

Año 1999

Nº 4

*REVISTA DE PSIQUIATRÍA  
INFANTO-JUVENIL*



*Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*

# Rubifen®

## METILFENIDATO



FRENTE A DETERMINADAS CONDUCTAS ... RUBIFEN  
ACTUA MEJORANDO LA ATENCION Y EL COMPORTAMIENTO

**PROPIEDADES:** El RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina cefalotrópica estimulante de predominio cortical. En el hombre, el RUBIFEN produce una acción estimulante, sobre las funciones psíquicas, con aumento del rendimiento del trabajo intelectual, de la atención y del interés hacia las tareas, estos efectos hacen útil a dicha droga en los pacientes aquejados de leves tipos de depresión mental. **INDICACIONES:** Tratamiento de los niños hipericinéticos (Disfunción Cerebral Mínima). Trastornos de comportamiento en los ancianos debido a causa orgánica, como por ejemplo en la arteriosclerosis cerebral, estados depresivos leves. **Narcolepsia.** **CONTRAINDICACIONES:** Ansiedad marcada, tensión, agitación, glaucoma, neurosis obsesivas o compulsivas, alucinaciones. **INCOMPATIBILIDADES:** Potencia la acción de: Agentes anticolinérgicos, anticoagulantes, anticonvulsivantes, IMAO, fenibutazona, drogas presoras, antidepresivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagonista la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El RUBIFEN es generalmente bien tolerado. En casos especiales puede causar sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo y palpitaciones, reacciones cutáneas, alteraciones en la presión arterial. **ADVERTENCIAS:** Esta especialidad no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad ni tampoco en los estados depresivos graves. Durante el embarazo, sobre todo en los tres primeros meses de gestación, el RUBIFEN se administrará tan sólo en casos de imperiosa necesidad. Se administrará con gran precaución en pacientes con hipertensión arterial, epilepsia o con antecedentes de abuso de psicoestimulantes o alcoholismo. El uso continuado puede conducir a tolerancia o dependencia de tipo anfetamínico. **FORMULA por comprimido:** Clorhidrato de metilfenidato

SÍNDROME  
HIPERCINÉTICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

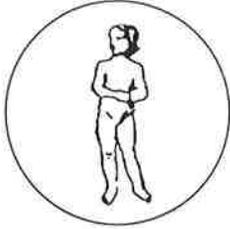
ALTERACIONES DEL  
COMPORTAMIENTO

(D.C.I.) 0.010 g, excipiente, c.s. **POSOLÓGIA:** Atenerse en todos los casos a las indicaciones del facultativo. La posología es individual y se adaptará a cada indicación. **Dosis media:** Un comprimido 2-3 veces al día. Se recomienda no tomar la última dosis después de las 4 de la tarde en vistas de la posible producción de insomnio. **Niños:** En niños con Disfunción Cerebral Mínima se suele iniciar el tratamiento con dosis pequeñas de 5 mg antes del desayuno y del almuerzo, incrementándose gradualmente, si se considera necesario, a razón de 5-10 mg más cada semana. No se recomienda sobrepasar la dosis de 60 mg/día. El tratamiento debe suspenderse periódicamente con el fin de evaluar el progreso del paciente. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de la intoxicación accidental es la resultante de sobreexcitación central y efectos parasimpaticomiméticos: puede incluir vómitos, agitación, temblores, convulsiones, euforia, alucinaciones, sudoración, taquicardia, hipertensión y midriasis. El tratamiento consiste en vaciado de estómago por emesis o lavado si el paciente está consciente. Si la intoxicación es grave puede utilizarse, antes de efectuar el lavado de estómago, un barbitúrico de acción corta, controlándose cuidadosamente la dosis. Deben preverse las medidas adecuadas para mantener las funciones circulatoria y respiratoria. Si se presenta hiperpirexia puede ser preciso recurrir a enfriamiento externo. Debe protegerse al paciente de estímulos sensoriales externos que pudiesen agravar el estado de excitación. **Relación de excipientes:** Celulosa microcristalina. **PRESENTACIÓN Y PVP-4:** Envase conteniendo 30 comprimidos con una ranura central, 513 ptas. Coste aproximado tratamiento/día: 32 ptas. **DISPENSACIÓN CON RECETA MÉDICA. FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL (aportación normal). CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.**



LABORATORIOS RUBIÓS, S.A.

Berlínés, 39 - 08022 Barcelona - Tels. 418 93 90 - 212 74 86 Fax 418 54 79



# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

## Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

*Miembro de la ESCAP*

### Secretaría de Redacción

Sr. Salvador Arxé i Closa  
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª  
08012 Barcelona

### Publicación trimestral

### Administración, suscripciones y publicidad:



Comunidad de Castilla-La Mancha, 3  
28230 Las Rozas (Madrid)  
Tel.: (91) 636 05 53  
Fax: (91) 640 63 29  
E-mail: siglo@pulso.com

### Copyright 1999

©Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
y Editorial Siglo

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

### Depósito legal:

B-41.588-90

### ISSN:

1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido  
30-R-CM

*Asociación fundada en 1950*  
*Revista fundada en 1983*  
*Revista indexada en el Índice Médico Español*

### Comité de Redacción:

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*

Secretario: *S. Arxé i Closa*

Vocales: *A. Agüero Juan*

*T.J. Cantó Díez*

*M.D. Domínguez Santos*

*X. Gastaminza Pérez*

*J.L. Pedreira Massa*

*P. Rodríguez-Ramos*

*C. de la Rosa Fox*

*L. Sordo Sordo*

*M. Velilla Picazo*

### Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.L. Alcázar Fernández*

Vice-presidente: *Mª C. Ballesteros Alcalde*

Secretaria: *M.I. Palanca Maresca*

Tesorero: *C. Antolín Diego*

Vocal: *F. Rey Sánchez*

Asesor de Junta: *J. Tomás i Vilaltella*

### Presidentes de Honor de la Asociación

*J. Córdoba Rodríguez*

*J. de Moragas Gallisa*

*C. Vázquez Velasco*

*L. Folch i Camarasa*

*A. Serrate Torrente*

*F.J. Mendiguchía Quijada*

*M. de Linares Pezzi*

*V. López-Ibor Camós*

*J. Rom i Font*

*J. Rodríguez Sacristán*

*J. Tomás i Vilaltella*

**Revista indexada en  
Bibliomed**

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española  
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

