respuestas. En base a la cantidad o frecuencia de las causas y la operatividad de ellas las dividimos en



muerte por enfermedad («de la garganta», «bultos en las espaldas», etc) y muerte por otras causas («de accidente», «de vejez», etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
De enfermedad	13	16
De otras causas	17	14

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.061, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

21) *ITEM N.º 17: «¿Qué le ocurre al cuerpo después de enterrarse?»:*

Las contestaciones por lo general se refirieron a los «eventos propios de la putrefacción» («se convierte en esqueleto», «se pudre», «los bichos se lo comen», «se convierte en ceniza», etc.) y otras respuestas del tipo («el alma sube al Cielo», «se siente uno decaído», «nada», etc.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Eventos propios del fenómeno de la putrefacción	12	26
Otras causas	18	4

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:14.067, g.1.:1, p<0,001$ .

*Conclusión:* El Grupo Control da diversas respuestas que no tienen que ver con el fenómeno de la putrefacción significativamente menor que el Grupo Experimental.

22) *ITEM N.º 18: «¿Piensas que el cuerpo podrá volver a vivir?»:*

Los niños de ambos grupos no creen «en la resurrección de los muertos» como dicen los Evangelios. Esta respuesta puede estar relacionada con la educación religiosa dada por la familia y/o la escuela. Respuestas tales como: «una vez deshecho el cuerpo no podrá crearse», «el cuerpo se destruye», «nada más que hay huesos», etc, sopesan la declaración anterior.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	6	6
Respuesta negativa	23	22
No lo sabe	1	2

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0,361, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

23) *ITEM N.º 19: «¿Piensas que el cuerpo podrá volver de forma diferente?»:*

Este ítem tiene una gran relación con el anterior. La mayoría de los niños no piensa que el cuerpo podrá volver de forma diferente («es imposible», «no volverá a formarse», «se queda así para siempre», etc.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	7	10
Respuesta negativa	21	16
No lo sabe	2	4

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.889, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

24) *ITEM N.º 20: «¿Has visto alguna vez una persona muerta?»:*

Se reparten por casi igual las respuestas afirmativas y las negativas. Es significativo la influencia de la T.V., tras la emisión de programas informativos de catástrofes, crímenes, etc, en un contacto directo visual del niño ante la muerte.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuestas afirmativas	11	11
Respuestas negativas	19	19

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

25) *ITEM N.º 21: «¿Has ido alguna vez a un funeral?»:*

La inmensa mayoría de niños de ambos grupos nunca han ido a un funeral por diversas causas, siendo la más frecuente la negación de los padres ante tal presencia, y como consecuencia de las influencias familiares dan estas contestaciones: «yo no quiero ver esas cosas», «los niños no van a esas cosas», «nadię me ha hablado de eso», etc.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	8	8
Respuesta negativa	22	22

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

26) *ITEM N.º 22: «Después de que las personas mueren ¿saben lo que hace la gente en la tierra?»:*

Ante este ítem hay diversidad de respuestas. Unos lo afirman («sí porque están al lado de Dios, y Dios está en todo sitio», «ellos nos ven desde el Cielo», «porque el alma sigue ahí», «creo que nos espían, etc), otros lo niegan («porque no sienten nada», «porque al morir se borran del mapa», «porque nosotros estamos en la Tierra y ellos en el Cielo», etc), otros no entienden la pregunta y otros no lo saben.

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	1	7
Respuesta negativa	12	10
No lo sabe	6	8

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:6.836, g.1.:3$

(corrección de Kullback).  $p<0,05$ .

*Conclusión:* El Grupo Experimental piensa menos que el control sobre si los muertos saben lo que hacen los hombres en la Tierra.

27) *ITEM N.º 23: «¿Deseas cotinuar viviendo después de la muerte?»:*

Un moderado porcentaje de niños de ambos grupos desea continuar viviendo después de la muerte («porque me gusta la vida», «para ver las nuevas generaciones», «para jugar», «para ver películas», etc). Sin embargo otros no desean («porque quiero que llegue el límite de mi vida y me muera como los demás», «porque quiero que ocupe mi lugar otro ser vivo», etc.).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	16	23
Respuesta negativa	13	5

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:4.285, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

28) *ITEM N.º 24: «¿Te vas a morir algún día?»:*

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	14	26
Respuesta negativa	13	1
No lo sabe	3	3

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:14.859, g.1.:2$ ,  $p<0,001$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* El Grupo Control sabe con certeza significativamente que va a morir más que el Grupo Experimental.

29) *ITEM N.º 25: «¿Cuándo crees tu que te vas a morir?»:*

La mayoría de los niños de ambos grupos

saben el momento existencial de su muerte («a los cien años», «cuando sea viejo», «cuando llegue mi hora», «cuando Dios quiera», «cuando yo quiera», etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Saben el momento existencial	18	20
No lo saben	12	10

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.287, g.1:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

30) *ITEM N.º 26: «¿Piensas en la muerte cuando estás enfermo?»:*

Aunque las respuestas sean parecidas en uno y otro grupo es de destacar la vivencia de angustia en los deficientes en comparación con los niños no deficientes («porque me puedo morir», «no me quiero morir», etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	13	16
Respuesta negativa	16	13
No lo sabe	1	1

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:6.621, g.1.:2$  (corrección de Kullback).

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

31) *ITEM N.º 27: «¿Cómo piensas que actuará tu familia después de tu muerte?»:*

Tanto en uno como en otro grupo reaccionará de dos formas diferentes: «reacción depresiva» («llorará», «con pena», «recordándome», «desastrosamente», etc.) y «otros tipos de reacciones» («haciendo lo mismo que yo hacía», «volverán a trabajar», etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Reacción depresiva	16	20
Otros tipos de reacciones	14	10

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:1.111, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

32) *ITEM N.º 28: «Si el cuerpo muere, ¿dónde va el alma o espíritu?»:*

Por lo general y en ambos grupos, el destino es conocido («al Cielo o al Infierno», «se queda en casa», «a otra vida», etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Destino conocido	24	22
Destino desconocido	6	8

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:0.373, g.1.:1$ .

*Conclusión:* No existen diferencias significativas en ambos grupos.

33) *ITEM N.º 29: «¿Puede el alma o espíritu pensar igual que una persona?»:*

Las respuestas pueden ser afirmativas («porque el alma es la persona en general», «porque el alma ha pertenecido a otra persona», etc) y negativas («porque su organismo después de muerto no funciona», «porque el espíritu está callado», «porque el alma cuando se entierra no piensa», «porque el alma está muerta», etc).

	Grupo Experimental	Grupo Control
Respuesta afirmativa	8	19
Respuesta negativa	18	7
No lo sabe	4	4

*Análisis de los resultados:*  $\chi^2:8.624, g.1.:2, p<0,02$ .

*Conclusión:* El Grupo Experimental cree que

el alma no piensa igual que el ser vivo, al contrario del Grupo Control que piensa que sí.

## CONCLUSIONES

1. Mientras que la religión cristiana es más alta significativamente en el Grupo Control, el Grupo Experimental la respuesta «no lo sabe» es significativamente mayor que el Grupo Control.

2. Las familias completas en el Grupo Experimental son menos numerosas.

3. El Grupo Experimental se inquieta por la muerte significativamente menos que el Control, y además no saben por qué se inquieta con mayor frecuencia que el Grupo Control.

4. El Grupo Experimental piensa en la muerte significativamente menos que el Grupo Control y el Grupo Control piensa en la muerte significativamente más que el Experimental.

5. Los pensamientos trascendentales no se dan en el Grupo Experimental mientras que en el Grupo Control se reparten al 50% los pensamientos trascendentales y los no trascendentales.

6. El Grupo Control siempre sabe las ocasiones en las que piensa en la muerte, al contrario del Grupo Experimental en el que no saben contestar con mayor frecuencia que aquel grupo.

7. Ante la pregunta de ¿qué le ocurre al cuerpo después de enterrarse?, el Grupo Control da diversas respuestas que no tienen que ver con el fenómeno de la putrefacción significativamente menor que el Grupo Experimental.

8. El Grupo Experimental piensa menos

que el Grupo Control sobre si los muertos saben lo que hacen las personas vivas en la Tierra.

9. El Grupo Control sabe con certeza significativamente más que va a morir que el Grupo Experimental.

10. El Grupo Experimental cree que el alma no piensa igual que el ser vivo, al contrario del Grupo Control que piensa que sí.

## Bibliografía

1. COLLET-LESTER: *Fear of death and fear of dying*, Journal of Psychol, 72: 178-181, 1969.
2. DICKSTEIN, L.S. y BLATT, S.J.: *Death concern: measurement and correlates*, Psychol. Reports, 30: 563-571, 1966.
3. GARTLEY, W. y BERNASCONI, M.: *The concept of death in children*, J. Genet. Psychol., 110: 71, 1967.
4. INHELDER, B. y PIAGET, J.: *The early growth of logic in the child*, Harper and Row Publishers, Nueva York, 1964.
5. KOOCHER, G.P.: *Talking with children about death*, Am. J. Orthopsychiatry, 44: 404, 1974.
6. MAURER, A.: *Maturation of the conception of death*, J. Med. Psychol., 39: 35, 1966.
7. MCINTIRE, M.S., ANGLE, C.R. y STRUEMPLER, L.J.: *The concept of death in midwestern children and youth*, Am. J. Dis. Child., 123: 527, 1972.
8. MCINTIRE, M.S. y ANGLE, C.R.: *Suicide attempts in children and youth*, Harper and Row Publishers, 1980.
9. NAGY, M.H.: *The child's view of death*, J. Genet. Psychol., 73: 3, 1948.
10. RAIMBAULT, G.: *El niño y la muerte*, Editorial Saltes, Madrid, 1975.
11. RAPAILLE, G.C., BRFUGNOT, P. y BOTHIER, B.: *Escúchelo: es su hijo*, Colección Libre, Juan Granica Ediciones, Barcelona, 1982.
12. SAHLER, C.J.Z.: *El niño y la muerte*, Editorial Alhambra, Madrid, 1978.
13. TEMPLER, D.I.: *The construction and validation of a death Anxiety Scale*, Journal of General Psychology, 82: 165-177, 1970.

# Anorexia mental: estudio de campo

J. Tomás, N. Bassas, X. Gastaminza, R. Vacas y R. Passols

Barcelona

## RESUMEN

Hemos realizado un estudio de campo, que data de 1969 a 1988, con 53 casos. Las edades oscilan entre 10 y 21 años, siendo la mayor frecuencia de 13 a 15 años de edad. En la muestra hay que destacar 5 varones, uno de los cuales, por decisión familiar, no siguió el tratamiento.

La sintomatología más frecuente en el curso de la enfermedad fue en su primera fase: «niño prudente», irritabilidad y obsesiones. En la segunda fase predominaron: fobias, obsesiones, irritabilidad, agitación y ansiedad. Y en la tercera fase hallamos con mayor frecuencia: pasividad, inhibición, fobias y obsesiones.

En cuanto al tratamiento, la psicoterapia individual se practicó en 42 de los 53 casos, con evidente mejoría de la personalidad. La separación ambiental, factor que consideramos imprescindible aunque no suficiente para la resolución de la enfermedad, se llevó a cabo en 39 de ellos. Y el tratamiento biológico, generalmente mediante antidepresivos, se administró a 44, algunos de los cuales tomaron más de un medicamento en el curso del tratamiento.

La evolución fue positiva en 35 de los 53 casos. Quince no evolucionaron correctamente

debido a que abandonaron el tratamiento; de los tres restantes, uno cayó en una depresión psicótica y los otros dos no practicaron la separación ambiental recomendada.

**Palabras clave:** Anorexia Mental. Adolescencia.

## INTRODUCCIÓN

La Anorexia Mental es un trastorno de origen psíquico, reconocido hoy en día prácticamente por todos los autores, que afecta fundamentalmente a las conductas alimentarias, y cuya repercusión somática ha situado el problema en el ámbito de la patología psicósomática.

La Anorexia Mental consiste en una inhibición severa; en una conducta de bloqueo instintivo esencial, expresión de un conflicto pulsional, que pone en cuestión la estructura del Yo, manifestando la existencia de fallos precoces en el desarrollo de la personalidad del individuo.

En la Anorexia Mental, junto al trastorno de la conducta alimentaria, se añaden otros igualmente importantes que configuran esta entidad denominada «Síndrome de las tres A»: Adalgamiento, Anorexia y Amenorrea. Hay que destacar su inicio generalmente durante las etapas de la pubertad y adolescen-

cia, juntamente con su preferencia por el sexo femenino y su aumento de frecuencia en los últimos 20 años.

## HISTORIA

En el siglo XI, Avicena describe el tratamiento de un joven príncipe con síntomas anoréxicos en un contexto depresivo. La primera descripción precisa la dio Richard Morton (1694) denominándola «Consumption nerviosa», presentando una clínica de: falta aparente de apetito, rechazo de la comida, amenorrea, hiperactividad, estreñimiento y caquexia.

La verdadera individuación de la Anorexia Mental como entidad clínica se realiza en el s. XIX. Su historia nosográfica se puede resumir en tres fases:

1.<sup>a</sup> Fase: Casi simultáneamente W. Gull en Inglaterra (1864-74) y E. Lasègue en Francia (1873-74) describieron la Anorexia Mental. Ambos autores hacen referencia a la histeria y a un trastorno del tracto digestivo; pero la «Apepsia histérica» de Gull se transforma, ante la confirmación de la presencia de pepsina gástrica, en la «Anorexia Nervosa»; y la «Anorexia histérica» de Lasègue en la «Anorexia Mental» de C. Huchard (1883). Los dos autores coinciden en la importancia del entorno en el tratamiento, fundamentalmente en la actitud del médico con la paciente, en la nocividad de la presencia de la familia, y señalan el valor semiológico de la indiferencia de la paciente y de su falta de quejas. En 1885 Charcot y Dèjerine defendieron la necesidad de la separación familiar de la paciente, observando en ellas rasgos totalmente histéricos. Las primeras tentativas de distinción entre la Anorexia Mental, de origen psíquico, y la secundaria las hizo Gilles de la Tourette (1908), remarcando que estas pacientes sí tienen apetito aunque rechacen la comida, y que muestran una alteración de la percepción de su cuerpo y de los alimentos. P. Janet (1910) describió varios casos e incluyó la Anorexia Mental en los trastornos de la alimentación de

origen neuropático dividiéndolos en distintas formas: obsesionales, psicoasténicos e histéricos.

2.<sup>a</sup> Fase: A partir del descubrimiento de la Caquexia hipofisaria por Simmonds de Hamtony (1914) empieza una nueva fase en las investigaciones que vuelven a una explicación fisiopatológica. Desde este momento los endocrinólogos la consideran una forma de Panhipopituitarismo subsidiaria de un tratamiento hormonal. En 1937 Sheehan con el descubrimiento de la Necrosis hipofisaria del postparto vuelve a situar el origen de la Anorexia Mental en la esfera psíquica.

3.<sup>a</sup> Fase: Marcada por la concepción psicológica actual de la Anorexia Mental. Se desarrollan múltiples estudios psicopatológicos, catamnésicos y ensayos de evaluación pronóstica. Dicha concepción es la que se desarrolla en la presente exposición.

## MATERIAL Y MÉTODO

Nos hemos ceñido al concepto de clasificación del DSM III, incluyendo exclusivamente los casos que reunían los siguientes criterios:

A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que pierde peso.

B. Alteración de la imagen corporal.

C. Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan ese 25%.

D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según la edad y la talla.

E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

Hemos podido recoger 53 casos de Anorexia Mental en adolescentes que van de los 10 a los 21 años de edad: 48 hembras y 5 varones. Las historias clínicas proceden del Hospital Infantil del Valle Hebrón y de consultas privadas que datan de 1969 a 1988.

EDAD											
		13a11m									
		13a10m									
		13a9m		15a11m							
		13a9m		15a9m							
		13a9m		15a9m							
		13a6m		15a9m	16a10m						
		13a3m		15a9m	16a10m		19a7m				
	11a10m	13a3m		15a3m	16a9m		19a7m				
	11a8m	12a10m	13a3m	15a3m	16a9m		19a4m				
	11a8m	12a8m	13a2m	15a3m	16a2m	17a11m	19a4m				
	11a5m	12a7m	13a	14a5m	15a3m	16a2m	17a7m	19a3m			21a4m
9a10m	11a1m	12a5m	13a	14a	15a1m	16a1m	17a	19a	20a3m	21a	
1	5	4	12	2	10	7	3	6	1	2	

## ESTUDIO CLÍNICO

Caracterizado por la unidad de expresión de la conducta anoréxica. El cuadro clásico es el de una joven adolescente, entre 10 y 21 años, que presenta la tríada sintomática de: adelgazamiento, anorexia y amenorrea.

En nuestra muestra, la mayor presentación por edades la encontramos entre los 13 y los 15 años.

### A) Tríada sintomática

En nuestra muestra, la tríada básica se vió en todos los casos excepto la amenorrea en donde 10 casos eran sin menarquia previa y 5 casos que eran varones.

1. *Adelgazamiento*: A menudo sobrepasa el 25% del peso inicial, pudiendo llegar alguna vez a más del 50%. El diagnóstico se realiza, según algunos autores, a partir del 10% o 25% de pérdida. El solo hecho de pérdida ponderal progresiva se considera importante en la actualidad. En pocas semanas es suficiente para provocar: la desaparición de formas femeninas, aspecto androide, cabellos secos y uñas estriadas y frágiles, hipotensión arterial, bradicardia, cianosis acra y frío en las extremidades.

En nuestra muestra, el peso al inicio del tratamiento osciló entre 25 y 72.500 kg, con una

pérdida ponderal mayoritariamente superior al 25%. Antes de acudir a la consulta, entre 1 mes y 2 años, la pérdida ponderal reconocida fue entre 3 y más de 10 kilos, siendo la más frecuente entre 6 y más de 10 kilos.

#### PESO AL INICIO DEL TRATAMIENTO

25 kg – 72.500 kg.

#### *Pérdida*

> 25 % 38

= 25 % 3

< 25 % 12

(Tiempo<sup>1</sup>)

#### TALLA AL INICIO DEL TRATAMIENTO

1.50 – 1.78

#### *Edad*

10a. – 21 a.

#### TIEMPO DE PÉRDIDA

1 mes – 2 años

#### *Peso mínimo*

28.000 – 52.000

#### *Peso perdido*

3 – 4 kg. 4

4 – 6 kg. 7

6 – 8 kg. 19

8 – 10 kg. 8

> 10 kg. 15

2. *Anorexia*: Es el síntoma guía. Normalmente anuncia el inicio de los trastornos, siendo el adelgazamiento secundario. La pérdida del apetito no es el motivo alegado por los pacientes para justificar su comportamiento, sino las dificultades digestivas o la obesidad. Es, por lo tanto, una conducta activa de restricción de alimentos asociada a accesos bulímicos, interés particular por la alimentación, ritos alimentarios, medidas de control de la ingesta y la excreción, vómitos provocados, toma de laxantes o diuréticos... Debido a esto, Guioira, en el siglo pasado, habló de «Disorexia».

Es de destacar, en nuestra muestra, la gran variabilidad de desencadenantes atribuidos por la familia al inicio de la enfermedad. Observamos que aunque en 16 casos lo atribuyen a la obesidad, como subrayan la mayoría de los autores, en otros 12 casos la familia no reconocía ningún factor desencadenante.

---

CONCEPTO FAMILIAR DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD: DESENCADENANTES

Vacuna antivarólica	1
Traumatismo (1 m. de reposo)	2
Trauma afectivo severo (20 a.)	1
Estudio universitario	1
Obesidad	16
Fallecimiento	4
Inicio escolar	1
No saben	12
Separación temporal de la madre	9
Cambio de escuela	3
Discusión con su padre	1
Fracaso en estudios	1
Hacer mal olor	1

---

3. *Amenorrea*: En el 55% de los casos coincide con el inicio de la Anorexia Mental, en el 16% la precede y en el 25% la sigue. La amenorrea puede ser primaria o secundaria si tenía o no previamente la menstruación. La amenorrea no está ligada a la pérdida ponderal y normalmente es uno de los últimos síntomas en desaparecer, señalando la curación para algunos autores. Se inscribe en los trastornos de eje córtico-hipotálamo-hipofisario que acompañan a la conducta anoréxica.

De los 53 casos de amenorrea de nuestra

muestra, 10 de ellos, en menores de 13 años, no mostraban menarquia previa. Hay 5 varones en la muestra.

Junto a esta tríada básica existe un signo negativo importante que es la ausencia de trastornos mentales mayores que excluiría totalmente el cuadro de Anorexia Mental.

## B) Entrevista dinámica

### I) Actitudes psicológicas particulares

Este conjunto configura una constelación muy evocadora que no constituye, por sí misma, un trastorno mental específico. Aunque sí debe considerarse que existen ciertas actitudes psicológicas o psicopatológicas particulares que indican la presencia de conflictos psicológicos específicos de la Anorexia Mental.

1. *Desconocimiento de su delgadez*: Pone de relieve el trastorno de la percepción de la imagen corporal. El adelgazamiento produce bienestar y sensación de triunfo sobre su propio cuerpo, que les conduce a negar el peligro a que se exponen y facilita el trastorno de la realidad.

2. *Deseo de adelgazar y miedo a engordar*: Puede predominar uno u otro pero siempre están ambos presentes. Esto les lleva a tomar incesantemente medidas de control: pesarse después de comer, buscar las calorías de los alimentos, medir sus perímetros, etc.

3. *Actitud particular ante la comida y sus necesidades fisiológicas*: Esta conducta se inscribe en un contexto de negación y/o control de las necesidades fisiológicas del cuerpo. En relación al alimento se traduce en los siguientes aspectos: interés exagerado por la alimentación, tentativa de controlar su apetito con vómitos provocados y episodios bulímicos, sentimiento de placer ante la sensación de apetito, hiperactividad, falta de noción de fatiga, voluntades ascéticas y trastornos del sueño.

4. *Vida relacional*: Está marcada por: a.— Mantenimiento de una relación de dependencia con los objetos de investimiento. b.— Tentativa de suplir esta dependencia por la negación de los lazos afectivos y de la necesidad



de ellos y por la voluntad de autosuficiencia.

5. *Sexualidad*: Es objeto de rechazo total tanto en el sentido fisiológico como en el deseo. Presenta una falta de investimento erótico del cuerpo y ausencia de masturbación. Si existe actividad sexual se realiza sin deseo, maquinalmente, y se inscribe en el contexto de dominio de sí misma. A menudo hay comportamientos de seducción.

## II) Sintomatología

Los síntomas clínicos más frecuentes que hemos hallado en la entrevista con los pacientes son: depresión, normativización, actitud afectiva absorbente con celotipia, disociabilidad, introversión, apatía, dependencia materna, inhibición, hiperactividad, irritabilidad y pobreza afectiva, emocional e ideativa, pudor extremo. Las alteraciones del sueño se hallaron en 34 pacientes, repartidas en forma de: insomnio (18), pesadillas (5), bruxismo (1), cansancio al despertar (4) y sueño alterado (7).

En la entrevista dinámica, encontramos: No aceptación del rol femenino, desvalorización, debilidad yoica, faux self, inmadurez afectiva, impulsividad, conductas regresivas, amenaza de fuga, odio expresado, ansiedad, miedos, pudor extremo, afán de agradar.

En el análisis de los contenidos de los sueños se destacan los temas de muerte, asesinato, persecución, angustia, alimentación, abandono, accidente y dependencia materna.

El dibujo libre de nuestras pacientes anoréxicas es perfeccionista, no constando figuras humanas (o sólo constan las cabezas, o están de espalda o de perfil, o son estereotipadas) y con sentimientos de soledad; llenan toda la página y predominan los colores fuertes y las construcciones rígidas; son vacíos, infantiles, de trazo débil, repetitivos y agresivos.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Anorexia.
- Amenorrea.
- Adelgazamiento con pérdida de 10 y el

25% del peso.

- Inicio anterior a los 25 años y posterior a la pubertad.
- Actitudes perturbadas respecto a la alimentación.
- Negación de la enfermedad.
- No aceptación de sus necesidades nutritivas.
- Deseos de adelgazamiento extremo.
- Conductas de manipulación y restricción de alimentos (vómitos, etc).
- Ausencia de enfermedad orgánica.
- Ausencia de enfermedad psiquiátrica mayor.
- Presencia de fobias ponderales, obsesiones, etc.
- Cierta hipertrichosis cuando la enfermedad está evolucionada.

## ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS

En nuestra muestra prácticamente no hallamos casos de psicopatología previa franca excepto en 4 pacientes, uno con psicosis depre-

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Sin antecedentes	26
Anorexia anterior. Intento suicidio	1
Tics, dishipnias, déficit escolar, mentiras, robos	3
Inhibición. Disociabilidad	7
Crisis aquinética. Fracaso escolar	2
Asma grave	2
Piromanía. Depresión	1
Alopecia areata	1
Tartamudez	2
Bronconeumonía	2
Miedo intenso	5
Operación	3
Dependencia madre	1
Cefalalgias. Abdominalgias	1
Aerofagia	1
Angustia de separación	3
Balanceo cabeza	1
Dislexia	1

**OBSESIONES. TIPOS**

Abrir-cerrar cajones	Subir-bajar escaleras
Encender-apagar luces	Religiosidad extrema
Idea obsesiva	Pudor exagerado
Ducharse con libro	Conductas. Actitudes
Lavar manos y dientes	Objetos en sitios concretos
Hábitos anancásticos	Sólo WC de casa
Tocar a madre cuando hermana la tocaba	Mirar TV de pie
Leer y escribir	Dormir sábana
Puerta	Potomanía
Limpieza	Orden
Dormir tapado	Pañuelo
Gotas nariz	Vaso noche

siva (15 a 1 m), dos con neurosis obsesiva (13 y 13 a 3 m) y uno con epilepsia (21 a).

La mayoría de nuestros pacientes no presentaban antecedentes psicopatológicos previos; en los que se hallaron, en general sobresalía la patología de inhibición.

Las fobias se presentaron en 26 de nuestros casos, siendo muy variadas, desde la fobia al color blanco hasta a los vasos y platos usados, pasando por los alimentos con hueso, limpiarse besos, etc.

**FOBIAS. TIPOS**

Color blanco	Aceitunas
Leche	Frutas con hueso
Agua de mar sucia	Limpia besos
Aceite	Alimento con hueso
Vaso, plato usado	Fitualización fóbica
Algún alimento	Tocarla
Tocar sus cosas	Ropa usada
Claustrofobia	Gente
Sangre	Ropa de otros. Faldas
Ascensor	Picor Ropa

Las obsesiones las hallamos en 25 de los 53 casos, presentándose principalmente en forma de: abrir y cerrar cajones, importante religiosidad, encender y apagar luces, pudor extremo, ideas obsesivas y hábitos anancásticos, etc.

**FISIOPATOLOGÍA**

Existe un gran número de perturbaciones metabólicas y fisiológicas secundarias a la res-

tricción alimenticia, al estado carencial resultante y en ocasiones a los vómitos y a la toma de laxantes y diuréticos en cantidades que pueden ser importantes y conducir a una situación de urgencia. Frecuentemente se constatará:

— Apariencia física significativa: piel seca, lanuga, uñas frágiles, signos de deshidratación y erosiones bucales sobretodo en los que vomitan. Presentan hiper胡萝卜素emia, extremidades cianóticas e intolerancia al frío. El fenómeno de Raynaud no es excepcional.

— Metabolismo basal inferior en un 20 al 40% al normal. Hipotermia constante. Colesterolemia elevada. Hipoglicemia moderada con sensibilidad a la insulina superior a la media. Insulinemia baja y el coma hipoglicémico es excepcional. Trastornos hidroelectrolíticos frecuentes después de los vómitos, el uso de laxantes o de diuréticos. La hipokaliemia puede ser importante pero bien tolerada y la azotemia está a menudo bien tolerada.

— Sistema cardio-circulatorio: hay una disminución del volumen sanguíneo con hipotensión y bradicardia. El ECG muestra un bajo voltaje del complejo QRS, con inversión de T y aplanamiento o depresión del segmento ST sin trastorno isquémico acompañante.

— Alteraciones hematológicas que muestran habitualmente una anemia hipocroma ferropénica o megaloblástica, y una leucopenia con aumento de linfocitos.

— Sistema endocrino. Revela un trastorno

funcional hipotálamo-hipofisario que se traduce en: disminución de hormonas tiroideas, nivel disminuido de hormonas ováricas, sobre todo progesterona, y en los casos de Anorexia masculina, se halla una tasa muy baja de testosterona.

Las exploraciones complementarias a que fueron sometidos los pacientes de nuestra muestra son las siguientes: tránsito gastroduodenal, radiología de cráneo, exploración heces, exploración tórax, enema opaco, fondo de ojo y audiometría.

El electroencefalograma se practicó en 33 casos, siendo normal en 28 de nuestros pacientes y se hallaron ritmos rápidos en 5 casos.

## EVOLUCIÓN

No hay descritas remisiones espontáneas.

La Anorexia Mental puede llegar a cronificarse de tal forma que dure de 15 a 20 años. El peso es lo que fácilmente se normaliza y la amenorrea lo que se resuelve más tardíamente. El 50% presenta una vida social, profesional y sexual insatisfactoria. A menudo, se acompaña de fases de obesidad. El rendimiento escolar es brillante.

### TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN NUESTRA PRIMERA VISITA

1m. - 3m.	7
3m. - 6m.	10
6m. - 1a.	9
1a. - 2a	13
+ 2a.	3
No consta	11

— Los enfermos se presentaron a la primera visita en nuestra consulta cuando llevaban de un mes a dos años de evolución de la enfermedad. La mayor frecuencia fue de uno a dos años de evolución.

— El rendimiento escolar es brillante en 25 de nuestra muestra, normal en 12 y bajo en 12; no consta en 4 casos.

— La evolución ponderal de nuestra muestra consistió en: una mejoría inicial (29 casos),

un empeoramiento a mitad del tratamiento (18 casos) y una estabilización en bajo peso; (20 casos) apareciendo 11 casos de mala evolución ponderal.

— La evolución de la enfermedad en nuestra serie fue de un mínimo de 13 meses y un máximo de 3,1 años, con una duración media de casi 2 años (22 m).

— Los síntomas psiquiátricos se abigarran y pueden evolucionar a patologías diversas, no existiendo una estructura clara. A veces hay una psicotización progresiva del comportamiento. Presentan episodios depresivos en el 70% de los casos.

— En nuestra muestra, la evolución fue positiva en 35 de los 53 casos. 15 no evolucionaron correctamente debido a que abandonaron el tratamiento, y de los tres restantes, uno cayó en una depresión psicótica y los otros dos no practicaron la separación ambiental recomendada.

— La muerte intercurrente aparece en el 5% de los casos. El suicidio en el 20% de más de 18 años y en el 15% entre los 15 y 18 años.

## PRONÓSTICO

El pronóstico se presenta más favorable si el inicio de la Anorexia Mental ocurre en la adolescencia (12-15 años), si se precede de un incremento ponderal antes del inicio o si existe un trauma psicológico anterior. Menos importantes son la existencia de manifestaciones histéricas o de un estado de sufrimiento, la ausencia de hiperactividad, el reconocimiento del hambre y una familia poco numerosa.

El pronóstico será desfavorable si se inicia después de la adolescencia, si hay múltiples hospitalizaciones previas y de larga duración, si se acompaña de manifestaciones obsesivas importantes y si muestra una negación total de su enfermedad.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. *Enfermedades orgánicas.* El diagnóstico diferencial se establece frente a: Tumores del

sistema nervioso central; Enfermedad de Crohn; Enfermedad de Addison; Síndrome de Turner (rara) y Cuadros infecciosos (tuberculosis, brucelosis, etc).

2. *Enfermedades psiquiátricas.* La ausencia de cualquier otra patología psiquiátrica entra en los criterios de diagnóstico de la Anorexia. Según la sintomatología anterior al inicio de la Anorexia se podrá establecer el diagnóstico diferencial.

## EPIDEMIOLOGÍA

La Anorexia Mental está aumentando su frecuencia en las sociedades occidentales.

Nylander (1971), en Suecia, señala una frecuencia de 1/500 en adolescentes y Schawabe observa un índice de 1/200 en las sociedades occidentales.

## ETIOPATOGENIA

### 1. *Psicodinámica*

Se sitúa la perturbación fundamental de la estructura de estos pacientes en relación a las dificultades precoces de la organización de la personalidad y también en relación al fracaso que significa la pubertad, para cada uno de ellos, por no disponer en este estado fundamental del desarrollo, de recursos suficientes en el aparato del Yo, para investir el conjunto de pulsiones que aparecen en la pubertad, preadolescencia y adolescencia; y, en función de estas pulsiones, poder elaborar y estructurar una organización psicoafectiva reforzante del conjunto global de su personalidad, para asumir la totalidad de la individuación. Todo ello plantea cuales son las características o los problemas que configuran la personalidad previa. Son niñas con una eficacia importante respecto a las expectativas ambientales, familiares y escolares; extraordinariamente sometidas y normativizadas, con conductas adultizadas de mayor expresión en el ámbito familiar. Estas conductas, asocia-

das a otras características semejantes, configuran un comportamiento descrito por algunos autores como «comportamiento prudente». Como ya es sabido, dicho comportamiento es el niño que, de acuerdo con las teorías madurativas del análisis kleiniano, se encuentra anclado en la posición depresiva del Yo y mantiene una dependencia hacia la figura materna. Esta dependencia, aunque sin tomar las características de una relación simbiótica (agresividad, culpabilización, identificación), configura una estructura de estilo depresivo-ansioso en la que la dependencia será ambivalente madre-hija, hasta la situación de «faux self» normativo, de función limitante y que responde a las exigencias preverbiales no expresadas por el ambiente, pero que se cumplen satisfactoriamente a través de la niña. Esta, debido al bloqueo y a la concesión permanente a los deseos normativizantes del ambiente, no consigue elaborar una personalidad, una individuación, o un Yo lo suficientemente fuerte que le permita, en sus primeras fases, romper con la dependencia y elaborar los investimentos libidinales necesarios, y posteriormente ser capaz de adaptarse en función de las sucesivas exigencias de cada uno de los estadios de desarrollo.

A su vez, debemos señalar que la duración que tenga el síndrome anoréxico y la respuesta que produzca en el medio ambiental y familiar en que se sitúa modifica la estructura de este medio. Se producen un conjunto de cambios que actuarán de distinta forma en el contexto evolutivo del síndrome anoréxico y repercutirán sobre el pronóstico.

La Anorexia, en primer lugar, vendrá a constituir una conducta autónoma individual en el contexto dinámico en que aparece. Significará una modificación y una perturbación importante en las estructuras ya establecidas; y a través de su evolución y organización, constituirá un elemento dinámico perturbador y organizador del ambiente.