## S U M A R I O

<b>Comentario breve</b>	Psiquiatría transcultural en niños y adolescentes <i>B. Sifré, P. Rodríguez-Ramos, M. De T. De Lucas, A. Benito</i>	207
<b>Artículos originales</b>	El Síndrome de Asperger, una variante del espectro autista <i>B. Martínez, M<sup>a</sup>. D. Domínguez, R. Mateos, M. J. Alonso</i>	231
	Análisis de la demanda de los trastornos de conducta en psiquiatría infantil <i>R. Caballero, M. D. Mojarro, P. Benjumea, J. Rodríguez-Sacristan</i>	222
	¿Qué piensan de la muerte los niños a la edad de 6 a 10 años? <i>F. Viñas, E. Doménech-Llaveria</i>	229
	Proyecto de salud mental infanto-juvenil para Cantabria I: estudio y priorización de necesidades <i>S. Otero, M. Aparicio, E. Bobadilla, L. Palacios, M. Ruiz S. Samaniego</i>	235
<b>Artículos de revisión</b>	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Reacciones adversas en niños y adolescentes <i>M<sup>a</sup>. J. Mardomingo</i>	243
	Evaluación de los trastornos de conducta en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios <i>E. Masdeu, S. Xicoy, M<sup>a</sup>. C. Jané, E. Doménech-Llaveria</i>	249
<b>Galería de figuras históricas</b>	Antonio Jover Puig (Barcelona 1855-1930) <i>E. Doménech-Llaveria</i>	260
<b>Caso clínico</b>		262
<b>Reseñas Terapéuticas</b>		265
<b>Comentario de publicaciones</b>		267
<b>Agenda</b>		269

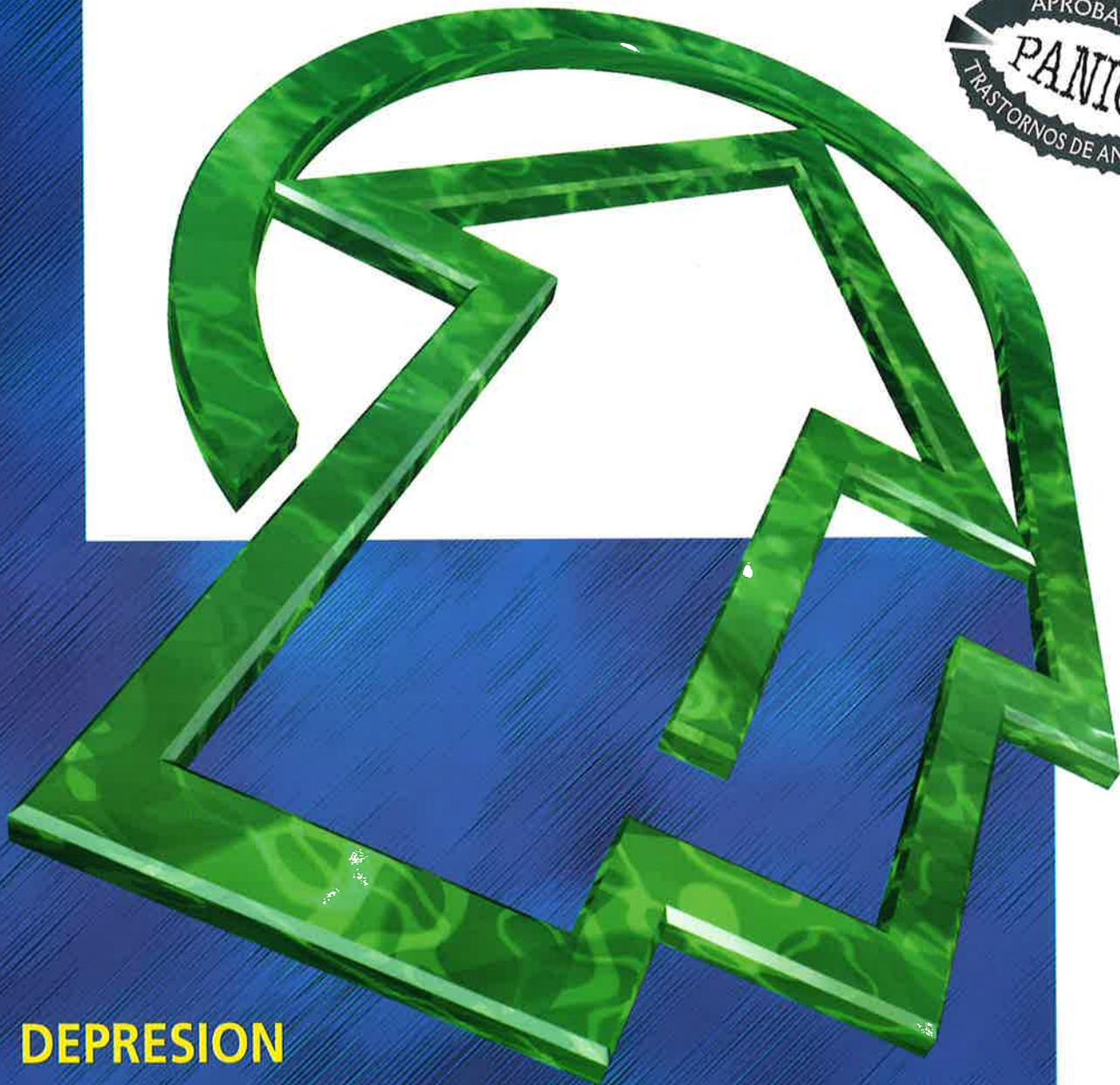
Más Ventajas, Menos Complicaciones



# BESITRAN<sup>®</sup>

SERTRALINA

LA D I F E R E N C I A



- ▶ **DEPRESION**
- ▶ **PREVENCION**  
de recaídas y recurrencias
- ▶ **TOC**  
(Trastornos Obsesivo-Compulsivos)



PFIZER, S.A. / ESPAÑA  
Príncipe de Vergara, 109  
28002-MADRID

**BESITRAN® (Sertralina).** Composición: Cada comprimido contiene como principio activo: BESITRAN® 50 mg; Sertralina (D.C.I.) (Clorhidrato) 50 mg; BESITRAN® 100 mg; Sertralina (D.C.I.) (Clorhidrato) 100 mg. BESITRAN® (molécula investigada por Pfizer) es un inhibidor específico de la recaptación neuronal in vitro e in vivo de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT). **Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de los síntomas de la depresión. Tras alcanzar una respuesta satisfactoria, la continuación del tratamiento con BESITRAN® (Sertralina) es eficaz para prevenir las recaídas del episodio inicial de depresión o la recurrencia de nuevos episodios depresivos. Tratamiento de los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC). **Tratamiento de los Trastornos de Pánico, con o sin agorafobia, Psicología y forma de administración:** BESITRAN® (Sertralina) debe administrarse por vía oral en una sola dosis diaria, en la mañana o la noche, con o sin alimento. La dosis terapéutica habitual para la depresión es de 50 mg/día. **Para los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC) y los Trastornos de Pánico, la dosis mínima efectiva recomendada es de 50 mg/día. Sin embargo, el tratamiento para los Trastornos de Pánico debe comenzar con 25 mg/día, incrementándose hasta 50 mg/día después de una semana. La dosis diaria para todos los indicaciones puede incrementarse de 50 a 100 mg a lo largo de un período de semanas. La dosis máxima recomendada de Sertralina es de 200 mg/día. La aparición del efecto terapéutico puede observarse en 7 días, aunque normalmente se necesitan de tres a cuatro semanas para obtener una actividad terapéutica completa. Durante los períodos prolongados de tratamiento de mantenimiento, la dosis debe ajustarse al nivel mínimo eficaz, con ajustes posteriores dependiendo de la respuesta terapéutica. **Uso en niños:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de BESITRAN® (Sertralina) en niños. En ensayos clínicos realizados con 61 pacientes de 6 a 17 años, Sertralina presentó un perfil farmacocinético similar al encontrado en adultos. **Uso en ancianos:** BESITRAN® (Sertralina) puede utilizarse en ancianos con el mismo rango de dosis empleado en pacientes jóvenes. **Contraindicaciones:** Pacientes con hipersensibilidad conocida al mismo. Pacientes que toman IMAO (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO). No debe administrarse Sertralina en asociación con un IMAO, y deben transcurrir 14 días entre la interrupción del tratamiento con los IMAO y el inicio del tratamiento con BESITRAN® (Sertralina). A su vez, no deben administrarse inhibidores de la IMAO antes de que hayan transcurrido 2 semanas, una vez suspendido el tratamiento con Sertralina. Otros fármacos serotonérgicos: La coadministración de Sertralina con triptolano o feniluramina puede realzarse con precaución y evitar cuando sea posible. Cambio desde otros fármacos de interacción: Sertralina o Antobiosesivos: La duración del período de lavado que debe existir antes del cambio desde un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) a otro no ha sido establecida. **Activación de Manía/hipomanía:** Se han comunicado casos de manía o hipomanía en aproximadamente el 0,4% de los pacientes tratados con Sertralina. **Epilepsia:** Debe evitarse la administración de Sertralina en pacientes con epilepsia inestable, y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente supervisados. El fármaco debe interrumpirse en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. **Sedición:** Para que el efecto de un inicio de tratamiento es inherente a la enfermedad depresiva grave y puede persistir hasta que aparezca una remisión significativa, los pacientes deben ser controlados estrechamente al principio del tratamiento. **Enfermedad Cardíaca:** Sertralina no produce cambios clínicamente significativos de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca ni del ECG. No obstante, es necesario tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. **Uso en Insuficiencia Hepática:** Debe considerarse una reducción de la dosis o de la frecuencia de administración de Sertralina. **Uso en Insuficiencia Renal:** No es necesario ajustar las dosis de Sertralina al grado de insuficiencia renal. **Uso en Ancianos:** El perfil y la incidencia de reacciones adversas en el anciano fueron similares al de los pacientes jóvenes. **Interacción con otros medicamentos y otras formas especiales de interacción:** Alimentos: BESITRAN® (Sertralina) comprimidos se puede administrar con o sin alimentos. Inhibidores de la Monoaminoxidasa: (ver Advertencias y Precauciones especiales de empleo). **Fármacos depresores del SNC y Alcohol:** La administración de 200 mg diarios de Sertralina no potenció los efectos del alcohol, carbamazepina, haloperidol o fenitoína sobre las funciones cognitivas y psicomotoras en sujetos sanos. No se recomienda el uso concomitante de BESITRAN® (Sertralina) y alcohol. **Fármacos unidos a las proteínas:** Puesto que Sertralina se une a las proteínas plasmáticas, debe tenerse en cuenta el potencial de Sertralina para interactuar con otros fármacos unidos a las proteínas plasmáticas. Sin embargo, en tres estudios de interacción con warfarina, diazepam, tolbutamida y warfarina, respectivamente, Sertralina no mostró tener efectos significativos sobre la unión del sustrato a las proteínas (pero ver también Hipoglucemiantes y Otras Interacciones). **Hipoglucemiantes:** La coadministración de Sertralina con tolbutamida dio lugar a pequeños cambios estadísticamente significativos de algunos parámetros farmacocinéticos, desconociéndose el significado clínico de este hecho. Estudios en animales han demostrado una interacción potencial con insulina, desconociendo el significado clínico de este hecho hasta el momento. No se ha observado interacción con gliclazida y con otros hipoglucemiantes. **Otras interacciones:** La coadministración de Sertralina con diazepam dio lugar a pequeños cambios, estadísticamente significativos, de algunos parámetros farmacocinéticos. La administración conjunta con cimetiulina provocó una disminución sustancial del aclaramiento de Sertralina. Se desconoce la significación clínica de estos hallazgos. Sertralina no tiene efecto sobre la acción beta-bloqueante del atenolol. No se ha observado interacción con digoxina. Warfarina: Su coadministración con warfarina descendieron un pequeño incremento, aunque estadísticamente significativo, del tiempo de protrombina. Por consiguiente, debe controlarse cuidadosamente el tiempo de protrombina cuando se inicia o se intermite el tratamiento con Sertralina. (ver Efectos secundarios). **Fármacos metabolizados por el Citocromo P450 (CYP):** Sertralina (ver Efectos secundarios) en el grado de inhibición clínicamente importante de aquellos fármacos metabolizados por el isoenzima CYP 2D6. La administración crónica de Sertralina mostró una actividad mínima de los