La aparición de la Anorexia o de sus modalidades evolutivas, deberá ser valorada como el resultado variable de esta organiza-

ción premórbida, completamente fundamental y con gran potencia en el conjunto etiopatogénico. Existirán otros elementos con posibilidades potenciales que no serán suficientemente convincentes en cuanto a responsabilidad etiológica primaria, pero con carácter agravante en algunos casos. Se hallan acontecimientos de carácter somático entre los que, sin duda, la pubertad constituye un elemento principal, y que configuran una necesidad urgente de capacidad organizadora para la conducta anoréxica. Esto último debe considerarse como muy valorable en relación al pronóstico y para decidir las medidas terapéuticas.

La función dinámica y estructurante de la adolescencia conferirá una potencialidad organizadora en sí misma de la estructura de la personalidad, debiendo considerarse en los procesos de integración que están ocurriendo en la aparición y apoyo del proceso anoréxico. Parece, como señala Brusset, que el proceso anoréxico viniera a subvertir progresivamente la personalidad para conformarla al mismo modelo, a una misma forma de respuesta.

La sintomatología más frecuente acompañante en la primera fase (pre mórbida) en nuestra muestra fue: «niño prudente», irritabilidad, obsesividad, fantaseo referencial, dependencia y despersonalización. Mientras que los síntomas menos frecuentes fueron: disociabilidad, distimias, inseguridad, inhibición, neurosis obsesiva, depresión e insomnio.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo normal.....	45
No deseado.....	3
Mal aceptado.....	1
Accidentado.....	3
Hemorragias.....	1
Parto normal.....	47
Distocia. Cesárea.....	2
Anoxia. Cesárea.....	1
Fórceps.....	2
Reanimación.....	1

De los antecedentes obstétricos de nuestra muestra, casi todos los partos fueron eutócitos y con embarazos normales.

El período posterior al parto, en casi todos fue normal excepto 2 casos de anorexia neonatal y uno con balanceo de cabeza. La evolución psicomotriz la hallamos normal en 48 casos. 4 pacientes presentaron torpeza psicomotriz en su infancia y otro hipotonía muscular.

Respecto al lenguaje, sólo 2 pacientes presentaron una dislalia, 3 tartamudez y 1 palilalia.

Referente a los organizadores de Spitz, el primero de los cuales es el desarrollo de la respuesta social de la sonrisa hacia el final del tercer mes de vida y el segundo, la angustia de los 8 meses, ambos fueron normales.

Se encontraron 6 casos de enuresis, 3 de ellos secundaria y 3 primarias prolongadas.

#### 2. Familiar

La familia de la anoréxica es disfuncional. La perturbación relacional dinámica en este grupo se sitúa, a semejanza de los esquemas de perturbación propios de las familias psicósomáticas, en aquellas en que se aprecian los factores de déficit de individuación con persistencia importante de la dependencia madre-hija. Las interacciones entre los comportamientos de sobreprotección, rigidez e intolerancia por una parte y los conflictos por otra, a través de comportamientos de evitación y de dejar pendientes de resolución los conflictos relacionales de ansiedad, sería todo el grupo de características fundamentales de este esquema familiar alterado, cuyo rol aparente activo es llevado a cabo por la madre y el inoperante, pasivo, por el padre.

El conjunto categorial de estos comportamientos se traducen en la creación de fronteras débiles entre los individuos, y por la existencia de una ausencia de diferenciación interpersonal en los subsistemas familiares. No existe vida privada en cada uno de los miembros y se aprecia dentro del conjunto una hipersensibilidad e hiperactividad de

cada miembro frente a la tensión o a la acción de los demás individuos del conjunto.

En este contexto, los autores que abordan este tipo de comprensión de la Anorexia Mental interpretan que el síntoma de la Anorexia Mental podría ser un intento final de proteger a la familia por parte del paciente.

Según estos autores, el factor clave que conferiría síntomas específicos sería la implicación del paciente en el conflicto parental, el cual sería totalmente insoportable para él; a su vez, los padres transforman sus dificultades de pareja en problemas de su hijo. El conflicto conyugal se transformará en un conflicto expresado a través de las funciones parentales, por lo que se pondrán en marcha un conjunto de actitudes transaccionales que tendrán como finalidad conseguir con la niña una alianza defensiva frente a la pareja. Esta triangulación es inestable y la coalición donde ésta consigue su estabilidad es el camuflaje para la pareja conyugal, la cual puede a partir de este momento, presentarse muy unida y como si su único problema fuera la enfermedad del niño.

El padre presenta un rol totalmente simbólico y carente de autoridad, con un Yo débil, siendo investida la autoridad por la fuerza de la madre. Esta presenta una dependencia e identificación con la niña, y la perturbación dinámica es tan intensa y evidenciable a través de manifestaciones que aparecen en la madre cuando se instituye, por ejemplo, la separación familiar, que parece que los posibles trastornos de tipo triangular padre-madre-hijo, son más una situación accidental por falta de actitud paterna reforzante y estructurante del rol de la madre, que no realmente de responsabilidad etiopatogénica.

Los antecedentes familiares de nuestra muestra en su gran mayoría no revisten interés. Solamente en 18 casos se halla una patología relevante.

El estrato social predominante, teniendo en cuenta que nuestros pacientes se han obtenido de un medio hospitalario y de consultas privadas, fue la clase media 16 y media-alta

## ANTECEDENTES FAMILIARES

No constan.....	35
Madre anoréxica puberal. Psicopatía	
tio paterno.....	2
Madre celotipia severa.....	1
Tía paterna suicida.....	1
Madre depresiva.....	5
Abuela depresiva e hitérica.....	1
Madre ansiosa, histérica y prediabética.....	2
Hermano depresivo, ansioso, fóbico	
y disléxico.....	4
Separación padres.....	1
Bisabuela suicida.....	1

16; alta 3, baja cualificada 5 y baja 3.

La presencia de muerte en la familia dato no estudiado en otros trabajos, se halló en 19 casos. Se reparte de la siguiente forma: muerte hermano mayor 4, muerte padre o madre 1, muerte abuelo/a 6; abortos anteriores 3 y posteriores 5.

## PSICOPATOLOGÍA

### 1. *Psicopatología individual*

Existe un estilo relacional y modalidades de funcionamiento mental, característicos de la Anorexia Mental, que se inscriben en una personalidad premórbida particular y marcan la vida afectiva y relacional de estos pacientes más allá de la desaparición de los síntomas.

En el curso de la historia el acento se pondrá sucesivamente en la naturaleza de los fantasmas y el conflicto pulsional subyacente al síntoma, para desplazarse después sobre la patología de la organización de la personalidad en sí misma.

El conflicto pulsional se manifiesta con la evitación de la sexualidad genital y la erotización de las conductas alimenticias.

El Simposium de Göttingen (1965) implicó un giro en la concepción psicopatológica de la Anorexia Mental. Las conclusiones fueron las siguientes: la Anorexia Mental es una estructura específica; el conflicto esencial se si-

túa en la esfera corporal y no en las funciones alimenticias sexualmente investidas; expresa una incapacidad de asumir el rol genital y las transformaciones corporales propias de la pubertad.

H. Bruch considera que el trastorno fundamental es una alteración de la imagen corporal, secundaria a perturbaciones de la percepción interoceptiva, y que estas perturbaciones son debidas a trastornos en los primeros aprendizajes en los que la madre impone sus propias sensaciones y necesidades. Así, la identidad de la niña se fragiliza y depende del entorno junto con sentimientos de impotencia, ineficacia y dependencia. El rasgo esencial de la Anorexia Mental es la lucha por la autonomía y la reconquista de un sentimiento de eficacia ejercido por el control del cuerpo.

Diferentes estudios psicopatológicos remarcan la problemática de la identidad en la Anorexia Mental, señalando la importancia del conflicto dependencia-autonomía y la vulnerabilidad fundamental de la anoréxica. El efecto destructor de la Anorexia Mental no es buscado en sí mismo, sino que es la consecuencia del uso del sentimiento de autonomía, necesidad psicológica indispensable para la supervivencia. Con ello, la anoréxica se encuentra más dependiente del entorno del cual ella quiere liberarse.

Los conflictos de identificación provocan un movimiento de desinversión de las relaciones objetales y un empobrecimiento del funcionamiento mental y de las capacidades imaginativas y asociativas.

El proceso anoréxico se acompaña de una sensación megalomaniaca ligada al control de sus necesidades, al sentimiento de autosuficiencia y a la satisfacción de autoengendrar su imagen ideal. Este fantasma de dominio total comporta un clima maniaco que provoca la conducta anoréxica. El cuerpo femenino pulsional está reducido a su funcionalidad y es objeto de dominio total.

La anoréxica tiene poca capacidad de introspección: no «insight», intolerancia a las interpretaciones; tampoco tiene capacidad de proyección y de manejo de la agresividad, tradu-

ciéndose, ésta, en una impersonalización de las relaciones por el recurso a la racionalización y a la realidad objetiva como negación del mundo interno.

El acceso bulímico realiza la satisfacción pulsional en sus modalidades más represivas; los componentes orales y anales de la libido y de la agresividad le dan un recurso y puede conducirlo a los límites de la despersonalización.

A continuación presentamos la sintomatología más frecuente de la segunda fase, o de estado, que encontramos en nuestra serie, destacando las fobias, obsesiones, irritabilidad, agitación, ansiedad, inhibición, dependencia, tristeza, autoagresividad, hiperactividad, disociabilidad, distimias, ideas de muerte, alteración imagen corporal y uso de laxantes.

Otros síntomas menos frecuentes encontrados son: oralidad destructiva, vómitos-mareos, aislamiento, tr. atención, déficit noción realidad, inseguridad, rechazo rol femenino, celotipia, agresividad, apatía, anhedonia, culpabilización, regresión, tr. sueño, tiranización y labilidad emocional.

La sintomatología acompañante de la tercera fase, o de caquexia, en nuestra muestra son: pasividad, apatía, bloqueo, disafectividad —desapego, inhibición, fobias y obsesiones. Otros síntomas no tan frecuentes de esta tercera fase son: tristeza, llanto fácil, fatiga, náuseas, vómitos, mareos, aislamiento e impulsividad.

La prueba efectuada para la obtención del coeficiente intelectual fue el WISC, destacando un importante subgrupo de CI normal-medio (25 casos) al igual que CI superior (25 casos), a diferencia de lo señalado por la mayoría de autores que tan sólo destacan el CI superior; los resultados son armónicos o con un relativo déficit verbal ligero. En cuanto al perfil aptitudinal (Bender, Fig. Comp. Rey) no encontramos hallazgos relevantes: déficit memoria visuo-espacial en 7 casos, e incapacidad analítica en 4.

En la exploración psicopatológica y entrevista dinámica de nuestra serie se recoge: una personalidad depresivo-ansiosa, autoagresivi-

dad, déficit proyectivo, sentimientos de culpa, bloqueo afectivo, negación yoica y personalidad fóbico-obsesiva.

Los tests y cuestionarios de personalidad administrados fueron los siguientes: test de la familia, HTP y TAT, Pata negra, Arbol, Garabatos; Bell, Guilford-Benreuter, Rosenzweig, MMPI, EPI y TAMAI.

Las características de personalidad encontradas en el test de la Familia fueron la inhibición, identificación materna, rivalidad fraterna, autodesvalorización, carencia afectiva, regresión, sentimiento de culpabilidad, rigidez y rechazo del rol femenino.

Los resultados obtenidos en el HTP, test de la casa, el árbol y la persona, en los 46 casos en que se administró, destacaron por orden de frecuencia: dependencia, ansiedad, aislamiento, inseguridad, Yo débil, control, indecisión, culpa, agresividad y presiones ambientales.

En las respuestas del TAT se pusieron de manifiesto figuras parentales agobiantes, sentimientos de culpa, ansiedad, inhibición, carencia afectiva, noción de abandono e ideas de muerte.

En el test de Pata Negra apreciamos rasgos como tendencias no asumidas, agresividad reprimida, inadaptación familiar, culpa, bloqueo aislamiento, dependencia y sentimientos de abandono.

En el test proyectivo del árbol de Koch (Corman), sobresale la inhibición, inseguridad, represión, inadaptación, culpa, rigidez, susceptibilidad y carencia afectiva.

El hallazgo más frecuente del test de Garabatos (Corman) es la agresividad manifiesta con tendencia al aislamiento e inhibición.

En el cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell: adaptación familiar normal en 19 casos y en 9 anormal; adaptación social normal en 15 y anormal en 13; emocional, en 1 caso normal y en 9 anormal; y la adaptación a la salud fueron 16 casos normales y 12 anormales.

En el cuestionario de personalidad de Guilford destaca la hipersensibilidad y la descon-

fianza, deseo de dominio, represión emocional, timidez e impulsividad.

De mayor a menor frecuencia se puede observar las características de la personalidad en nuestros pacientes a los que se les administró el cuestionario de Bernreuter: tendencia a sumisión, dependencia, inestabilidad emocional, introversión y tendencia a la soledad.

En el cuestionario de Rosenzweig mostraron falta de iniciativa, noción de culpa, inadaptación social, bloqueo, inhibición y autoagresividad.

En el Inventarios de Personalidad del Minnesota, MMPI, destacan la depresión, inseguridad, mecanismos defensivos, tensión emocional, aislamiento, somatización, ansiedad, conformismo, sumisión, perfeccionismo, hipersensibilidad, introversión, apatía e indiferencia.

En el cuestionario de EPI, se remarca la estabilidad emocional, introversión, ansiedad, depresión, retraimiento e hipersensibilidad.

En el TAMAI: adaptación personal normal en 1 caso y en 6 anormal; adaptación escolar normal en los 7 casos aplicados; social, en 2 casos normal y en 5 anormal; y la adaptación familiar fueron 2 casos normales y 5 anormales.

## 2. *Psicopatología familiar*

Aquellas teorías que enfocan la explicación etiopatogénica del síndrome de la Anorexia Mental como expresión individualizada de una perturbación psicopatológica global del conjunto familiar, destacan unas características comportamentales de cada uno de los distintos individuos del conjunto familiar.

### a. *Madres.*

Las madres, por una parte, son descritas como dominantes e incluso tiránicas, poco calurosas o expresivas de afectividad, rígidas, contradictorias y que evitan la expresión de sentimientos positivos y manifestaciones emocionales. Al mismo tiempo, existe otro grupo de madres que presentan una personalidad de tipo fóbico, con formaciones reactivas asociadas, que, a veces, puede ser de tipo obsesivo. Por último, la tipología más frecuente, se re-



fiere a aquellas que se caracterizan por ser madres en las que predominan las manifestaciones de tipo depresivo, manifiestas o latentes, y que muchas veces parecen ser la causa aparente de no haber favorecido la independización de la paciente en las primeras épocas de su vida. En este último grupo de madres, su ansiedad no les permite soportar la angustia de separación o de ausencia que siente el niño a partir del octavo mes de vida; y esta incapacidad sostiene los lazos de dependencia, no permitiendo que la angustia de separación constituya, como debe ser, la base de la futura individuación del niño.

Las características más sobresalientes que hemos hallado en la madre de nuestras pacientes fueron: el temor a la muerte de sus hijos, sueños de muerte, dependencia respecto a su propia madre, sobreprotección, ansiedad y personalidad anulada. Siendo las características menos frecuentes: nerviosismo, exigencia, impulsividad, conflictiva-histérica, malos tratos, disafectividad, miedo a soledad, claustrofobia, cefalalgias, culpa, introversión y depresión.

#### b. *Padres.*

La revisión de la literatura destaca el rol fundamental del padre en la Anorexia Mental. Aquellos que consideran que la perturbación fundamental etiopatogénica es la perturbación psicopatológica global del triángulo familiar, son los que mejor describen las características comportamentales del padre. Padres de carácter y personalidad débil, sometidos totalmente a la dominación de la madre, con una absoluta incapacidad de dar una noción de autoridad o de vivenciar o expresar sentimientos de hostilidad, jugando un papel totalmente pasivo que produce en su grupo familiar unas reacciones de estructuración específicas.

Referente a la figura paterna, las características más relevantes halladas en nuestra cauéstica son: la de ser un padre «nutridor» supliendo las funciones de la madre, con personalidad débil, dominante-exigente, agresivo, rígido y dependiendo de su propia madre.

Acompañan a las anteriores características del padre pero con menor frecuencia la no conciencia del problema, fobia a los ruidos, introversión, separación, sentimientos de culpa y rivalidad.

#### c. *Hermanos*

Siguiendo en el ámbito de la valoración psicopatológica familiar, normalmente no se encuentran problemas significativos que no sean los habituales en la dinámica relacional entre hermanos. En algunos casos en que existan discretos conflictos, estos responderían a causas independientes de la Anorexia Mental.

Es de destacar que el número de hijos en nuestras familias que presentaron un paciente con Anorexia Mental, oscilaron entre 2 y 4 hijos; los casos con hijo único —2— fueron clara minoría, lo contrario de lo que afirman varios autores.

La situación de nuestros pacientes en la fratría fue mayoritariamente como segundo hijo —26— y con un hermano menor —15—.

#### SITUACION EN LA FRATRIA

Hijo único		2
Hijo mayor		15
Hijo 2.º		26
1.º Varón	6	
1.º Hembra	20 (Gemela 1)	
Más de un hermano mayor		13
Un hermano más pequeño		25
Varón	12	
Hembra	13	
Hijo menor		23

#### TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico se desarrolla en diversas pautas. Por una parte, se considera como condición indispensable la hospitalización o separación ambiental del paciente, buscando un aislamiento total del medio familiar a fin de enfrentar y romper en este paciente su dependencia y crear una situación de exigencia de individuación. Muchas veces, la hospi-

talización se usa como intermedio para conseguir una familia sustituta que se haga cargo de la niña. En otros casos, se aprovechará la hospitalización para efectuar una realimentación que si presenta una pérdida ponderal excesiva, será forzada mediante sonda nasogástrica. La alimentación parenteral es una medida excepcional.