niveles plasmáticos de la desipramina en el estado estable (un marcador de la actividad enzimática del isoenzima CYP 2D6). **Fármacos metabolizados por otros enzimas CYP:** La administración crónica de 200 mg al día de Sertralina no inhibe la 6- $\beta$ -hidroxilación del cortisol endógeno ni el metabolismo de carbamazepina ni el de los fármacos medidos por el CYP 2A6. La administración crónica de 200 mg al día de Sertralina no afecta a las concentraciones plasmáticas de tolbutamida y warfarina, lo que sugiere que Sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 2C3. La administración crónica de 200 mg al día de Sertralina no afecta a las concentraciones plasmáticas de diazepam, lo que sugiere que Sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante de CYP 2C19. Estudios in vitro indican que Sertralina tiene un potencial pequeño o ninguno para inhibir CYP 1A2. **Inducción de las enzimas microsomales:** Sertralina no presenta un efecto inductor clínicamente significativo sobre las enzimas microsomales. **Litio:** La administración combinada de litio y Sertralina no altera la farmacocinética del litio, pero sí como resultado un incremento de los tiempos de retención al plásmo, indicando una posible interacción farmacodinámica. Como con otros ISRS, se recomienda precaución cuando se administre Sertralina con otras medicaciones, tales como litio, que pueden actuar vía mecanismo serotonérgico. (Ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Tratamientos electroconvulsivos (TEC):** No existen estudios clínicos que establezcan los riesgos o beneficios del uso combinado de TEC y Sertralina. **Embarazo y lactancia:** Solo debe utilizarse BESITRAN® (Sertralina) durante el embarazo, cuando los beneficios superen los posibles riesgos. Las mujeres que potencialmente puedan quedar embarazadas, deben emplear un método anticonceptivo si están recibiendo BESITRAN® (Sertralina). No se recomienda su uso en mujeres durante la lactancia a menos que, a juicio del médico, el beneficio supere los riesgos. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** BESITRAN® (Sertralina) no ejerce efectos sobre la función psicomotora. Sin embargo, como los fármacos usados para el tratamiento de la depresión, TOC o el pánico pueden alterar la capacidad física o mental requerida para el desempeño de tareas potencialmente peligrosas, como la conducción de vehículos o el uso de maquinaria, el paciente debe ser advertido al respecto. **Efectos secundarios:** Los efectos secundarios que aparecerán con una frecuencia significativamente mayor que con placebo son: náuseas, diarreas, indigestión, dolor de cabeza, insomnio, temblor, vértigo, mareos, somnolencia, incremento de la sudoración, sequedad de boca y dispareunia vaginal masculina (principalmente y ocasionalmente). **Reacciones adversas:** Los acontecimientos adversos temporalmente asociados con Sertralina que pueden no tener una relación causal con el fármaco incluyen los siguientes: vómitos, dolor abdominal, trastornos del movimiento (tales como síntomas extrapiramidales y anomalías de la marcha), convulsiones, irregularidades de la menstruación, hiperplasia mamaria, gástrica, eritema (incluyendo informes poco frecuentes de eritema multiforme) y, una vez, pancreatitis y acontecimientos hepáticos graves (incluyendo hepatitis, ictericia e insuficiencia hepática). Se han comunicado con poca frecuencia casos de reacciones por hipersensibilidad, como con otros antidepresivos, los siguientes acontecimientos adversos se han comunicado con poca frecuencia y no pueden distinguirse de los antecedentes naturales de la enfermedad subyacente: parestesia, hipostesia, síntomas depresivos, alucinaciones, reacciones agresivas, agitación, ansiedad y psicosis. Con muy poca frecuencia (0,8%) se han comunicado elevaciones sintomáticas de las transaminasas séricas (SGOT y SGPT), asociadas a la administración de Sertralina. Las alteraciones aparecieron normalmente en las primeras nueve semanas del tratamiento y desaparecieron espontáneamente tras la interrupción del mismo. Excepcionalmente se han comunicado casos de hiponatremia que fueron reversibles tras la interrupción del tratamiento con Sertralina. Algunos casos se debieron posiblemente al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La mayoría de los casos se observaron en pacientes ancianos, y en pacientes que estaban recibiendo diuréticos u otras medicaciones. Se han comunicado casos excepcionales de alteración de la función plaquetaria y/o resultados clínicos de laboratorio anormales en pacientes que toman Sertralina. Si bien ha habido informes de hemorragias o purpuras anormales en varios pacientes que toman Sertralina, no está claro que Sertralina tenga un papel causal. El perfil de efectos secundarios comúnmente observado en pacientes con TOC fue similar al observado en pacientes con depresión. **Sobredosisificación:** BESITRAN® (Sertralina) tiene un amplio margen de seguridad en el caso de sobredosisificación. No se han comunicado secuelas graves después de una sobredosis única de Sertralina de hasta 8 g. Aunque no se han comunicado muertes cuando Sertralina fue administrada sola, sí se han comunicado fallecimientos en casos en que se tomaron sobredosis de Sertralina en asociación con otros fármacos y/o alcohol. Por consiguiente, todos los casos de sobredosis deben ser tratados de forma agresiva. No existe tratamiento específico y tampoco antidotos específicos para Sertralina. Se debe establecer y mantener la vía aérea, asegurar la respiración adecuada y ventilación. El carbón activado, que puede utilizarse con Sorbitol, puede ser tanto o más eficaz que la emesis o lavado gástrico y debe considerarse como tratamiento de la sobredosis. Se recomienda la monitorización cardíaca y de los signos vitales junto con medidas generales de soporte y sintomáticas. Debido al gran volumen de distribución de Sertralina, es improbable que la diuresis forzada, la diálisis, la hemoperfusión y la plasmateresis sean beneficiosas. **Lista de excipientes:** Cada comprimido contiene como excipiente: Fosfato cálcico dibásico, celulosa microcristalina, hidroxipropil celulosa, almidón glicolato sódico, estearato magnésico, hidroxipropil metil celulosa, polietilenglicol, polibocato, dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Cantidad:** 4 años. **Precauciones especiales de conservación:** Mantener en lugar seco y a temperatura inferior a 30°C. **Instrucciones de uso/manipulación:** No son necesarias instrucciones especiales. **Presentaciones y PVP (IVA):** BESITRAN® 50 mg, envase con 30 comprimidos, 5,799 pts. IVA; BESITRAN® 100 mg, envase con 30 comprimidos, 2,699 pts IVA. **Con receta médica. Especialidad reembolsable por los Organismos de la Seguridad Social. Aportación reducida. Instrucciones de uso/manipulación:** No son necesarias instrucciones especiales. Consulte la ficha técnica completa del producto antes de prescribir. Para más información, dirigirse a: Laboratorios PFIZER, S.A. Príncipe de Vergara, 109. 28002 MADRID.**