La permanencia en medio hospitalario acostumbra a oscilar entre 3 y 6 semanas, sin salir de la sala, tolerando únicamente los desplazamientos necesarios para efectuar exploraciones o entrevistas con la paciente. Al personal de la sala se le da una normativa tendente a evitar actitudes de sobreprotección o de agobio y facilitar una actividad ocupacional que favorezca su inserción en ella.

La parentectomía en medio familiar es radical y de una duración que oscila entre 6 y 11 meses, y cuya finalización está ligada a la evolución de la psicoterapia que se establece con la paciente, habitualmente dos sesiones semanales, a partir de su ingreso en el hospital. En determinados casos se establece un soporte terapéutico a la madre.

#### TRATAMIENTO BIOLÓGICO

##### Antidepresivos:

Sulpiride	8
Imipramina	10
Clorimipramina	10
Amitriptilina	8
Otros:	
Ciproheptadina	20
Thioridazine	2
Clorazepato dipotásico	2
Levomepromazina	2

El tratamiento con antidepresivos tricíclicos es excepcional. Las pacientes que se tratan con antidepresivos, no presentan ninguna diferencia significativa en cuanto a la evolución terapéutica respecto a las que no se les ha administrado, incluso parece que el acceso y la evolución psicoterapéutica ha sido más laboriosa y se ha prolongado la evolución global de las pacientes y su resolución con la aparición de la menstruación.

18 de nuestros casos precisaron ingreso hospitalario que duró desde una semana a dos meses, siendo necesaria la alimentación forzada mediante sonda nasogástrica en sólo 5 pacientes. La separación ambiental fue la norma en casi todos nuestros casos —39— oscilando desde varios días a un año y medio.

El método terapéutico de la relajación solamente se efectuó en 6 casos de toda la muestra. La psicoterapia individual —42 casos— se efectuó en dos sesiones semanales, con técnica de apoyo, elaboración de fantasía y reidentificación del rol femenino.

El tratamiento psicofarmacológico, generalmente mediante antidepresivos, se administró a 44 pacientes, algunos de los cuales tomaron más de un fármaco en el curso del tratamiento.

#### Bibliografía

- ALEXANDER, R.D.: Psychosom. Med. N.W. Norton, Nueva York, 1950.
- AJUARIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría infantil*. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1977.
- ANTONELLI, F. y GUANTIERI, G.: *Anorexia e Obesita*. Atti del Secondo Congresso Nazionale Della Società Italiana Di Medicina Psicossomatica; Verona, 18-20 Aprile, 1969.
- BAKAN, R.: *Anorexia y cinc*. The Lancet (ed. esp.) vol. 6, n.º 2, 1985.
- BARCAI, A.: *Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. Am. J. Psychiat. 1: 3, 286-290, September, 1971.
- BERLIN, I.M. y otros; *Adolescent Alternative of Anorexia and Obesity*. American Journal Orthopsychiatry, XV, 65, 1945.
- BUEUMONT, P.J., GEORGE, G.C.W. y SMART, D.E.: *Dieters and vomiters and purgers in Anorexia Nervosa*. Psycholog. Med., 6: 617, 1976.
- BEUMONT, P.J. y WEIR, P.: *Clinical presentations of Anorexia Nervosa*. Abstracts VI World Congress of Psychiatry, pág. 148, Honolulu, 1977.
- BIERMANN, G.: *Tratado de Psiquiatría infantil*. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1978.
- BINSWANGER, L.: *Artículos y conferencias escogidas*. Ed. Gredos, Madrid, 1973.
- BINSWANGER, L.: *The case of Ellen West*. En R. May., E. Angel y H. Ellen Berger (compiladores). Existence, N. York, págs. 237-364, Basic Books, 1958.
- BLISS, E. y BRANCH, Ch.: *Anorexia Nervosa*. N.

- York. Paul B. Hocher, 1960.
13. BRANCH, C.H.H. y FURMAN, L.J.: *Social attitudes toward patients with Anorexia Nervosa*. Am. J. Psychiatry, 137/5: (631-632), 1980.
  14. BRUCH, H.: *Perils of behavior modification in treatment of Anorexia Nervosa*. JAMA: Vol. 230 (10): 1.419-1.422, Dec. 1974.
  15. BRUCH, H.: *Anorexia Nervosa and its Differential Diagnosis*. J. Nerv. and Ment. Dis. 141: 555-556, 1966.
  16. BRUCH, H.: *Family transactions in eating disorders*. Comprehensive Psychiatry, Vol. 12 (3): 238-248, May, 1971.
  17. BRUCH, H.: *Eating disorders*. N. York. Basic Books, 1973.
  18. BRUCH, H.: *La obesidad en la adolescencia*. En Psicología social de la adolescencia, de Caplan y Lebovici. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
  19. BRUCH, H.: *Death in Anorexia Nervosa*. Psychosom. Med., Vol. 33 n.º 2, 135-144, March-April 1971.
  20. BRUCH, H.: *Perceptual and conceptual disturbances in Anorexia Nervosa*. Psychosom. Med. XXIV, 187-194, 1962.
  21. BRUSSET, B.: *La Anorexia: Inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente*. Col. Nueva Paideia. Ed. Planeta, Barcelona.
  22. BRUSSET, B. y JEAMMET, P.: *Episodes of bulimia in the development of Anorexia Nervosa in the adolescent*. Revue de Neuropsychiatrie Infantile e d'Hygiene Mentale de l'Enfance, Vol. 19 (11): 661-690, Nov. 1971.
  23. CERVERA, S., CASANOVA, J., AGUIRRE, M., LAHOR-TIGA, F. y GURPEGUI, M.: *Anorexia Nervosa: Análisis fenomenológico-estructural a través del test de Szondi*. Ed. Roche, Madrid, 1984.
  24. CRISP, A.H.: *Anorexia Nervosa*. Hospital Medicine, 1: 713-718, 1967.
  25. CRISP, A.H., HARDING, B. y MCGUINNES, B.: *Anorexia Nervosa psychoneurotic characteristics of parents; relationship to prognosis: A quantitative study*. J. of Psychosom. Res., Vol. 18 (8): 167-173, Jun. 1974.
  26. CRISP, A.H. y KALUGY, R.S.: *Aspects of the perceptual disorder in Anorexia Nervosa*. Br. J. Med. Psychol. 47: 349, 1974.
  27. CRISP, A.H.: *Anorexia Nervosa: Let me he*. London, Academia Press, 1980.
  28. CHINCHILLA, A.: *La Anorexia Nervosa*. Ed. Servicios de bibliografía médicas de Perre Internacional, S.A. DLB. 3.402, 1983.
  29. DALLY, P.: *Anorexia Nervosa*. Ed. William Heine-mann Medical Books Limited, London, 1969.
  30. DACOURT, J.: *L'Anorexie Mentale (cachexie psychodocrienne de l'adolescence)*. Strasbourg, Med. 114, n.º 5, 233-247, 1964.
  31. DELAY, J.: *La narco-analyse d'une Anorexie Mentale*. Presse Med., 57: 577, Juin, 1949.
  32. *DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Toray Mosson, 1984.
  33. DUBOIS, F.S.: *Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa)*. Am. J. Of Psychial., 106-107, 1949.
  34. EY, H.: *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1979.
  35. PEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, SB. y otros: *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiat. 26: 57-63, 1972.
  36. GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E.: *Handbook of psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press, N. York, 1985.
  37. GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M.: *Anorexia Nervosa*. Brunner Mazel Publishers; N. York, 1982.
  38. GULL, Sir W.W.: *Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*. Transaction of the Clinical Society of London, VII, 22-28, 1874.
  39. HALMI, K.A., POWER, P. y CUNNINGHAM, S.: *Treatments of Anorexia Nervosa with Behavior Modification*. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 32, 93-9, Jan. 1975.
  40. HILL, O.W.: *Anorexia Nervosa*. Modern Trends in Psychosom. Med., 3, Ed. by Hill, Butterworths, London, Boston, 1976.
  41. HSU, I.K.G.: *Outcome of Anorexia Nervosa*. Arch. Gen. Psychiatr., 37: 1.041-3.046, 1980.
  42. JEAMNET, Ph.: *L'Anorexie Mentale*. Encycl. Med.-Chir. Paris. 37350 A<sup>10</sup>-2, 1984.
  43. JONES, D.J. et al: *Epidemiology of Anorexia Nervosa*. In Monroe County, N. York: 1980-1976. Pshycho-som. Med., 42: 551-558, 1980.
  44. KANNER, L.: *Psiquiatría Infantil*. Ed. Siglo XX, Buenos Aires.
  45. KAY, D.W.K. y LEIGH, D.: *The natural history, treatment and prognosis of Anorexia Nervosa, based in study of 38 patients*. Journal of Mental Science, 100: 411-431, 1954.
  46. KESTEMBERG, E.: *L'Anorexie Mentale*. Rev. Med. Psychosom., 10, n.º 4, 452-460, 1968.
  47. KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J. y DECOUBERT, S.: *El hambre y el cuerpo*. Ed. Espasa-Calpe, S.A., Madrid, 1976.
  48. LABOUCARIE, J. y BARRES, P.: *Les anorexies mentales*. E.M.C. —Psychiatrie, 3, 1970, 37350 A<sup>10</sup>.
  49. LAPLANE, R.: *Anorexie de l'enfant et de l'adolescent*. E.M.C., 4.101 G<sup>40</sup>, 2, 1986.
  50. LASEGUE, CH.: *De l'Anorexie Hystérique*. Archives Generales de Medecine, Vol. XXI pág. 385-403, Avril, 1873.
  51. LOPEZ IBOR, J.J.: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Ed. Gredos, Madrid, 1966.
  52. LOLPEZ IBOR ALIÑO, J.J. y LOPEZ IBOR, J.J.: *El cuerpo y la corporalidad*. Ed. Gredos, Madrid 1974.
  53. MARCO, J.: *Ascétismo et intellectualization: Conduites de defense contre l'angoisse dans l'anorexie mentale*. Those Médecine, Toulouse, 1968.

54. MARTI, C., BOSCH, J., VILARDELL, E., CALAF, J., CABERO, A. y VELAZQUEZ, L.: *Anorexia Nervosa*. Rev. Jano, n.º 586, Oct. 1983.
55. MEYER, J.E. y FELLMANN, H.: *Anorexia Nervosa*. Symposium am 24/25 April 1975, in Göttingen, Georg. Thieme Verlag edit., Stugart 1965.
56. MORELL, S.: *Anorexia Nervosa: Revisión teórica y estudio de 46 casos*. Tesina de licenciatura. Director Sánchez Turet; M. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología, 1985.
57. MORTON, R.: *Phthisiologia or a Treatise of Consumptions*. 2nd. Ed. London 1720.
58. O'PLANGAN, P.M.: *A possible New Treatments of weight loss in affective disorders and Anorexia Nervosa*. Brit. J. Psychiat. 1976.
59. OTIN, J.M., SARRO, B.: *Abordaje psicoterápico y dietético en la Anorexia Nervosa*. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. Tomo XVII, n.º 3. Jul-Set. 1965.
60. POROT, M., COUBERT, A.J. y FLEMAT, M.: *Les significations d'une Anorexie Mentale*. La Revue de Medecine. V-14, 33: 2.123-2.130, 1973.
61. RUSELL, G.F.M.: *Anorexia Nervosa: Its identity as and illness and its treatment*. In modern trends in Psycholog. Med. Ed. J. 11. Price. pp. 131-164. Butterworths; London 1970.
62. RUSSELL, G.: *The current treatment of Anorexia Nervosa*. Brit. J. Psychiat. 138: 164-166. 1981.
63. SANCHEZ PLANELL, L.: *Trastornos de la alimentación*. Medicine n.º 69 Psiquiatría II. Pág. 2.867.
64. SCHNEIBER, K.: *Psicopatología clínica*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1975.
65. SELVINI, M.P.: *L'anoressia mentale*. Biblioteca de Psichiatria é de psicologia clinica. Feltrinelli ed. Milan 1963. 66. SELVINI, M.P.: *Interpretation of mental anorexia*. In Anorexia Nervosa: Symposium am 24/25. April 1965 in Göttingen. pp. 96-103. Ed. by J.E. Meyer and H. Peldmann. Thisme, Stugart.
67. SELVINI PALAZOLI, M.: *Psicoterapia de la anoressia mentale: Accorgimenti tecnici e difficoltà*. *Anorexia e obesita*. S.E.M.P.; Verona, 18-20 Aprile 1969.
68. SELVINI PALAZOLI, M.: *The family with the anorexic patient: A model system*. Archivio de Neurol. Psicol. y Psiq. Vol. 33 (4) Jul. 1972.
69. SCURS, J.A.: *The anorexia nervosa syndrome*. J. Psychoanal. 55: 567-579, 1974.
70. SCHOTZE, G.: *Anorexia Mental*. Ed. Herder, Barcelona. Biblio. de Psicología n.º 117, 1983.
71. THEANDER, S.: *Anorexia Nervosa*. Act. Psychiat. Scand. Supple. 214, 1970.
72. THOMA, H.: *Anorexia Nervosa*. Stugard 1961.
73. TOLSTRUI, K.: *La Anorexia Nervosa: una enfermedad psicósomática típica de la pubertad y de la adolescencia*. Rev. Sandoz, Vol. 21 n.º 2/3, 1983.
74. SHITE, J.H. y SCHNAULTZ, N.L.: *Successful treatment of Anorexia Nervosa with imipramine*. Dis. Nerv. Sys. 38: 567-568, 1977.
75. ZUTT, J.: *Psiquiatría antropológica*. Ed. Gredos, Madrid, 1974.

# Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años

M. J. Mardomingo\* y S. González\*\*

Madrid, Sevilla

## RESUMEN

Se presenta la segunda parte de la Escala de Acontecimientos Vitales para la población española, en este caso de 12 a 18 años.

Partiendo los autores de su escala para la población entre 6 y 12 años, acoplan parámetros adecuados a la adolescencia y los complementan con otros de diversas escalas anglosajonas.

Se verifica la concordancia existente —en cuanto a valoración de los distintos acontecimientos entre distintos profesionales que están en contacto con estas edades.

**Palabras clave:** Acontecimientos vitales. Estrés. Escalas. Detección.

## INTRODUCCIÓN

Los acontecimientos vitales que tienen lugar en la vida del adolescente van a exigir de

parte de éste un proceso de adaptación, ya que le van a provocar un determinado grado de estrés.

A pesar de que todo el mundo maneja el término estrés, son muy pocos los que lo hacen ateniéndose a su significado específico. Según la Real Academia de la Lengua Española, el estrés se define como «situación de un individuo vivo o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo muy próximo a enfermar».

Desde el punto de vista médico, el concepto de estrés se ha enfocado desde distintas perspectivas. Un primer modelo entendía al organismo como un sistema homeostático que vería perturbado su equilibrio interno por una estimulación perturbadora que sería el estrés (9). Más tarde apareció el modelo de Seyle (74), según el cual el estrés provocaría en el organismo el «síndrome general de adaptación» que sería, en último término, un automatismo biológico. Un tercer modelo fue el de Mason y su teoría neuroendocrina del estrés (55). Finalmente aparecen las teorías cognitivas de R. Lazarus (41) el cual entiende que el estrés tiene lugar cuando una estimulación (una cognición) incrementa la activación del

\* Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

\*\* Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario. Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla. Es decir, que el estrés se situaría entre la sobreestimulación (sobrecarga) y la acción atenuadora o restauradora del organismo, que implica una estrategia adaptativa en la que el individuo puede intervenir.

Pero lo más interesante acerca del estrés es su relación con la enfermedad. Un excesivo estrés que impida al individuo un normal afrontamiento del mismo puede predisponer a este a sufrir una determinada enfermedad. Esto es especialmente importante en los niños y adolescentes, ya que la susceptibilidad al estrés varía con el momento de la evolución, siendo ésta mayor en los organismos más jóvenes (81).

Hasta el momento, todos los métodos que se han utilizado para el estudio del estrés se han basado prioritariamente en estímulos agresivos de naturaleza física (shock eléctrico). Con estos métodos se pierde la variabilidad interindividual al ser percibidos dichos estímulos como una cognición forzosamente amenazadora. Pero en la clínica se ha demostrado que en el hombre predomina la activación debida a estímulos agresivos de origen psicosocial y, dado que en la propia clínica hay constancia de los efectos negativos de las adversidades y amenazas a lo largo de la vida, el estudio empírico de los acontecimientos vitales (stressful life events) se ha desarrollado a partir de trabajos que persiguen calcular factores de riesgo y establecer correlaciones entre acontecimientos vitales y aparición de enfermedades.

Para dicho estudio se han utilizado las escalas de acontecimientos vitales, en las cuales se intenta objetivar aquellos acontecimientos más significativos en cuanto a la capacidad potencial de producir una determinada enfermedad.

El primer trabajo, ya clásico, que se ocupa de estas escalas y de su utilización a la hora de estudiar las relaciones entre el estrés y la enfermedad, es el de Holmes y Rahe en 1967 (30) (Figura 1). Dicha escala, de 43 acontecimientos vitales se elaboró seleccionando de entre 5.000 historias clínicas de enfermos somá-

ticos, aquellos sucesos que aparecían con mayor frecuencia en los períodos inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad. Después se pidió a un grupo de población que diera un valor numérico estresante a cada acontecimiento, tomando como referencia que al matrimonio se le otorgaba un valor de 50 al ser un acontecimiento que no exigía excesivas readaptaciones.

A partir de este primer modelo han ido surgiendo multitud de escalas, pero todas ellas pensadas para personas adultas. Cuando se trata de conocer la repercusión que el estrés tiene sobre el niño se puede acudir, como en el caso de los adultos, al estudio de los acontecimientos vitales estresantes. Pero en este caso las escalas deberán estar adaptadas a las especiales características de la edad infantil. Para ello Coddington (13), en 1972, elabora la «social Readjustment Rating Scale» en la cual aparecen acontecimientos vitales específicos de la edad infantil, y las puntuaciones se obtienen mediante la colaboración de pediatras, profesores y profesionales relacionados con la salud mental, al no ser posible solicitar la valoración de los propios niños. Como en el caso de los adultos, a partir de esta primera escala, han ido surgiendo otras adaptadas a las diferencias socio-culturales de cada país.

Pero la finalidad de todas estas escalas, tanto en niños como en adultos, es buscar si existe una correlación significativa entre los acontecimientos vitales estresantes y la génesis de una determinada patología (61) (35) (72).

En los distintos trabajos llevados a cabo se ha observado que esta correlación existe tanto en lo que se refiere a las enfermedades del ámbito psiquiátrico, como a las llamadas enfermedades somáticas. Dentro de las primeras, la más estudiada ha sido la depresión (44) (7), pero también se ha encontrado una correlación importante en otros procesos morbosos (2) (67). En cuanto a la repercusión somática de los acontecimientos vitales, hay una serie de enfermedades, como la colitis ulcerosa, el cáncer, la enfermedad coronaria, la úlcera duodenal y enfermedades alérgicas e infecciosas, que se relacionan con una mayor inciden-

Fig. 1. Escala de acontecimientos vitales de Holmes y Rahe (1967)

	Valor promedio asignado
1. Muerte del cónyuge .....	100
2. Divorcio .....	73
3. Separación conyugal .....	65
4. Encarcelamiento o confinamiento .....	63
5. Muerte de un familiar cercano .....	63
6. Enfermedad o lesión personal grave .....	53
7. Matrimonio .....	50
8. Despido .....	47
9. Reconciliación conyugal .....	45
10. Jubilación .....	45
11. Cambio notable en la salud o en la conducta de un familiar .....	44
12. Embarazo .....	40
13. Dificultades sexuales .....	39
14. Existencia de un nuevo familiar (nacimiento, adopción, etc) .....	39
15. Reajuste financiero importante (reorganización, quiebra, etc) .....	39
16. Cambios importantes en el estado financiero (ganar o perder más de lo habitual) .....	38
17. Muerte de un amigo íntimo .....	37
18. Cambio a una línea o tipo de trabajo distinto .....	36
19. Incremento importante en las disputas conyugales .....	35
20. Desembolso mayor de 10.000\$ (compra de casa, negocios, etc) .....	31
21. Vencimiento de hipoteca o préstamo .....	30
22. Cambio importante en las responsabilidades laborales .....	29
23. Abandono del hogar por parte de algún hijo (independencia, matrimonio, etc) .....	29
24. Problemas con la ley .....	29
25. Triunfo personal sobresaliente .....	28
26. Esposa que empieza o abandona el trabajo fuera de casa .....	26
27. Inicio o finalización de la escolaridad .....	26
28. Cambio importante en las condiciones de vida (nueva casa, deterioro vida vecindario) .....	25
29. Cambio de hábitos personales (vestuario, amigos, etc) .....	24
30. Problemas con los superiores .....	23
31. Cambio importante en las condiciones o el horario de trabajo .....	20
32. Cambio de residencia .....	20
33. Cambio a una nueva escuela .....	20
34. Cambio importante en el tipo y/o cantidad de tiempo libre .....	19
35. Cambio importante en la frecuencia de ir a la iglesia .....	19
36. Cambio importante en las actividades sociales (clubes, cine, visitas) .....	18
37. Contraer hipoteca o préstamo inferior a 10.000\$ (coche, TV) .....	17
38. Cambio importante en los hábitos de sueño .....	16
39. Cambio importante en el número de familiares que viven juntos .....	15
40. Cambio importante en los hábitos dietéticos .....	15
41. Vacaciones .....	13
42. Navidad .....	12
43. Transgresión menor de la ley .....	11

cia de acontecimientos vitales estresantes previa al inicio de las mismas (39) (27) (8).

Para explicar esta relación de causalidad entre acontecimientos vitales y enfermedad se han hecho numerosos estudios acerca de la influencia del estrés sobre el sistema inmunitario, concluyendo la mayoría en la existencia de una acción inmunodepresora de éste (5) (56).

La investigación de los acontecimientos vitales estresantes en la infancia y adolescencia está mucho menos desarrollada que en el adulto. No obstante los primeros resultados indican que sus mecanismos y efectos son similares. De hecho se ha observado que los niños con mayor número de acontecimientos vitales están más expuestos a enfermedades infecciosas, alérgicas y autoinmunes que los niños que no presentan dicho factor de riesgo (6) (54) (28) (78). Asimismo los niños con trastornos psiquiátricos también presentan una mayor frecuencia de acontecimientos vitales y una mayor cantidad de estrés que los niños considerados normales (23) (53) (52) (37) (25).

Todo lo comentado acerca del estudio empírico de los acontecimientos vitales se refiere a adultos y a niños. Pero entre ambos existe un período de vida en el cual el niño ha dejado de serlo, pero todavía no es adulto. Este período es la adolescencia. Se ha dicho que, tal vez sea el inicio de la adolescencia el momento de la vida en que se produce una ruptura más intensa con el pasado inmediato. Además ésta se lleva a cabo de una manera brusca. Por ello hay una capacidad notable-

mente empobrecida para afrontar los acontecimientos estresantes, así como una elevada vulnerabilidad ante estos. Además, hacia la mitad de la adolescencia es el período de la vida en que se produce mayor número de cambios en un período de tiempo limitado (20) (25) (46) (49).

A pesar de ser un período de la vida tan peculiar son escasos los estudios acerca de la influencia que los acontecimientos vitales y el estrés de ellos derivado, tiene sobre la adolescencia. Únicamente han surgido unas pocas escalas específicas para adolescentes y todas ellas en Estados Unidos (83) (34) (63) (20). En España hay modelos de escalas elaboradas para adultos (11) y para niños (esta última elaborada por Mardomingo y cols. en el Hospital General «Gregorio Marañón») (48). Dado que, debido a las diferencias socio-culturales entre los distintos países, las escalas no son de aplicación universal, y que en España no disponemos de una escala específica para adolescentes, el objetivo del presente trabajo es adaptar las distintas escalas americanas para adolescentes a la población española.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para ello tomamos como punto de partida la escala elaborada por Mardomingo y cols. para niños españoles entre 6 y 12 años (48). Lo primero que hicimos fue eliminar de dicha escala los acontecimientos que no eran directamente aplicables a los adolescentes.

Fig. 2.

- Separación del niño de los padres, pasando a vivir con otras personas o instituciones.
- Abandono del hogar de uno de los padres.
- Muerte de un hermano o hermana.
- Enfermedad grave de uno de los padres, con tratamiento hospitalario.
- Descubrimiento de ser adoptado.
- Grave enfermedad de un hermano o hermana con necesidad de tratamiento hospitalario.
- Muerte de un abuelo.
- Incorporación de la madre al trabajo a tiempo completo.
- Comienzo de la escolarización.
- Incorporación de un tercer adulto a la familia.
- Cambio de popularidad entre los amigos.



Una vez hecho esto nos quedaba una escala con 30 acontecimientos vitales que podían producirse tanto en los niños como en los adolescentes. Pero esta escala era insuficiente ya que entre los 12 y 18 años se viven una serie de cambios biográficos que no se viven en la infancia. Por ello escogimos de la literatura escalas diseñadas única y exclusivamente para adolescentes, siendo éstas las llevadas a cabo por Johnson y McCutcheon en 1980 (34); Newcomb y cols. en 1981 (63) y Garrison C.Z. en 1987 (20). Dichas escalas aunque elaboradas con una metodología diferente, recogen acontecimientos que son exclusivos de la adolescencia.

La primera escala mencionada consta de 46 acontecimientos vitales de los cuales 20 ya los teníamos incluidos en nuestra lista, 15 los incorporamos al ser perfectamente adaptables a la población española (Figura 3), y el resto lo desechamos por no ser significativos. Con esto ya teníamos una escala de 44 acontecimientos, ya que el último («nuevo padrastro o madrastra») coincide con el que ya teníamos en nuestra lista «nuevo matrimonio de uno de los padres».

Fig. 3.

- Enfermedad o lesión grave de un amigo íntimo.
- Nuevo trabajo del padre.
- Embarazo de la novia.
- Quedarse embarazada.
- Nuevo novio/a.
- Suspender el curso.
- Tener un trabajo.
- Tener problemas con la policía.
- Romper relaciones con el novio/novia.
- Reconciliación con el novio/novia.
- Aborto de la novia.
- Tener un aborto.
- Problemas con los compañeros de clase.
- Ir a la cárcel.
- Nuevo padrastro o madrastra.

Esta lista de 44 acontecimientos vitales la comparamos con la elaborada por Newcomb y cols y de los ítems que no aparecían en nuestra escala escogimos tres:

- Inicio de las relaciones sexuales.
- Falta de aceptación de la propia imagen corporal.
- Fuga del hogar.

Otro como «conseguir una televisión propia» o «comenzar a ser miembro de una secta religiosa» no nos parecieron significativos para los adolescentes españoles.

Por último comparamos la lista que ya teníamos de 47 ítems con la escala llevada a cabo por Garrison y cols en 1987. Las diferencias eran mínimas, ya que los pocos acontecimientos que no aparecían en nuestra lista eran tan poco significativas como «ser considerado una persona atractiva por un amigo» o «muerte de un animal doméstico».

Con la finalidad de obtener las puntuaciones estándar para cada uno de los acontecimientos vitales seguimos idéntica metodología que Coddington, Monaghan o Mardomingo cuando elaboraron la suya para niños. Solicitamos la colaboración de tres grupos de profesionales: pediatras, profesores y asistentes sociales, que consideramos eran los que estaban más en contacto con los adolescentes. Cada grupo constaba de 20 puntuadores. Los pediatras procedían del Hospital General «Gregorio Marañón»; los profesores del colegio privado «Santa Cristina» y del Instituto de Enseñanza Media «San Isidoro»; y por último los asistentes sociales de la Ciudad Sanitaria «La Paz», del Hospital General «Gregorio Marañón», del Hospital «Ramón y Cajal», del Hospital Infantil «San Rafael», del Hospital Clínico «San Carlos» así como de Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

A cada persona se le entregó la escala acompañada de una carta con las instrucciones de cómo puntuar los ítems. (Fig. 4)

## RESULTADOS

En estas tablas se muestra la escala definitiva con los valores medios asignados a cada grupo de puntuadores; el valor medio total ob-

Fig. 4.

La Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General «Gregorio Marañón» se ha propuesto realizar un trabajo, cuyo objetivo es elaborar una Escala de Valoración de Acontecimientos Vitales adaptadas a la población española entre 12-18 años. Las Escalas de Acontecimientos Vitales son de gran utilidad en el estudio del estrés del adolescente, y como instrumentos predictivos de enfermedad.

A continuación presentamos una lista de sucesos o acontecimientos que pueden ocurrir en la vida del niño-adolescente y que le van a producir un grado de estrés de mayor o menor intensidad.

Por favor, lea todos los ítems y puntúe cada uno de ellos utilizando una escala de 1 a 100, en función del grado de estreses que en su opinión pueden producir en el niño. Al ítem «nacimiento de un hermano» se le da una puntuación estándar de 50. Puntúe el resto de los ítems a partir de este dato de referencia. Aquellos ítems que en su opinión producen el mismo nivel de estrés, concédales la misma puntuación. Tenga en cuenta que, acontecimientos en sí mismos positivos requieren, no obstante, un ajuste y adaptación por parte del niño y se traducen por tanto en un grado de estrés. Puntúelos igualmente. Utilice tanto su experiencia personal como sus conocimientos teóricos sobre este tema.

Nota: Puede añadir otros ítems que no estén incluidos en la lista y que a su juicio sean significativos.

TABLA I

Valores medios dados a los acontecimientos vitales por cada uno de los tres grupos de puntuadores, valor total y valores en la escala americana

	n=20 Pediat.	n=20 Prof.	n=20 As. Soc.	Total	Esc. Am.
1) Muerte de uno de los padres .....	96	89	89	91	94
2) Abuso sexual del menor* .....	93	90	90	91	
3) Alcoholismo del padre o de la madre* .....	85	79	76	80	
4) Muerte de un familiar* .....	62	55	36	51	
5) Separación o divorcio de los padres .....	89	83	78	83	84
6) Toxicomanía de un miembro de la familia* .....	58	70	67	65	
7) Condena a prisión de uno de los padres .....	87	77	78	80	76
8) Enfermedad grave del adolescente .....	85	73	73	77	59
9) Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres* .....	76	67	70	71	
10) Enfermedad grave de uno de los miembros de la familia* .....	64	64	54	60	
11) Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año* .....	68	56	44	56	
12) Aumento de las discusiones con los padres .....	67	58	58	61	46
13) Muerte de un amigo íntimo .....	81	62	75	72	65
14) Aumento de las discusiones entre los padres .....	67	58	63	62	48
15) Cambio de colegio .....	56	38	41	45	52
16) Nacimiento de un hermano/a .....	50	43	52	48	50
17) Abandono del hogar de un hermano/a .....	47	48	45	46	33
18) Suspensión de la escolaridad .....	52	52	50	51	54
19) Problemas con un profesor* .....	66	35	44	48	
20) Cambio del nivel económico de los padres .....	53	40	47	46	40

21) Pérdida del trabajo de uno de los padres .....	67	44	46	52	48
22) Aumento del tiempo de ausencia del hogar de uno de los padres .....	38	48	50	45	42
23) Excelente éxito personal .....	37	50	53	46	45
24) Aumento de las discusiones con los hermanos* .....	33	34	44	37	
25) Traslado a un domicilio nuevo* .....	36	22	39	32	
26) Embarazo de una hermana soltera .....	35	39	48	40	60
27) Descenso del número de discusiones entre los padres .....	18	32	44	31	29
28) Descenso del número de discusiones con los padres .....	17	31	41	29	29
29) Descenso del número de discusiones con los hermanos* ..	15	28	36	26	
30) Enfermedad o lesión grave de un amigo íntimo* .....	59	52	61	57	
31) Nuevo trabajo del padre* .....	19	32	31	27	
32) Embarazo de la novia (hombres) .....	65	81	83	76	76
33) Quedarse embarazada (mujeres) .....	87	94	90	90	95
34) Nuevo novio/a* .....	50	44	62	52	
35) Suspender un curso .....	72	54	56	60	62
36) Tener un trabajo* .....	33	59	62	51	
37) Tener problemas con la policía* .....	85	52	75	70	
38) Romper relaciones con el novio/a .....	72	50	74	65	47
39) Reconciliación con el novio/a* .....	35	40	59	44	
40) Aborto de la novia (hombres)* .....	55	79	71	68	
41) Tener un aborto (mujeres)* .....	82	95	86	87	
42) Problemas con los compañeros de clase* .....	54	44	55	51	
43) Ir a la cárcel* .....	92	88	91	90	
44) Nuevo padrastro o madrastra .....	80	73	81	78	63
45) Inicio de las relaciones sexuales* .....	65	61	80	68	
46) Falta de aceptación de la propia imagen corporal* .....	80	56	76	70	
47) Fuga del hogar* .....	67	73	84	74	

\* Items no presentes en la escala americana.

**TABLA II**  
**Spearman Rank Correlation Coefficients**

	PEDESP	PROFESP	AASSESP	MEDIAESP	MEDIAUSA	
	1	2	3	4	5	
PEDESP	1	1.0000				
PROFESP	2	.8472	1.0000			
AASSESP	3	.8181	.9495	1.0000		
MEDIAESP	4	.9512	.9401	.9386	1.0000	
MEDIAUSA	5	.7153	.7436	.7474	.7501	1.0000

PEDESP = Pediatras Españoles.

PROFESP = Profesores Españoles.

AASSESP = Asistentes Sociales Españoles.

MEDIAESP = Puntuación media final en la escala española.

MEDIAUSA = Puntuación en la escala americana.

**TABLA III**  
Kendall Rank Correlation Coefficients

		PEDESP 1	PROFESP 2	AASSESP 3	MEDIAESP 4	MEDIAUSA 5
PEDESP	1	1.0000				
PROFESP	2	.6962	1.0000			
AASSESP	3	.6545	.8427	1.0000		
MEDIAESP	4	.8554	.8337	.8129	1.0000	
MEDIAUSA	5	.5582	.5691	.5875	.6080	1.0000

**TABLA IV**  
Pearson Correlation Matrix

		PEDESP 1	PROFESP 2	AASSESP 3	MEEDIAESP 4	MEDIAUSA 5
PEDESP	1	1.0000				
PROFESP	2	.8299	1.0000			
AASSESP	3	.8138	.9486	1.0000		
MEDIAESP	4	.9382	.9644	.9558	1.0000	
MEDIUSA	5	.7327	.8494	.8322	8.377	1.0000

tenido, así como los valores que Coddington da en su escala a los acontecimientos que tiene en común con la nuestra.

Para comprobar el grado de correlación entre los distintos grupos de puntuadores, así como entre los valores finales y los valores de la escala de Coddington utilizamos tanto pruebas paramétricas como no paramétricas.

Dentro de las no paramétricas, la matriz de Spearman da unos coeficientes de correlación bastante altos, siendo los más altos los encontrados entre las puntuaciones dadas por los asistentes sociales y los profesores (Tabla II), y la más baja la correlación entre la escala española y la americana. Esta alta correlación encontrada con el coeficiente de Spearman indica que la ordenación jerárquica de los acontecimientos es muy similar en los tres grupos.