Marcas registradas de sertralina en diferentes mercados: ZOLOFT®, LUSTRAL®, BESITRAN®, SERLAIN®, ALTRULINE®, TRESLEEN®, ZOLOF®

Fluvoxamina

DUMIROX®



**Dumirox® 50 mg - Dumirox® 100 mg. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Principio activo: Fluvoxamina (DCI) maleato. Cada comprimido recubierto contiene 50 ó 100 mg de maleato de fluvoxamina. **FORMA FARMACÉUTICA:** Dumirox® 50 mg : comprimidos recubiertos de color blanco con la inscripción "duphar" en una de sus caras y "291" en la otra. **Dumirox® 100 mg :** comprimidos recubiertos y ranurados, de color blanco con la inscripción "duphar" en una de sus caras y "313" en la otra. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la enfermedad depresiva y de los síntomas de los trastornos depresivos. Tratamiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. **Posología y forma de administración.** **Depresión:** La dosis inicial recomendada es de 50 a 150 mg, administrada como dosis única, preferentemente por la noche. Se recomienda incrementar la dosis de un modo gradual hasta alcanzar la dosis considerada como eficaz. La dosis media eficaz es de 100 mg y debe ajustarse según la respuesta individual de cada paciente. Se han administrado dosis de hasta 300 mg por día. Si la dosis total diaria supera los 150 mg, es aconsejable que ésta sea dividida en varias tomas. De acuerdo con las normas establecidas por la OMS, debe continuarse la medicación antidepressiva como mínimo durante 6 meses después de superar el episodio depresivo. **Trastorno obsesivo compulsivo:** La dosis eficaz habitual es entre 100 mg y 200 mg, aunque algunos pacientes pueden necesitar hasta 300 mg diarios. Se recomienda una dosis inicial de 50 mg por día durante 3 ó 4 días. La dosis deberá incrementarse progresivamente hasta alcanzar la dosis eficaz, con un máximo de 300 mg diarios. Las dosis de hasta 150 mg pueden administrarse como una dosis única, preferentemente por la noche. Si la dosis total diaria supera los 150 mg, es aconsejable que ésta sea dividida en 2 ó 3 tomas separadas. Si al cabo de 10 semanas no se observa mejoría, debe reconsiderarse el tratamiento con fluvoxamina. Aunque hasta la fecha no existen estudios sistemáticos que respondan a la pregunta de la duración que debe tener el tratamiento con fluvoxamina, el trastorno obsesivo compulsivo es una condición crónica, y parece razonable considerar la continuación del tratamiento más allá de las 10 semanas en los pacientes que respondan positivamente al mismo. Deben realizarse ajustes cuidadosos de la dosis en base al paciente, manteniéndolo con la dosis mínima eficaz. La necesidad de tratamiento farmacológico deberá reevaluarse periódicamente. Algunos psiquiatras defienden la asociación con terapia conductual en aquellos pacientes que han respondido al tratamiento farmacológico. Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja y serán cuidadosamente monitorizados por su médico. Los comprimidos deben tragarse con ayuda de un poco de agua, sin masticar. **Contraindicaciones:** No puede administrarse conjuntamente con inhibidores de la M.A.O. Puede iniciarse tratamiento con fluvoxamina dos semanas después de finalizar un tratamiento con un inhibidor irreversible de la M.A.O. o el día siguiente de finalizar un tratamiento con un inhibidor reversible de la M.A.O. Debe esperarse al menos una semana entre la interrupción de la medicación con Dumirox® y la administración de cualquier inhibidor de la M.A.O. **Contraindicado en caso de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** La posibilidad de tentativas de suicidio inherente a los enfermos depresivos puede persistir hasta que no se produzca una mejoría significativa. Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja y serán cuidadosamente monitorizados por su médico. Ocasionalmente, el tratamiento se ha visto asociado a una elevación de las enzimas hepáticas, a veces acompañándose de síntomas. En estos casos, se recomienda interrumpir la medicación. Aunque en los estudios en animales fluvoxamina no ha evidenciado poseer actividad pro-convulsiva, es aconsejable tener precaución al administrar el fármaco a pacientes con antecedentes de episodios convulsivos. Si aparecen convulsiones, el tratamiento debe interrumpirse. Los datos de que se dispone no parecen mostrar diferencias farmacocinéticas significativas entre los individuos jóvenes y ancianos. Sin embargo, y de acuerdo a estos estudios, los incrementos de dosis deberán realizarse con precaución y de forma más lenta en los pacientes ancianos. **Dumirox®** puede producir una ligera disminución de la frecuencia cardíaca (2-6 latidos por minuto). Debido a la falta de experiencia, se desaconseja su empleo en niños. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No administrar con inhibidores de la M.A.O. (ver contraindicaciones). Fluvoxamina puede prolongar la eliminación de fármacos que se metabolizan por oxidación en el hígado. Es conveniente tener en cuenta la posibilidad de interacción con fármacos de margen terapéutico estrecho (por ejemplo, warfarina, fenitoína, teofilina y carbamazepina). Es probable que puedan incrementarse los niveles plasmáticos de benzodicepines con metabolismo oxidativo durante el tratamiento concomitante con fluvoxamina. Se ha descrito una elevación de los niveles plasmáticos de antidepressivos tricíclicos al ser administrados junto con fluvoxamina. No es, por tanto, aconsejable la combinación de estos fármacos. En diversos estudios de interacción se han observado elevaciones de los niveles plasmáticos de propranolol durante la administración concomitante con fluvoxamina. Por esta razón, se deberá disminuir la dosis de este fármaco cuando se administre junto con Dumirox®. Al administrar fluvoxamina y warfarina simultáneamente durante dos semanas, se observó que los niveles plasmáticos de warfarina aumentaban significativamente, prolongándose también el tiempo de protrombina. Por este motivo, se recomienda monitorizar a los pacientes que tomen fluvoxamina y anticoagulantes orales por lo que respecta al tiempo de protrombina y ajustar debidamente las dosis. No se ha observado interacción con atenolol o digoxina. Fluvoxamina ha sido utilizada en combinación con litio para el tratamiento de pacientes con depresión grave que han mostrado ser resistentes a medicación. Sin embargo, el litio (y posiblemente el triptófano) incrementan los efectos serotoninérgicos de fluvoxamina, por lo cual su utilización conjunta deberá hacerse con precaución. Se recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento. **Embarazo y lactancia:** **Categoría B1:** En los estudios de reproducción en animales, no se ha observado evidencia de alteraciones de la fertilidad, reproducción o efectos teratogénicos en la descendencia. No obstante, este medicamento deberá ser utilizado en mujeres embarazadas sólo si se considera estrictamente necesario. Fluvoxamina se excreta por la leche materna en pequeñas cantidades, por lo cual no debe ser administrado durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad de conducir y manejar maquinaria:** En dosis de hasta 150 mg, fluvoxamina no parece afectar la capacidad psicomotriz asociada a la habilidad de conducción o manejo de maquinaria complicada en voluntarios sanos. No obstante, se tendrá precaución hasta que la respuesta a la medicación haya sido establecida. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas más comunes asociadas al tratamiento con fluvoxamina son las náuseas acompañadas ocasionalmente de vómitos. Este efecto suele desaparecer durante las dos primeras semanas de tratamiento. Otras reacciones descritas en los estudios controlados y con una frecuencia superior al 1% son: Sistema nervioso central: somnolencia, mareos, cefalea, insomnio, nerviosismo, agitación, ansiedad, temblor. Aparato digestivo: constipación, anorexia, dispepsia, diarrea, malestar abdominal, boca seca. Aparato urogenital: alteraciones de la eyaculación (eyaculación retardada). Piel: sudoración. Otros: astenia. Algunas de las reacciones reportadas pueden ser síntomas de la enfermedad depresiva y no ser, por consiguiente, inducidas por la medicación. **Sobredosisificación:** **Síntomas:** Los síntomas más comunes incluyen trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea), somnolencia y mareos. En algunos casos, se han comunicado también efectos cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, hipotensión), trastornos de la función hepática, convulsiones y coma. Hasta la fecha, han sido comunicados más de 300 casos de sobredosisificación deliberada con fluvoxamina. La dosis máxima que se conoce ingerida por un paciente son 10.000 mg. Dicho paciente se recuperó totalmente instaurando sólo un tratamiento sintomático. Ocasionalmente, se han registrado casos de sobredosisificación más graves con fluvoxamina en combinación con otros fármacos. Sólo en dos casos se han producido muertes por sobredosis con fluvoxamina exclusivamente. **Tratamiento:** No se dispone de antídoto específico. En caso de ingesta masiva accidental se procederá al lavado de estómago y se instaurará un tratamiento sintomático. Se recomienda el tratamiento con carbón activado. Es poco probable que la diuresis forzada o diálisis puedan resultar beneficiosas. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Relación de excipientes:** Manitol, Almidón de maíz, Almidón pregelatinizado, Estearilumarato sódico, Sílice coloidal anhidra, Metilhidroxipropilcelulosa, Polietilenglicol 6000, Talco y Dióxido de titanio. **Incompatibilidades:** No procede. **Período de validez:** 3 años en su acondicionamiento final. **Precauciones especiales de conservación:** Normales. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Blisters de PVC/PVDC-aluminio. Cada estuche contiene: Dumirox® 50 mg: 30 comprimidos. Dumirox® 100 mg: 20 comprimidos. **Instrucciones de uso y manipulación:** No procede. **Nombre o razón social y domicilio permanente del titular de la autorización:** Duphar, S.A. Avda. Diagonal, 507. 08029 Barcelona. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN:** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **Dumirox® 50:** P.V.P. IVA-4: 1.178 pts. **Dumirox® 100:** P.V.P. IVA-4: 2.029 pts.