Otra prueba no paramétrica utilizada fue el coeficiente de Kendall (Tabla III), que al ser una prueba mucho más sensible daba unos coeficientes más bajos, pero que siguen siendo altamente significativos. De hecho Monaghan y cols (58), al elaborar su escala para ni

ños, obtuvieron un Kendall de 0,7, que para dichos autores era muy elevado. Además confirma el hecho de que la mayor correlación es la que hay entre las puntuaciones dadas por los profesores y los asistentes sociales.

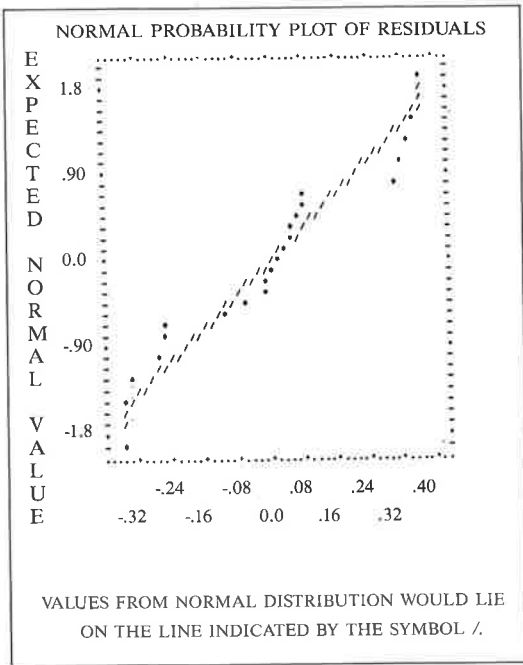
En un intento de verificar con mayor rigor la concordancia utilizamos una prueba de las llamadas paramétricas: la matriz de correlación de Pearson (Tabla IV).

La correlación encontrada con esta prueba es también muy alta, incluso entre la escala española y la americana. Asimismo calculamos la recta de regresión para los tres grupos de puntuadores tomando como variable dependiente la media final de los tres grupos (Tabla V).

## DISCUSIÓN

La elevada concordancia encontrada con todas estas pruebas entre los tres grupos de puntuadores, sugiere que las estimaciones que los adultos tienen sobre el grado de severidad del estrés en los adolescentes son muy fiables.

**TABLA V**  
Recta de regresión



Por otro lado, al comparar la escala española con la americana hemos comprobado que en todos los casos se obtenían las puntuaciones más bajas que las obtenidas al comparar los tres grupos de puntuadores entre sí. Esto es en parte debido a que hay una serie de ítems a los cuales en la escala americana se da mucha menos importancia que en la española. Dentro de dichos ítems cabe destacar alguno como «aumento de las discusiones con los padres», «abandono del hogar de un hermano o hermana» y «nuevo padrastro o madrastra». En cambio hay dos ítems a los cuales en la escala americana se da mucha mayor importancia que en la española, que son «embarazo de una hermana soltera» y «quedarse embarazada».

Para explicar estas diferencias cabría decir que es posible que las características socio-cultural diferentes condicionen las actitudes y relaciones familiares, lo cual explicarían las diferentes puntuaciones dadas a los distintos

ítems relacionados con la familia. Además puede influir el hecho de que la escala de Codrington era una adaptación de una escala para adultos.

De todas formas hay que decir que los valores totales asignados a cada ítem, deben ser contemplados como estimaciones del grado de reajuste o adaptación necesarios, más que como una medida absoluta.

Analizando los acontecimientos propuestos por los distintos grupos de puntuadores encontramos que en algunos casos se confundía el acontecimiento vital con su efecto. Así, por ejemplo, algunos asistentes sociales pensaron que se deberían valorar los ítems «problemas con alcohol y drogas» o «intento de suicidio». Por otro lado, algunos pediatras propusieron incluir «accidentes varios». En los tres casos se trata de una consecuencia más que de una causa, como se concluye en numerosos trabajos. De hecho, Mardomingo y cols en 1988 (52), concluyen que los niños con intento de suicidio presentan acontecimientos vitales más estresantes que la población general, aunque no es mayor el número de acontecimientos vitales. Newcomb y cols en 1986 (64), obtuvieron una elevada correlación entre el número total de acontecimientos vitales y la ingestión de drogas o alcohol. Por último, Padilla y cols (65), siguiendo a un grupo de 108 muchachos, observaron que aquéllos con puntuaciones más altas en la escala de acontecimientos vitales, tenían una mayor incidencia de accidentes.

Otro acontecimiento propuesto fue «problemas o defectos físicos del adolescente». En este caso hay que hacer una serie de puntualizaciones:

— Si el defecto físico es congénito, no se puede incluir cronológicamente como acontecimiento vital en una escala para adolescentes.

— Si el defecto es adquirido tras una grave enfermedad, queda incluido dentro del ítem «enfermedad grave del adolescente».

— Si el defecto físico se refiere a un defecto estético más que a una minusvalía, como pueden ser tener acné o engordar, son acontecimientos vitales.

tecimientos que ya consideramos al elaborar la escala, y que no nos parecieron significativos.

## CONCLUSIONES

1) Se presenta una nueva escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población adolescente española.

2) Las escalas de acontecimientos vitales dan una medida muy aproximada del estrés en cada persona, por lo que pueden ser muy útiles para conocer los efectos de éste sobre la conducta no sólo en adultos, sino también en niños y adolescentes.

3) Estas escalas son herramienta eficaz en el estudio y comprensión de los individuos afectados de enfermedades, tanto somáticas como psíquicas.

4) La fácil aplicación de las escalas de acontecimientos vitales permite su manejo por un amplio grupo de profesionales, incluyendo médicos pediatras, asistentes sociales, psicólogos, etc. con vistas a evaluar niños y adolescentes que se encuentran en riesgo próximo a enfermar.

5) La administración de estas escalas a grandes grupos de población permite la planificación de medidas preventivas frente a determinadas enfermedades. Desde este punto de vista su mayor utilidad radica en los estudios prospectivos ya que los resultados obtenidos no estarán contaminados por la presencia de una enfermedad ya instaurada.

## Bibliografía

1. AIZARNA, J., ANTON, P., MUÑOZ, J., GURPEGUI, M.: *Estudios empíricos sobre la relación entre acontecimientos de la vida y enfermedad*. Rev. Med. Univ. Navarra, 26(3): 163-171, 1982.
2. AMBELAS, A.: *Psychologically stressful events in the precipitation of maniac episodes*. Brit. J. Psychiatry, 135: 15-21, 1979.
3. ANDREWS, G.: *Life events, stress and psychiatric illnesses*. Psychol. Med. 8: 545-549, 1978.
4. BAILEY, D. y GARRALDA, M.E.: *Children attending primary health care services: a study of recent life events*. J. Amer. Acad. Child. Adol. Psychiat. 26, 6: 858-864, 1987.
5. BARTROP, R.W.: *Depressed lymphocyte function after bereavement*. Lancet, 834-836, 1977.
6. BEAUTRAIS, A.L., FERGUSSON, D.M. y SHANNON, F.T.: *Life events and childhood morbidity: a Prospective study*. Pediatrics, 70: 935-940, 1982.
7. BROWN, G.W., SKLAIR, F., HARRIS, T.D. y BIRLEY, J.L.T.: *Life events and psychiatric disorders. Part I: Some methodological issues*. Psychol. Med., 3: 74-78, 1973.
8. BYRNE, D.G. y WHYTE, H.M.: *Life events and myocardial infarction revisited: The role of measures of individual impact*. Psychosom. Med. 42: 1-10, 1980.
9. CANNON, W.B.: *The wisdom of the body*. Norton, Nueva York, 1932.
10. CANNON, W.: *Bodily changes, hunger, fear and rage*. Appleton Century-Crofts. Nueva York 1929.
11. CASTILLON ZAZURCA, J.J., CAMPO LOPEZ, C., LINARES FERNANDEZ, J.L., PERICAY HOSTA, J.M. y TEJEDOR AZPEITIA, M.C.: *Elaboración de un cuestionario de cambios vitales adaptado a la población española*. Actas Lueso-Esp. Neurol. Psiquiat. 12: 1 (17-26), 1984.
12. CATALINA, M.L.: *Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia*. Tesina de Licenciatura Univ. Comp. Madrid. 1987.
13. CODDINGTON, R.D.: *The significance of life events as etiological factors in the diseases of children; I. A survey of professional workers*. J. Psychosom. Res. 17: 7, 1972 a.
14. CODDINGTON, R.D.: *The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children; II. A study of normal population*. J. Psychosom. Res. 16: 205-213, 1972 b.
15. COX, T.: *Stress*. The McMillan Press. L. T.D. 1978.
16. DOHRENWEND, B.P.: *Stressful life events and method in Stress and mental disorder*. J. E. Barret Raven Press. Nueva York, 1979.
17. ENGEL, G.: *Sudden and rapid death during psychological stress*. Ann. Intern. Med. 74: 771, 1971.
18. FLORES MATEOS, A.: *Acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia*. Tesina de Licenciatura. Univ. Compl. Madrid, 1987.
19. GALLEGO, M.S.: *Acontecimientos vitales en las enfermedades durante la infancia*. Tesina de Licenciatura. Univ. Compl. Madrid, 1986.
20. GARRISON, C.Z., SCHOENBACH, V.J., SCHLUCHTER, M.D. y KAPLAN, B.M.: *Life events in early adolescence*. J. Amer. Acad. Psychiat. 26, 6: 865-872, 1987.
21. GIL FLORES, S.: *Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia*. Tesina de Licenciatura. Univ. Compl. Madrid, 1986.
22. GONZALEZ DE LA RIVERA, J.L. y MORERA, A.: *La valoración de sucesos vitales. Adaptación Española de la escala de Holmes y Rahe*. Psiquis. 1: 20-25, 1983.

23. GOODYER, I., KOLVIN, I. y GATZANIS, S.: *Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence*. Brit. J. Psychiat. 147: 517-523, 1985.
24. GREGORY, I. y SMELTZER, D.J.: *Psychiatry essentials of clinical practice*. Ed. Little, Brown and Company. Boston, 1977.
25. GRAHAM, P.: *Child psychiatry. A developmental approach*. Oxford University Press, 1977.
26. GREENE, J.W., WALKER, L.S., HICKSON, G. y THOMPSON, J.: *Stressful life events and somatic complaints in adolescence*. Pediatrics. 75: 19-22, 1985.
27. GREEN, W.: *Psychological factors and reticuloendothelial disease*. Psychosom. Med. 20: 124-144, 1958.
28. HEISEL, J.S.: *Life changes as etiologic factors in juvenile rheumatoid arthritis*. J. Psychosom. Res. 16: 411-420, 1971.
29. HEISEL, J.S., REAM, S., RAITZ, R., RAPPAPORT, M. y CODDINGTON, R.D.: *The significance of life events as contributing factors in the diseases of children*. Behav. Ped. 83: 119-123, 1973.
30. HOLMES, T.H. y RAHE, R.M.: *The social readjustment rating scale*. J. Psychosom. Res. 11: 213-218, 1967.
31. HUDGENS, R., MORRISON, J. y BARCHNA, R.: *Life events and onset of primary affective disorders*. Arch. Gen. Psychiatry. 16: 134-145, 1967.
32. HUDGENS, R.W.: *Personal catastrophe and depression: a consideration of the subject with respect to medically ill adolescents. Stressful life events; their nature and effects*. Ed. B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend. Nueva York. 119-134, 1974.
33. HURTS, M.W., JENKINS, C.D. y ROSS, R.M.: *The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry*. Psychosom. Med. 40: 126-141, 1978.
34. JOHNSON, J.H. y McCUTCHEON, S.: *Assesing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the life events checklist*. Stress and Anxiety (7). Ed. I.G. Sarason y C.D. Spielberger. Washington, D.C.: Hemisphere, 111-127, 1980.
35. JOHNSON, J.H. y SARASON, I.G.: *Moderator variables in life stress research*. Stress and Anxiety (6), 151-167, 1979. 36. KAPLAN, H.I., FREEDMAN, A.M. y SADOK, B.J.: *Comprehensive textbook of Psychiatry/III*. Williams and Wilkins. Baltimore. Londres, 1985.
36. KAPLAN, H.I.; FREEDMAN, A. M. y SADOK, B.J.: «*Comprehensive tesbook of psychiatry/III*». Williams and Wilkins. Baltimore. Londres. 1985.
37. KASHANI, J.H., HODGES, K.K., SIMONDS, J.F. y HILDERBRAND, E.: *Life events and hospitalitation in children: a comparison with a general population*. Brit. J. Psychiat. 139: 221-225, 1981.
38. KATSCHNIG, H.: *Life events and psychiatric disorders: controversial issues*. 1986.
39. KIECOLT-GLASER, J.K. y SPEICHER, C.E.: *Stress and the transformation of limphocytes by Epstein-Barr virus*. J. Behav. Med. (7), 1: 1-12, 1984.
40. KING, M., STANLEY, G. y BURROWS, G.: *Stress. Theory and practice*. Grune y Stratton (Eds.) 1987.
41. LAZARUS, R.S.: *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill. Nueva York, 1966.
42. LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.: *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca, 1986.
43. LAZARUS, R.S.: *The psychology of stress and coping*. Stress and Anxiety (8), 23-36, 1982.
44. LIEBERMAN, M. y PEARLIN, L.: *Life stresses*. Am. J. Community Psychol, 6: 1, 1978.
45. LOLAS y MAYER.: *Perspectives on stress related topics*. Ed. Springer, 1987.
46. MARCELLI, D., BRACONNIER, A. y AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psicopatología del adolescente*. Ed. Masson, 1986.
47. MARDOMINGO, M.J. y KLOPPE, S.: *Presentación de una escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española*. Comunicación científica I Congreso de Psiquiatría Infantil de la A.E.P. Barcelona, 1986.
48. MARDOMINGO, M.J., KLOPPE, S. y GALLEGO, S.: *Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población infantil española*. Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil. (En prensa). 1986.
49. MARDOMINGO, M.J.: *La adolescencia: ¿una edad de crisis?*. M.D.P. Monografías de Pediatría. N.º 17. Patología de la pubertad. Madrid, 1984.
50. MARDOMINGO, M.J.: *Psicopatología de la adolescencia*. Rev. Psiquiatría infanto-Juvenil. (En prensa), 1987.
51. MARDOMINGO, M.J. y GALLEGO, S.: *Asma infantil y acontecimientos vitales*. Comunicación científica. Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1987. (En Prensa en rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil).
52. MARDOMINGO, M.J., CATALINA, M.L. y GIL FLORES, S.: *Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes*. Comunicación científica XXVIII. Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. La Toja. 1988. (En prensa en rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil).
53. MARDOMINGO, M.J. y GIL FLORES, S.: *Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en relación con la edad y sexo*. Comunicación científica XXVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. La Toja, 1988. (En prensa en rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil).
54. MARDOMINGO, M.J. y FLORES MATEOS, A.: *Acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia*. Comunicación científica XXVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. La Toja, 1988. (En prensa en rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil).
55. MASON, J.W.: *A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system*. Psychosom. Med. 30: 576, 1968.
56. MASON, J.W., BRESCHER, E.D. y BELFER, M.L.: *Pre-*

- illnes hormonal changes in army recruits with acute respiratory infections. *Psychosom. Med.* 29: 545, 1967.
57. MAZET, P. y HOUZEL, D.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica y Técnica. 1981.
  58. MONAGHAN, J.H., ROBINSON, J.O. y DODGE, J.A.: *The children's life events inventory*. *J. Psychosom. Res.* 23: 63-68, 1979.
  59. MORRISON, J.R., HUDGENS, R.B. y BARCHA, R.G.: *Life events and psychiatric illnes. A study of 100 patients and 100 controls*. *Brit. J. Psychiatry*, 114: 4.223-4.432, 1968.
  60. MUTTER, A.Z. y SCHLEIFER, M.J.: *The role of psychological and social factors in the onset of somatic illnes in children*. *Psychosom Med.* 28: 333-343, 1966.
  61. MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. y PEPPER, MP.: *Life events and psychiatric impairment*. *J. Nerv. Ment. diseases.* 153: 149-157, 1971.
  62. NEUFELD, R.W.J.: *Psicopatología y estrés*. Ed. Toray, 1984.
  63. NEWCOMB, M.D., HUBA, G.I. y BENTLER, P.M.: *A multidimensional assement of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates*. *J. Health Soc. Behar.* Vol. 22, 400-415, 1981.
  64. NEWCOMB, M.D., HUBA, G.J. y BENTLER, P.M.: *Life change events among adolescents. An empirical consideration of some methodological issues*. *J. of Nerv. and Mental Disease* 174: 280-289, 1986.
  65. PADILLA, E.R., ROHSENOW, D.J. y BERGMAN, A.B.: *Predicting accident frequency in children*. *Pediatrics*, 58: 223-226, 1976.
  66. PAYKEL, E.S., PROSOFF, B.A. y UHLENHUT, E.H.: *Scaling of life events*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 25: 340-347, 1971.
  67. PAYKEL, E.S.: *Contribution of life events to causation of psychiatric illnes*. *Psycho. Med.* 8: 245-253, 1978.
  68. PAYKEL, E.S.: *Methodological aspects of life events research*. *J. Psychosom. Res.* 27(5): 341-352, 1983.
  69. PAYKEL, E.S., EMMS, E.M., FLETCHER, J. y RASSABY, E.S.: *Life events and social support in puerperal depression*. *Br. J. Psychiat.* 136: 339, 1980.
  70. PAYKEL, E.S., PROSOFF, B.A., MYERS, J.K.: *Suicide attemps and recent life events: a controlled comparison*. *Arch. Gen. Psychiat.* 32: 327, 1975.
  71. RAHE, R.H.: *The pathway between subjects recent life changes and their near-future illness report: Representative results and methodological issues*. B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.) *Stressful life events: their nature and effects*. Nueva York: Wiley, 1974.
  72. RAHE, R.H.: *Stress, health and social environment*. J.P. Henry y P.M. Stephens (Eds.) Springer-Verlag, 1976.
  73. SARASON, I.G., JOHNSON, J.H. y SIEGEL, J.M.: *Assesing the impact of life changes. Development of the life experience survey*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 392-446, 1978.
  74. SEYLE, H.: *A síndrome produced by diverse nocuous agents*. *Nature*, vol. 138: 32, 1936.
  75. SKINNER, H.A. y LEI, H.: *Differential weights in life change resea rch: Useful or irrelevant*. *Psychosom. Med.* 42: 367-370, 1978.
  76. SROLE, L.: *Macrosocial and microsocal crises and their impact on the midtown Manhatta follow up panel*. *Stress and Mental Disorder*. Ed. Barret, J.E. y cols. Raven press. 1979.
  77. STARFIELD, B., GROSS, E. y WOOD, M.: *Psychosocial and psychosomatic diagnoses in prymary care of children*. *Pediatrics*, 66: 159-167, 1980.
  78. STEIN, S.P. y CHARLES, E.S.: *Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a study of the early life experience of eight diabetic children*. *Psychosom. Med.* 37: 237-244, 1975.
  79. STEINHAUSEN, H.C. y RADTKE, B.: *Life events and child psychiatric disorders*. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry.* 25(1): 125-129, 1986.
  80. STONE, F.H. y COUPERNIC, C.: *Psiquiatría Infantil*. Ed. Salvat. 1980.
  81. VALDES, M. y DE FLORES, T.: *Psicobiología del estrés*. Ed. Martínez Roca, 1985.
  82. VINCENT, K.R. y ROSENSTOCK, H.A.: *Relationship between stressful life events and hospitalized adolescents psychiatric patiens*. *J. Clin. Psychiatry*, 40: 262-264, 1979.
  83. YEAWORTH, R.C., YORK, J., HUSSEY, M.A., INGLE, M.E. y GOODWIN, T.: *The development of an adolescent life change event scale*. *Adolescence*, 15: 93-97, 1980.
  84. ZAPATA, R., BURMESTER, M. y LHAORTIGA, F.: *Clasificación y características de los acontecimientos biográficos*. *Rev. Med. Univ. Navarra* 14: 150-156, 1983.



# Comentarios de publicaciones

## **LAS DEPRESIONES INFANTILES**

de A. Polaino-Lorente, E. Domènech, A. García, L. Ezpeleta.  
1 Vol. 400 pág.  
Ed. Morata. 1988.

Agradecemos la amable colaboración de la Ed. Morata al enviarnos un ejemplar del libro para su difusión.

El libro, confeccionado por nuestros amigos y compañeros A. Polaino, E. Domènech, A. García y L. Ezpeleta, se articula entorno a unos ejes temáticos de enorme interés: vertiente histórica, clínica, evaluación y diagnóstico, sistemas de clasificación, depresión y suicidio, prevención, tratamiento y una revisión de las escalas de depresión.

Creo que era el Profesor Ramón Sarro que decía aquello de que cuanto más bibliografía existe acerca de un tema más se desconoce el tema y seguidamente nos ponía el ejemplo de la tisis y la fisiología: podríamos aplicarlo, asimismo, a la depresión en la infancia. Sin embargo, pensamos que este libro es enormemente esclarecedor en cuanto a la claridad conceptual y a la rigurosa y meticulosa manera de exponer un tema del cual tanto se ha escrito y en distintas direcciones epistemológicas.

A lo largo del libro se hace un repaso, de forma comparativa, a los criterios diagnósticos que van desde el RDC, DSM III, ICD-9 hasta los criterios de Weinberg o de Fighner poniendo de manifiesto sus semejanzas y sus divergencias. Por otro lado establece unos criterios clínicos desde el punto de vista evolutivo en cuanto a la depresión infantil.

En un momento de la exposición nos habla de los marcadores biológicos y los factores predictivos en cuanto a respuesta al tratamiento y sus consecuencias y valoraciones en la depresión infantil.

Se hace también una revisión de trabajos respecto a la prevalencia de la depresión infantil; los autores coinciden en valorarla por debajo del 2-3% de la población general.

El Dr. A. Polaino nos habla, en dos capítulos dedicados exclusivamente al suicidio en niños y en adolescentes, de su epidemiología, una revisión exhaustiva del tema y una valoración reconceptual.

Al final, ocupando una cuarta parte de la totalidad, se exponen las ventajas e inconvenientes de algunos test de valoración y screening de depresión, así como su utilidad.

J.M.<sup>a</sup> ILLA

# El uso del litio en el tratamiento farmacológico del adolescente con patología severa del carácter

M. Fernández Criado

*Madrid*

## RESUMEN

El autor analiza el uso del litio en tres adolescentes con patología severa del carácter rompiendo una lanza a favor del uso cuidadoso y electivo del fármaco. Argumenta, asimismo, la asociación del litio a neurolépticos y antidepresivos.

**Palabras clave:** Litio. Estructuras límite. Farmacología.

## INTRODUCCIÓN

Nos referimos en este artículo a los púberes y adolescentes que presentan un cuadro clínico de personalidad borderline. En la edad puerbal, sin embargo, el cuadro clínico a menudo no está bien definido presentando más típicamente trastornos muy severos de la conducta o bien un cuadro de intensa ansiedad de separación, o más claramente un trastorno de la identidad más o menos manifiesto asociado a otros o a los anteriores diagnósticos, típicamente aquéllos que tienen un síndrome afectivo poco definido.

Algunos autores han destacado el aspecto central en la patología borderline: la incapacidad de estos pacientes para regular su estado de ánimo, llegando para algunos a representar la patogenia básica de la enfermedad; sea como fuere, en los trastornos descritos son predominantes y cruciales para el tratamiento, la dificultad de estos pacientes en regular su auto-estima, en tolerar afectos disfóricos, y en suma, el mantener un estado de ánimo constante.

El objetivo de esta presentación es el aportar datos clínicos respecto al tratamiento de los jóvenes afectados de esta severa patología. En este sentido la utilización de las sales de litio es una tendencia relativamente reciente, y de resultados que aún no están perfectamente demostrados, aunque su uso por parte del clínico está sumamente extendido en los Estados Unidos, a pesar de existir restricciones legales para su uso en menores de 16 años.

Este trabajo representa mi experiencia clínica en este campo, como jefe de sección de las salas de púberes del hospital estatal de la ciudad de Topeka.

Fundamentalmente el uso del litio produce resultados en las siguientes situaciones:

## A) USO COMBINADO CON NEUROLÉPTICOS, EN PARTICULAR CON LA TIORIDAZINA

El uso de neurolépticos en este tipo de pacientes es útil, aunque su acción específica no está bien aclarada; según algunos autores, los neurolépticos actúan para disminuir la ansiedad (como tranquilizante), para estabilizar el ánimo y ofrecer protección frente a la tendencia a la desorganización psicótica que frecuentemente se presenta, incluso con estreses mínimos. El carbonato de litio, a dosis terapéuticas, sirve para disminuir la dosis de neuroléptico a niveles en que no se presenten efectos secundarios, o cuando hay riesgo de que aparezcan movimientos involuntarios. Asimismo el litio, asociado a ellos, permite acortar el tiempo de tratamiento con aquellas drogas en los casos en que el clínico lo estime conveniente.

### *Caso 1*

Es el caso de la niña de raza negra Teresa, de 13 años; es la hija pequeña de una familia de dos hijos que viven solos con la madre, cuyo padre desertó al nacer T. Hacia los once años T. comenzó con conductas violentas en el colegio que se fueron extendiendo a la familia, y pronto se hizo el modo habitual de reaccionar de esta niña frente a cualquier frustración. Su madre, que había sido adoptada y expuesta a negligencia y abuso desde niña, había renunciado a esforzarse por contener a su hija que destrozaba el mobiliario, huía de la casa y, poco antes de su hospitalización, anunció su intención de suicidarse.

Como quiera que a pesar de la hospitalización y terapias adjuntas, así como la farmacoterapia con Amoxapina, no mejoraba su cuadro, la madre dio el ultimatum de no volver a verla hasta que no se curara y todos los esfuerzos para atraerla fueron vanos. T. reaccionó a esta situación, que se prolongó durante ocho meses, con una negación total de sus sentimientos hacia su madre seguida de una conducta que básicamente consistía en aislar al interlocutor y proceder a atacar a otros pacien-

tes y destrozarse el mobiliario cada vez que se le mencionaban sus sentimientos.

Esta situación se hizo cada vez más crítica, pasando la mayor parte del día recluida en su habitación y necesitando dosis de 500 mg de clorpromazina para, simplemente, participar de las rutinas más simples. El comienzo del tratamiento con 900 mg de litio diarios originó un proceso que se manifestó plenamente a los dos meses: apareciendo menos deprimida, su ánimo se estabilizó y comenzó a verbalizar sus sentimientos y su propia extrañeza y desagrado con su conducta así como a realizar esfuerzos para controlarse; de esta manera la situación familiar pudo desbloquearse y ambos padres realizaron ajustes para aceptar a la niña en sus vidas, y continuar el tratamiento ambulatoriamente. La dosis de neurolépticos pudo ser reducida a 100 mg diarios y se le dio el alta a los cinco meses de comenzado el tratamiento después de permanecer en el hospital durante año y medio.

### *Caso 2*

Carmen cuenta ahora con 15 años y es la menor de una familia de ocho hermanos. Según su madre, Carmen fue siempre una niña muy temperamental que resintió las separaciones y las frustraciones, lamentándose invariablemente de no ser querida. Su conducta se empezó a deteriorar a partir de los 10 años en que comenzó a desinteresarse por el colegio y a meterse en peleas; poco después se asoció con una pandilla de jóvenes indeseables y a conducirse sexualmente de una manera promiscua y autodestructiva; a los doce años fue arrestada por abuso de drogas y su sentimiento de no ser querida tomó tonos de desesperación: poco después tuvo un intento de suicidio cortándose el antebrazo lo que motivó una hospitalización durante un año, que no produjo resultados ya que al ser dada de alta repitió el intento, esta vez de una manera más seria. Por este motivo fue de nuevo ingresada.

Carmen aparecía como una chica extremadamente manipuladora y con gran vulnerabilidad a sentimientos de abandono que provo-

caban en ella una gran ansiedad y desesperación aún con separaciones mínimas de personas que ella idealizaba como sus salvadoras; en esos momentos Carmen actuaba sus sentimientos de tristeza de una manera maníaca enfrentándose a otros y buscando levantar su ánimo con una pelea o bien con actos sexuales sumamente destructivos o bien escapándose del hospital.

Pronto fue necesario someter a Carmen a un programa extremadamente regimentado con gran restricción de su actividad e imposibilidad de manejar actividades que requerían un mínimo de autonomía; según ella «sólo en mi habitación, me siento protegida», se aisló de cualquier relación, y aún así presentaba síntomas de estar muy deprimida. Las visitas o noticias de sus padres se convertían en un duelo al que seguían episodios de actuación violenta y peligrosa llegando a autolesionarse.

Para obtener cierta mejoría de su ansiedad se le trató farmacológicamente con Tioridazina requiriendo una dosis alta de 500 mg sin gran mejoría en el cuadro; asimismo, la Imipramina parecía empeorar el cuadro con aumento de la desorganización.

La asociación de litio a la Tioridazina permitió reducir la dosis de esta última a 150 mg y marcó el comienzo de un proceso de recuperación en el que Carmen pudo establecer relaciones más útiles con el personal sanitario y con su psicoterapeuta, y colaborar con el tratamiento, así como participar eficazmente en el proceso de terapia familiar; la intensidad de los afectos se redujo considerablemente y comenzó a evolucionar de una manera que nos hacía sentir optimismo sobre su pronóstico.

## **B) USO COMBINADO CON ANTIDEPRESIVOS, EN PARTICULAR LA IMIPRAMINA**

Aunque es práctica clínica corriente el uso del litio en pacientes adultos para aumentar y estabilizar el efecto de los antidepresivos, yo me quiero referir al uso de la imipramina en jóvenes para el tratamiento de los trastornos

del control de los impulsos y de ansiedad. Es en este sentido quizás útil destacar la dificultad del diagnóstico diferencial entre los trastornos de la conducta agresivos y el primero.

El uso del litio en esta combinación, a la vez que parece ofrecer cierta protección ante la intensidad de los afectos que desorganizan y perturban a este tipo de niños, parece tener un efecto de incremento de la acción de la imipramina o quizás pos sí mismo sobre el déficit de control de los impulsos, conducta explosiva y síndromes afines. Reduciendo en mi experiencia la cantidad y calidad de los episodios en mayor grado que con sólo el tricíclico.

### *Caso 3*

Se trata de José, un niño de 12 años, el segundo de una familia de 5 hijos cuyos dos últimos eran de un segundo matrimonio. El padre natural de José había sido un hombre con patología psicopática que abusaba frecuentemente de la familia, amenazándoles y maltratando físicamente a madre e hijos con frecuencia, dilapidando los recursos de la familia y abandonándoles repetidamente hasta su muerte de cáncer cuando nuestro paciente tenía seis años.

Desde un punto de vista dinámico, José sufría de patología derivada de la poca diferenciación e integración de su superego, habiendo internalizado en el mismo las características omniscientes y abusivas de su experiencia con su padre que constantemente le sometía a castigo.

Así, José sentía que siempre era él el culpable de cualquier conflicto que sucedía a su alrededor, y procedía a actuar de manera que le convertía en un chivo expiatorio. El pobre niño, vivía con una pesadilla constante de ser atacado sin motivo, lo que determinaba su comportamiento agresivo y su carácter huraño y desconfiado. La multitud de problemas en que sus constantes peleas le metieron, junto con la insuficiencia del tratamiento ambulatorio, condujeron a su madre y a su padre adoptivo a buscar el tratamiento hospitalario para José, donde las terapias disponibles, así como el tratamiento con imipramina, se mos-

traron insuficientes para producir un cambio. José se convirtió en el chivo expiatorio de la sala, con peleas constantes y gran ostracismo por parte de los demás que parecía no tener fin; en las sesiones individuales José rechazaba toda ayuda puesto que él no se sentía digno de salir de su miseria.

Fue la adición de litio a la imipramina que marcó el inicio de un cambio sutil pero progresivo en el «self-regard» de este niño, quién comenzó a mostrar mejor juicio en sus interacciones con los demás y a hacer esfuerzos por terminar con sus peleas y con su sufrimiento. Este proceso culminó en el rechazo por su parte de la invitación a escaparse del hospital, que le tendieron otros envidiosos de su progreso, y las visitas con su familia permitieron darle el alta a los doce meses de haber comenzado el tratamiento de hospital y cuatro después de haber introducido la combinación de medicamentos mencionada. Este niño se recuperó espectacularmente de sus síntomas.

## **CONCLUSIONES Y NOTAS PRECAUTORIAS**

Aunque el tratamiento con litio en estos jóvenes, a pesar de ser una práctica extendida, está poco documentada, queremos terminar con una nota de precaución para el clínico quien debe utilizar todo su conocimiento e in-

tegridad para ayudar al paciente, limitado por el principio de «Primum non Nocere». El litio no debe ser manejado sin el recurso de un laboratorio, ni tampoco para el tratamiento de patologías menos severas que las ya descritas. Mi punto de vista respecto a su utilidad, aparte de lo ya descrito, es precisamente en la posibilidad que ofrece de reducir el uso de otras drogas potencialmente peligrosas.

Este medicamento muestra resultados aproximadamente a las seis semanas de comenzado y la dosis aproximada inicial de 15 a 20 mg/kg/día, debe monitorizarse en sangre semanalmente durante 3 o 4 semanas hasta conseguir un nivel estable. El litio interfiere la recaptación de la T3, y se debe obtener un perfil toroideo antes del tratamiento; igualmente es necesario un aclaramiento de creatinina y una determinación de iones, ya que el litio compete con el sodio en el túbulo renal, y a nivel celular.

Quiero señalar, por último, que sería una ingenuidad el clamar que la curación de estos pacientes depende solamente del tratamiento farmacológico.

Es más bien un esfuerzo de todo un sistema que debe manejar el psiquiatra lo que aportará resultados y lo que esperamos de los medicamentos es el que ayuden al paciente a poder utilizar la ayuda de las personas para recuperar su salud mental.

# Caso clínico

**Motivo de consulta:** Intento de suicidio.

**Clínica actual:** Consulta el padre de Javier V.F. —de 18 años de edad— porque su hijo hizo un intento de autolisis en oct. 88, precipitándose por un puente de 20 metros de altura; resultó politraumatizado, estando ingresado en Traumatología durante más de un mes. Con anterioridad al intento, el muchacho se mostraba, introvertido, triste, diciendo con frecuencia que él era «una carga para la familia» y que «nunca había hecho nada bueno en la vida». Parece ser que no le renovaron su contrato de trabajo debido a sus múltiples bajas laborales por «traumatismos» diversos.

**Antecedentes personales:** De niño padeció importantes otitis, que dejaron secuela de hipoacusia, librándose del servicio militar.

De carácter explosivo, dominante, poco contenido y nada responsable, pasando de fases de expansión a fases de retraimiento, frecuentemente hostil, brusco y agresivo.

De pequeño era «individualista, solitario»; actualmente sigue siendo infantil, inmaduro, poco realista. Se confirma la importante tendencia a accidentarse, lesionarse, etc.