---

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

## Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

---

### S U M M A R Y

---

<b>Short commentary</b>	Cross-cultural psychiatry in children and adolescents <i>B. Sifré, P. Rodríguez-Ramos, M. De T. De Lucas, A. Benito</i>	207
<b>Original articles</b>	Asperger's syndrome, a variant of the autistic spectrum <i>B. Martínez, M<sup>a</sup>. D. Domínguez, R. Mateos, M. J. Alonso</i>	213
	Analysis of demand about conduct disorders in child and adolescent psychiatry <i>R. Caballero, M. D. Mojarro, P. Benjumea, J. Rodríguez-Sacristan</i>	222
	What do children between the age of 6 and 10 think about death? <i>F. Viñas, E. Doménech-Llaveria</i>	229
	Child and adolescent mental health project in Cantabria: Needs assessment and needs priority <i>S. Otero, M. Aparicio, E. Bobadilla, L. Palacios, M. Ruiz S. Samaniego</i>	235
<b>Review articles</b>	Selective serotonin recaptative inhibitors. Side effects in children and adolescents <i>M<sup>a</sup>. J. Mardomingo</i>	243
	The conduct disorders in preschoolers, instruments evaluation: review of questionnaires, scales and inventory <i>E. Masdeu, S. Xicoy, M<sup>a</sup>. C. Jané, E. Doménech-Llaveria</i>	249
<b>Gallery of historical figures</b>	Antonio Jover Puig (Barcelona 1855-1930) <i>E. Doménech-Llaveria</i>	260
<b>Clinical case</b>		262
<b>Therapeutical summary</b>		265
<b>Publications commentary</b>		267
<b>Calender</b>		269

---



B. Sifré  
P. Rodríguez-Ramos  
M. de T. De Lucas  
A. Benito

## Psiquiatría transcultural en niños y adolescentes

Servicio de Salud Mental de Tetuan

### *Cross-cultural Psychiatry in children and adolescents*

**Correspondencia:**

B. Sifré Echevarría  
Servicio de Salud Mental de Tetuan  
Maudes, 32  
28003 Madrid

## INTRODUCCIÓN

La psiquiatría transcultural se dedica al estudio de la influencia de la cultura en los diferentes trastornos mentales. La cultura, entendida como el modelo de creencias, sentimientos y conocimientos que guían la conducta de cada individuo, difiere tanto en las formas de definir la salud y la enfermedad como en la manera de comunicar entre el médico y el paciente. Algunas culturas facilitan la expresión de las quejas, mientras que otras pueden inhibir la comunicación de sentimientos interiores. Todo ello determina que las expresiones sintomáticas de los trastornos psiquiátricos puedan variar en función de la cultura del paciente, al igual que el diagnóstico, ya que síntomas comunes en diferentes sociedades pueden recibir diferentes etiquetas diagnósticas <sup>1</sup>.

La formación del psiquiatra debe incluir conocimientos sobre: a) las diferencias culturales en la expresión de los conflictos psíquicos y b) las tensiones adaptativas derivadas de la inmigración.

En España viven unos 800.000 extranjeros (el 2% de la población), aunque es el país de la Unión Europea con menor número de inmigrantes (en algunas ciudades europeas el porcentaje oscila entre el 15 y el 25%). Madrid es la Comunidad Autónoma con mayor número

de extranjeros (el 1,89% de los habitantes de la región proceden de otro país), de los que el 29,5% son de origen europeo, el 24% proceden de América del Sur y el 22% de África <sup>2</sup>.

El 85% de los inmigrantes latinoamericanos son mujeres que trabajan en el servicio doméstico, lo que explica el problema del desarraigo familiar. En el otro extremo, el 61,5% de los marroquíes son varones con hijos que dejan a sus esposas en Marruecos. La feminización de la población inmigrante y las reagrupaciones familiares han producido un aumento de las segundas generaciones <sup>2</sup>.

El 2% de los escolares de la Comunidad de Madrid son extranjeros. Tres de cada cuatro proceden del Magreb, Latinoamérica o Europa del Este. Según el padrón de 1996, en la región hay 14.598 niños extranjeros de 5 a 14 años aunque sólo están escolarizados 11.714. El 77% acuden a centros públicos de enseñanza <sup>2</sup>.

En los últimos años se está incrementando el número de inmigrantes en España y la demanda de atención en Salud Mental para esta población supera el 7% del total y se incrementa año tras año, por lo que se requiere un estudio de los factores que influyen en su psicopatología y en las características particulares de su diagnóstico y tratamiento.

## 208 ANÁLISIS DE LOS CONFLICTOS ENTRE SISTEMAS CULTURALES DIFERENTES Y SUS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS

La migración es una transición que genera tensiones extremas, considerándose en Salud Mental como un factor de riesgo, con sintomatología dentro de la clínica depresiva, somática o de reacciones psicóticas, que pueden agravarse cuando las barreras culturales e idiomáticas se amplían<sup>1</sup>. El proceso de duelo se establece con los sentimientos que se generan por la pérdida de los vínculos con el país de origen, familia, amigos, paisaje, lengua y costumbres.