A los 14 años creció y se desarrolló mucho físicamente; desde los 15 años hasta la actualidad parece haber presentado 7 u 8 episodios depresivos, que coinciden con ciclos estacionales.

Tuvo un buen rendimiento escolar, hasta 2.º BUP (15 años) en que fracasó totalmente y abandonó los estudios; posteriormente no ha seguido otros estudios. No existen antecedentes familiares de interés.

**Entrevista personal:** El muchacho acude a la consulta en silla de ruedas (fractura pelvis), ambas muñecas escayoladas y fijaciones bucales por triple fractura de maxilar.

Mantiene un tono y actitud desenfadado, simplista, quitándole importancia a todo lo

ocurrido e incluso a su estado físico actual. Francamente verborreico, expansivo, se le ve muy inquieto —hasta agitado— con asociaciones ideativo-verbales bizarras, cierta fuga de ideas, coprolália, habla hostil, agresiva, muy fuerte.

Relata proyectos irrealizables y grandilocuentes. Dice no tener ni haber tenido nunca problemas personales de ningún tipo; justifica el intento de suicidio como «que fue una animalada porque ya estaba harto de que me ocurrieran aquellas rachas en que todo lo veía negro y fatal». Admite un consumo considerable de alcohol, cannabinoles y tabaco.

## Exploraciones complementarias

a) EEG: normal.

b) Estudio psicológico:

— *Cuestionario de personalidad 16PF:* Neuroticismo 5.7. Psicoticismo 8.2. Introversión 5.5. Reservado. Dominante. Descontrolado. Tenso. Espontáneo.

— *Inventario personalidad SCL-90-R de Derogatis:* Elevación de las escalas de Hostilidad, Obsesividad y Sensibilidad, con bajos niveles de la escala de Depresión.

— *Inventario Multifásico Personalidad de Minnesota (MMPI):* Perfil 9584: Manía-Masculinidad-Esquizofrenia-Psicopatía. Todas las puntuaciones se sitúan en la zona de normalidad (entre 40 y 55 puntos, baremo español), excepto Manía 64 y Depresión 39.

Durante las exploraciones, el paciente ha mantenido una notable excitación, hiperactividad, irritabilidad, agresividad y verborrea, con abundancia de ideas, dispersión y déficit de inhibiciones afectivas.

## Diagnóstico diferencial (según DSM-III-R)

— 296.33. Depresión mayor recurrente, grave sin síntomas psicóticos.

— 296.34. Depresión mayor recurrente, grave con síntomas psicóticos congruentes estado ánimo.

- 296.62. Tr. bipolar mixto, moderado.
- 296.42. Tr. bipolar maníaco, moderado.
- 301.13. Ciclotimia.
- 295.70. Tr. esquizoafectivo.
- 301.83. Tr. límite de la personalidad.

**Hipótesis diagnóstica:** Los antecedentes de episodios depresivos «endógenos» y estacionales desde los 15 años, que culminan en este último estado depresivo con intento de suicidio, sugieren un Tr. depresivo mayor recurrente, grave y sin síntomas psicóticos; pero la actitud del sujeto en las entrevistas y el estudio cuidadoso de las exploraciones psicológicas son indicativos de hallarnos ante un claro episodio maníaco.

Una reentrevista confirma la anterior existencia de fases hipomaníacas, como despilfarro, ideas irrealizables y grandilocuentes, excitación, verborrea, insomnio, anorexia, etc. Por otro lado, la personalidad del paciente se caracteriza por la inestabilidad emocional, la

impulsividad, las conductas desadaptadas y poco contenidas, déficit de identidad, etc, lo que se podría considerar como «Personalidad límite».

Por tanto, establecemos los siguientes diagnósticos:

- 296.42. Tr. bipolar maníaco, moderado.
- 301.83. Tr. límite de la personalidad.

**Tratamiento:** Se estableció tratamiento psicofarmacológico con sales de litio asociado a Haloperidol y al antidepresivo Maprotilina; se mantuvieron niveles plasmáticos de litio sobre 0,95 mEq/l. Posteriormente, debido a un episodio transitorio de agitación con sintomatología francamente psicótica, se mantuvo el litio asociado a Carbamacepina (a dosis de 16 mg/kg/día), con lo que se consiguió una espectacular normalización global del paciente.

R. FERRER i GELABERT

# Reseñas terapéuticas

*In memoriam Dr. Joaquim Puig Antich*

**Puig-Antich, J. et al. (1978)** *A. Pilot Open Trial of Imipramina in Prepuberal Depressive Illness.* Psychopharmacology bulletin Vol. 14 n.º 2 pp. 40-42.

Eligiendo una muestra de 13 niños prepuberales (entre 6 y 12 años) que cumplían los criterios (RDC) para trastorno depresivo mayor. Cinco niñas y ocho niños de edad media 9,6 años. La mayoría con antecedentes familiares de trastorno depresivo y alcoholismo.

En ocho niños se inició un ensayo abierto con imipramina. La dosis inicial fue de 1,5 mg/kg/d, hasta dosis máxima entre 4 y 5 mg/kg/d. Seis, de los ocho niños, presentaron una total respuesta a la imipramina después de 6-8 semanas.

**Puig-Antich, J. et al. (1979)** *Plasma levels of imipramina and desmethylimipramine and clinical Response in Prepuberal Major Depressive Disorder. A preliminary Report.* Journal of American Academy of Child Psychiatry 18, 616-627.

En este trabajo constituido por 13 niños prepuberes (6-12 años), 4 niñas y 9 varones; cumpliendo los criterios RDC para trastorno depresivo mayor y usando el Kiddie-SADS para valoración clínica.

Se administró imipramina a dosis inicial de 1,5 mg/kg/d, aumentando hasta 5 mg/kg/d en el 9º día y con posterior dosis media de mantenimiento de 3,98 mg/kg/d, siendo la dosificación independiente de la severidad de la depresión.

Los niños con respuesta positiva al fármaco presentaban unos niveles plasmáticos significativamente superiores (media: 231 mg/ml) a los refractorios (media: 128 mg/ml).

Encontrando que el nivel plasmático que claramente discrimina entre ambos grupos el de 146 mg/ml, sugiriendo así el objetivo de una tasa de por lo menos 146 mg/ml con la finalidad de conseguir una respuesta clínica en 5 semanas.

**Puig-Antich, J. (1982)** *Major Depression and Conduct disorder in Prepuberty.* Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21/2: (118-128).

El autor encontró que un tercio de los niños, cumpliendo los criterios RDC para trastorno depresivo mayor, también cumplían los criterios DSM III para trastorno de conducta.

No encontrándose entre el grupo de 16 niños con depresión mayor y trastorno de conducta, y el grupo de 27 niños con depresión mayor y sin trastorno de conducta diferencias significativas en las variables demográficas estudiadas o en el cuadro clínico depresivo mayor presentado.

Siguieron un inicial protocolo de tratamiento con imipramina de 5 semanas, la dosis fue subida hasta 5 mg/kg/d. La valoración con el K-SADS fue repetida cada 3-5 semanas hasta que presentara una respuesta clínica total. Se mantuvo la dosis eficaz durante tres meses más, tras los que se retiró en un período de 10 días.

Completaron el estudio 13 chicos, con respuesta antidepressiva plena entre la 5ª y 18ª semana después del inicio del tratamiento; 11 de estos 13 niños, no presentaron trastornos de conducta. No reapareciendo el trastorno de conducta con la suspensión del tratamiento y sí con la presentación de un segundo episodio depresivo (en 7 casos).



Señalando que el estudio no propone el tratamiento antidepressivo como panacea para trastornos de conducta, se presentan estos datos en el tratamiento de un cierto subgrupo de niños prepuberales con trastorno de conducta.

**Townsend, E.M. Puig-Antich, J. et al.** *Well-being of children participating in psychobiological reseach: A pilot study.* J. AM. Acad. Child Adolec. Psychiatry 27/4 (483-488).

muestras: una con 14 niños con tr. depresivo mayor y 11 niños normales sometidos a estudio neuroendocrino y de sueño, evaluándose sus expectativas y sus experiencias actuales de dolor, ansiedad y las perturbaciones relacionadas con los procedimientos de investigación.

La experiencia fue referida como no traumática y agradable. Los niños estaban a favor de la investigación clínica. Muchos sentían que habían ganado con la experiencia y ningún niño o padre se arrepintieron o lo lamentaron.

Se trata de un estudio comparativo de dos

X. GASTAMINZA

## Cartas al Director

Sr. Director:

En el n.º 34 (julio, agosto, septiembre) de 1989 del «Journal de psychiatrie biologique et thérapeutique» se ha publicado un artículo, que habla de los oligoelementos y el sistema nervioso central, haciendo mención especial del zinc como elemento más estudiado.

El nombre original del artículo es «ACTIONS PHYSIOLÓGIQUES DU ZINC ET DES PRINCIPAUX AUTRES OLIGO-ELEMENTS DANS LE SYSTEME NERVEUX CENTRAL».

Autores: J.F. Brun, C. Fons, M. Fusselier, L. Bardet, A. Orsetti.

Laboratoire de Physiologie 2; Institut de Biologie, Faculté de Médecine, 34060 Montpellier Cédex, France.

No se trata de reproducir aquí el artículo en su totalidad, ni tan sólo parcialmente, pero puede ser útil resaltar el apartado que se refiere al papel de la carencia del zinc en paidopsiquiatría. Lo hace como pregunta y cita dos trabajos, el primero de Ward, Watson Bryce-Smith, que estudian la concentración placentaria de 37 minerales y dicen que los recién nacidos, que presentan un zinc bajo, un plomo y un cadmio alto, tienen un perímetro cefálico reducido, traduciendo un retraso en la maduración cerebral. El tabaquismo materno, que aumenta el cadmio, puede ser uno de los factores implicados en este cuadro.

Este estudio se publicó en el International

Journal of Biosocial Research 1987. 9, 63-81.

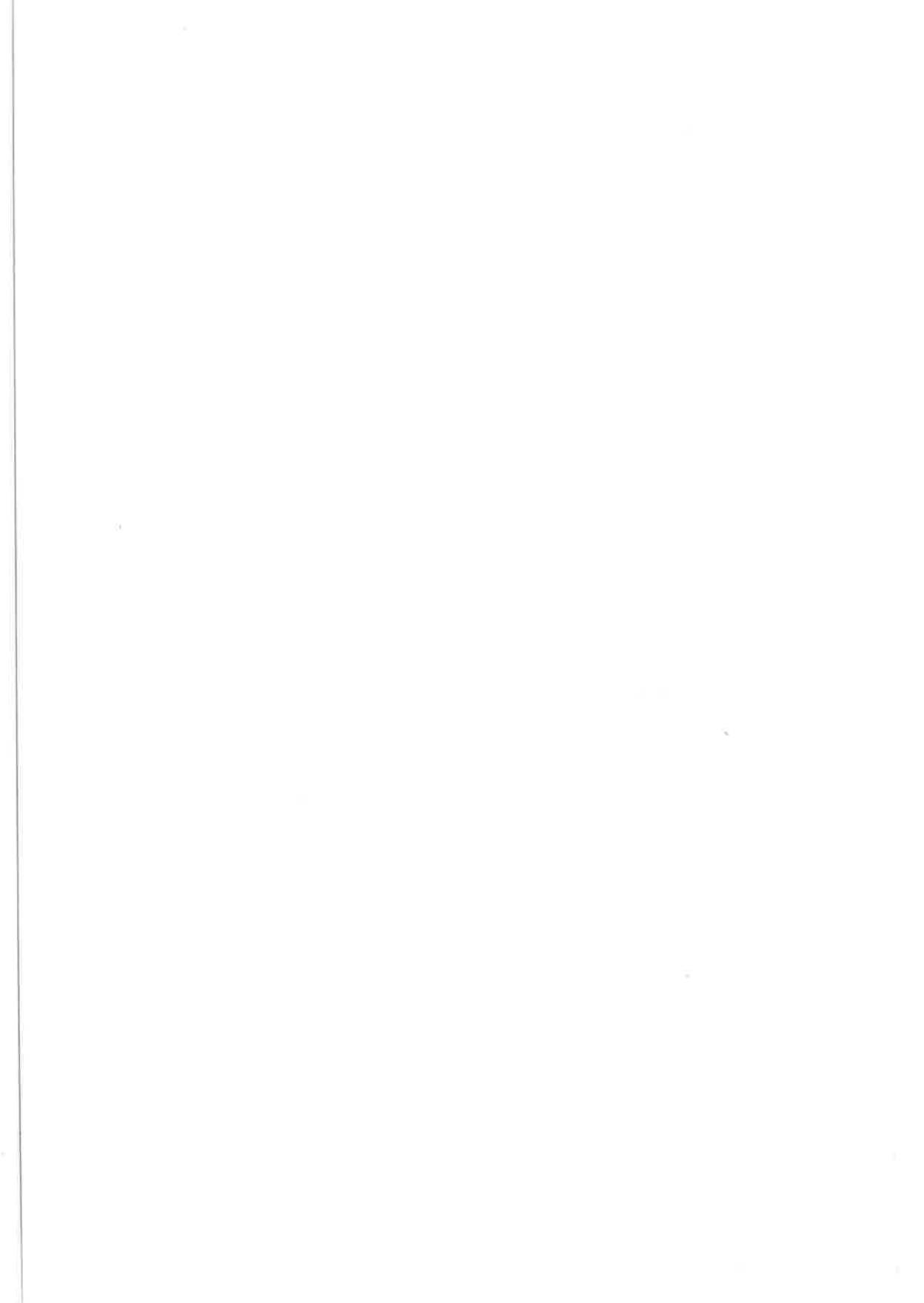
El otro trabajo citado es el titulado «Zinc deficiency in children with dyslexia: concentration of zinc and other minerals in sweat and hair». (British Med. J. 1988 296, 607-609). Habla de 26 casos de dislexia de edades comprendidas entre los 6 y los 14 años a quienes se les ha medido la tasa de zinc en plasma y en cabellos, comparándolo con un grupo control de niños de su misma clase no afectados de dislexia. Es el nivel de zinc plasmático el que está disminuido, la diferencia es francamente significativa (-32%,  $p$  0,0001) en relación al grupo control.

Para los autores de este trabajo, Grant Howard, Davis Chasty, Hornsby and Galbraith, una carencia de zinc podría explicar ciertas perturbaciones de la maduración del sistema nervioso central.

La profilaxis sería el aporte de zinc antes de la concepción, durante el embarazo y en la infancia.

Un tipo de publicación como ésta, pone una vez más de manifiesto la necesidad de trabajar con equipos multidisciplinares que aportan nuevos datos y nos ofrecen ópticas distintas de los problemas que nos plantea la clínica paidopsiquiátrica.

M.<sup>a</sup> L. TEIXIDÓ MASIP  
Psiquiatra Infantil





REGISTRO CEGARR



PARA  
OBTENER  
UN CLARO  
EFECTO ANSIOLITICO  
SIN RENUNCIAR  
A LA EFICACIA  
ANTIDEPRESIVA

# ® LUDIOMIL 75

DOS COMPRIMIDOS, EN UNA SOLA TOMA, ANTES DE LA CENA

**Composición:** Clorhidrato de maprotilina. **Indicaciones:** Depresiones endógenas, psicógenas, somatógenas, enmascaradas (trastornos funcionales gastrointestinales, cardiovasculares, genitourinarios, etc.). Depresiones y distonias en niños y adolescentes. **Posología:** Depresiones severas: 75-150 mg/día en una o varias tomas. Depresiones leves, depresiones enmascaradas: 75 mg/día. En pacientes ancianos y niños, empezar con 10 mg 3 veces al día y adaptar según la sintomatología. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida a la maprotilina. **Precauciones:** Antecedentes convulsivos, lesiones hepáticas o renales graves, retención urinaria, glaucoma, hipotensión ortostática. Vigilar función cardíaca y ECG en ancianos y cardiopatas con dosis altas y tratamiento prolongado. Ludiomil puede menoscabar la capacidad de reacción (manejo de maquinaria, conducción de vehículos). Esta especialidad contiene lactosa. **Embarazo y Lactancia:** Usar sólo en los casos imprescindibles en los 3 primeros meses de embarazo y prescindir de la lactancia natural. **Incompatibilidades e interacciones:** Ludiomil puede reducir el efecto hipotensor de la guanetidina y potenciar los efectos de la noradrenalina, adrenalina y otros fármacos depresores del SNC y anticolinérgicos. Se recomienda no emplear junto con IMAO y dejar 15 días entre éstos y Ludiomil. **Efectos secundarios:** Ludiomil suele ser bien tolerado. Los primeros días pueden presentarse síntomas pasajeros como sensación de vértigo, sequedad de boca, estreñimiento, fatiga, somnolencia, sudoración. También puede producirse aumento de peso y reacciones alérgicas, que ocasionalmente pueden obligar a suprimir el tratamiento. En raras ocasiones, crisis convulsivas, descenso tensionales, taquicardia, modificación reversible de la onda T y trastornos de la conducción. **Intoxicación y tratamiento:** Síntomas: trastornos neuromusculares, depresión respiratoria, arritmias, hipotensión y colapso. Tratamiento: eliminación del fármaco (diálisis y exanguiotransfusión en casos muy graves y en niños), hospitalización y tratamiento sintomático. No se aconseja emplear fisostigmina, ya que aumenta el riesgo de convulsiones. No existe antídoto específico. **Presentación y P.V.P. (IVA):** Comprimidos ranurados de 75 mg, envase calendario con 28, 1.311 ptas. **Otras presentaciones:** Comprimidos de 10 mg, envase con 30, 325 ptas.; de 25 mg, envase con 30, 839 ptas.

CIBA-GEIGY

DIVISION FARMACEUTICA. Apartado 1628 Barcelona