Se define la "aculturación" como los cambios que se producen en la cultura original cuando diferentes culturas contactan y la "aculturación psicológica" como los cambios psicológicos producidos por la experiencia individual de la aculturación. En los últimos años se ha definido un modelo multidimensional de adquisición cultural, en el que existen cuatro tipos de aculturación<sup>2,4</sup>:

- *Segregación o separación*. Los individuos mantienen su identidad cultural original, rechazando la cultura dominante.

- *Integración*. Interactúan con el grupo dominante, manteniendo la cultura original.

- *Asimilación*. Rechazan la cultura original y sólo se identifican con la dominante.

- *Marginación*. No existe identificación con la cultura original ni con la dominante.

En el proceso de aculturación psicológica influyen varios factores, entre los que se pueden destacar<sup>2,4</sup>:

### Causales

*Voluntariedad del proceso migratorio*. Cuanto menos voluntario sea (exilio), más intenso y complejo será el proceso de duelo.

### Ambientales

Los niños y adolescentes procedentes de familias multiétnicas (padres de diferentes culturas) tienen *mayor competencia para alternar entre dos culturas diferentes*, por lo que se cree que son menos vulnerables al estrés de la aculturación.

La *resolución del duelo* depende de lo favorecedor que pueda ser el nuevo medio.

*Cobertura sanitaria*.

*Nivel socioeconómico*.

### Individuales

*Edad*. Los niños más pequeños (11-14 años), presentan menor grado de ajuste y mayor insatisfacción con las relaciones familiares, lo que tiende a desaparecer a medida que van cumpliendo años<sup>5</sup>.

*Sexo*. Se ha descrito una mayor psicopatología entre el sexo femenino (excepto actos de delincuencia), debido a que las diferencias entre las normas culturales entre el país de origen y el receptor suelen ser mayores en el caso de las mujeres<sup>1</sup>.

*Tiempo de estancia en el país receptor*.

### Variaciones en las pautas de crianza

Las formas de educación difieren entre las diferentes culturas. Mientras que los japoneses refuerzan la inhibición de los niños, educándolos en valores como la paz, comunidad y familia, los americanos refuerzan la competitividad, independencia y diferenciación con la familia. Los niños responden a las expectativas de los padres y ambos estilos son funcionales en ambas culturas.<sup>6,7</sup>

Las pautas culturales de educación sexual pueden chocar con las habituales del país o las orientaciones de divulgación escolar y sanitaria. En ciertas culturas "represivas" la actividad sexual es peligrosa, castigándose el interés o actividad sexual. Las madres muestran una gran ansiedad respecto al sexo, que es transmitida a los hijos, lo que se refleja por un mayor número de disfunciones sexuales en la vida adulta. En el otro extremo, en zonas como África Ecuatorial o sur del Pacífico y Asia, se estimulan las experiencias sexuales precoces como parte del aprendizaje<sup>5,8</sup>.

La utilización frecuente del castigo físico en algunas culturas puede contribuir a una consideración errónea de patología y maltrato por parte del terapeuta, aprovechamiento por parte de la familia para diluir el maltrato en el ámbito cultural y al choque cultural en el hijo (disciplinas distintas)<sup>7</sup>.

La atmósfera de doble cultura influye en la adaptación social y en la identidad personal (autoimagen), ya que los adolescentes asimilan las conductas y creencias de sus compañeros, que en ocasiones no coinciden con las de su familia de origen, por lo que se requiere un cierto grado de integración personal para evitar las consecuencias negativas de la situación bicultural<sup>6,14</sup>.

### CLÍNICA

Se han publicado estudios que señalan que los adolescentes de minorías étnicas presentan una mayor prevalen-

cia de disfunción psicológica (depresión, ansiedad, suicidio, abuso de sustancias, delincuencia y fracaso escolar) que aumenta con el proceso de asimilación (en comparación con el de integración y segregación)<sup>10,20</sup>, aunque en otros estudios no se comprueba esta hipótesis<sup>5,9,11</sup>.

Ciertos trastornos en la infancia son particularmente frecuentes en algunas culturas y no todas las minorías responden de la misma forma a los factores estresantes<sup>7</sup>: entre las culturas árabes es frecuente que los cuadros depresivos se manifiesten fundamentalmente con sintomatología somática (disminución de peso, anorexia, síntomas gastrointestinales, etc). Son raros los sentimientos de autodesprecio, la culpa y el suicidio. Entre la población africana la sintomatología es semejante a la de la población blanca, pero son más frecuentes los pensamientos negativos y pesimistas y la tendencia al suicidio y que la ansiedad se manifieste con síntomas psicóticos (alucinaciones o pseudoalucinaciones auditivas). La expresión "espiritual" de las neurosis refleja, pues, las creencias de una cultura<sup>12</sup>. Un paciente chino puede sonreír cuando está triste o avergonzado, un japonés decir sí como forma de participar educadamente, pero no porque esté de acuerdo. En este tipo de culturas son más frecuentes los síntomas de somatización y los trastornos del sueño. En los hispanoamericanos son frecuentes los síntomas ansioso-depresivos, psicóticos y disociativos<sup>1</sup>. En las culturas occidentales como la americana son más frecuentes los trastornos de conducta.

Como contraposición a las variaciones anteriormente señaladas, se han publicado estudios que determinan que la clínica de ciertos trastornos en niños de culturas no occidentales es comparable a la de los occidentales (síndrome de hiperactividad<sup>13,14</sup>, síndrome de Gilles de la Tourette<sup>15</sup>, etc).

Los elementos de interés que deben tenerse en cuenta en las tensiones de adaptación en inmigrantes de primera generación son:

**Choque cultural:** *adaptación a una nueva cultura.* Lingüístico, escolar, costumbres, creencias.

**Nicho social:** *creación de nuevas relaciones.* Génesis de grupo, propia ubicación, condiciones económicas, discriminación.

**Pérdidas afectivas:** *separación, añoranza, duelo.* Familia, amistades, Cultura, Estatus, propio concepto.

**Conflicto cultural.** *vivir entre dos culturas.* Yo intercultural, asimilar la nueva cultura, conservar la anterior, aceptar el conflicto con los padres.

En los inmigrantes de segunda generación, la importancia recae en el conflicto cultural

## UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Las minorías étnicas recurren con menor frecuencia a los recursos ambulatorios de Salud Mental (no suelen acudir a las consultas tras la primera entrevista), con independencia de su nivel socioeconómico, cobertura sanitaria y grado de salud mental, acudiendo en casos de crisis a los servicios de urgencias. Las posibles causas de este hecho pueden ser un diagnóstico inapropiado basado en un estereotipo cultural, la baja sensibilidad cultural del terapeuta, las diferencias culturales de la actitud frente a los síntomas y el tratamiento y la desconfianza en los métodos de atención para la Salud Mental<sup>7,10,16</sup>.

Una solución a este problema sería la contratación en los servicios de Salud Mental de paraprofesionales bilingües y biculturales que trabajen como intérpretes, con el fin de aumentar la utilización de los servicios<sup>7,10</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Los niños criados según pautas de maternaje y vínculo de algunas culturas hispanoamericanas suelen alcanzar más tarde hitos de desarrollo psicomotor y social, pudiendo ser diagnosticados erróneamente de retrasos en el desarrollo y sometidos a medidas terapéuticas innecesarias que además pueden perturbar las formas de educación de la familia<sup>17</sup>.

Aunque la última edición de la CIE 10 realiza un esfuerzo para reflejar los problemas relacionados con la cultura, son necesarios más estudios para aumentar la validez de sus criterios diagnósticos. En su última edición de los Trastornos Mentales en la Infancia y la Adolescencia, se definen en el Eje V (situaciones psicosociales anómalas asociadas), códigos para reflejar el diagnóstico de los posibles trastornos en situaciones de migración.

Respecto a los tests diagnósticos, es necesaria su validación para las diferentes culturas con el fin de realizar un diagnóstico correcto<sup>2,9,7,19</sup>. Se debe tener en cuenta que los tests completados por profesores que pertenecen a una cultura diferente a la del niño, suelen reflejar una mayor psicopatología que los correspondientes a los padres y al propio niño, lo que puede influir en el resultado de algunos estudios y debe con-

210 siderarse a la hora de planificar un tratamiento (con la finalidad de armonizar las expectativas del colegio y los padres) <sup>5,18</sup>.

## TRATAMIENTO

Los terapeutas no suelen estar familiarizados con los estilos de vida y creencias de las minorías étnicas, por lo que los pacientes encuentran los servicios de salud mental extraños y con limitaciones para prestarles la ayuda que necesitan, ya que las pautas culturales determinan las decisiones y conducta del terapeuta y la empatía durante el tratamiento.

La "hipótesis de la compatibilidad cultural" está definida por el hecho de que el tratamiento es más efectivo cuando es compatible con las características culturales del paciente por lo que la intervención debe ser específica para cada cultura <sup>7</sup>.

Pueden existir tres tipos de expresión de racismo por parte de los terapeutas que interfieren en el tratamiento <sup>7</sup>:

- Los "blancos" son superiores a los "negros", por lo que los problemas de estos últimos son secundarios a su inferioridad.

- Una postura paternalista, en la que se piensa que todos los problemas son de la sociedad y del efecto del racismo.

- Sentimientos de culpa, con imposibilidad para poner límites.

Entre las modalidades de tratamiento específicas para cada cultura suelen tenerse en cuenta las de orientación grupal (incluir a los miembros de la familia, de la comunidad, etc), ya que de esta forma se aumenta el conocimiento del terapeuta de la cultura del niño, se facilita la información y se aumenta la motivación del niño para continuar con el tratamiento.

Las modalidades de tratamiento específicas son, en orden de consideración <sup>7,10</sup>:

### Intervención en la comunidad

- Programas específicos que faciliten la integración en los colegios y que incluyan clases de compensatoria, cursos de la cultura de origen y de aprendizaje del idioma. En España ya funcionan en algunos colegios programas de "aprendizaje cooperativo", en los que se valora el trabajo en equipo y a cada niño de acuerdo con sus progresos y no al promedio de la clase.

- Visitas a domicilio, con programas de información para las madres.

- Entrenamiento de capacidades sociales, relajación, asertividad y competencia social.

### Tratamiento de la red social

Se incluye a la familia nuclear, familiares lejanos y amigos. Se realiza en el domicilio y puede incluir hasta 50 personas.

### Terapia de familia

El terapeuta explora la importancia de los valores étnicos y tradicionales de la familia, su incompatibilidad con la cultura huésped, los conflictos intergeneracionales y apoyo de la familia por instituciones.

Se debe tener en cuenta que en algunas culturas la familia es más extensa que la occidental, por lo que se deben incluir a todos los miembros significativos del mundo social del niño <sup>6</sup>.

### Terapia de modelado

- En la terapia con niños se emplean cuentos tradicionales adaptados a su cultura en los que se reflejan las dificultades de la inmigración. Los personajes son modelos terapéuticos a los que el niño puede imitar. El cuento se discute entre el niño, el terapeuta y la madre. El terapeuta debe tener en cuenta las variaciones en la forma de contar las historias entre los niños de diferentes culturas.

- Con adolescentes se emplean personajes adultos que sirvan de modelo de identidad (bicultural e intergeneracional). Los personajes son héroes que resuelven conflictos culturales.

Para determinar cuál es la modalidad de tratamiento más adecuada en cada caso, se debe realizar un cribado del nivel de aculturación, de tal forma que los pacientes con mayor grado de aculturación podrían recibir terapias específicas para su cultura, y los que presenten un menor grado terapias no específicas.

## CONSIDERACIONES FINALES

En la actualidad el estudio de las influencias recíprocas entre los sistemas de promoción de la Salud Mental y las características culturales es una cuestión motivo de controversias y estudios.

Están reconocidas la necesidad de mantener unas identidades culturales que contribuyan a la armonía fami-

liar y la adaptación paulatina a la cultura huésped, pero aún no están bien evaluados los métodos para conseguirlo, ni las estrategias terapéuticas más adecuadas para la promoción de la Salud Mental en los grupos étnoculturales minoritarios.

Las características de los cuidados y sus personas responsables, la diferente tendencia a la promoción de la independencia/sumisión, la aprobación o rechazo de expresiones afectivas positivas o negativas, el fomento de las tendencias individuales o prosociales, el énfasis y las formas de comunicación verbal y no verbal, los métodos de disciplina y estilos parentales o los comportamientos aceptados y rechazados, son unos pocos ejemplos de variaciones culturales a tener en cuenta en cada caso para promover un desarrollo armónico de integración entre la cultura de origen y la de residencia, así como para prevenir conflictos derivados de esas disonancias culturales.

En los adolescentes nacidos en el país huésped de padres emigrados el conflicto cultural es un factor crucial que requiere ser digerido por padres e hijos para llegar a posturas flexibles y compromisos asumibles por unos y otros. Ello permite mantener y reforzar las buenas relaciones familiares. Además contribuye al afianzamiento de la propia identidad intercultural de los hijos mediante la comprensión de sus sentimientos e ideales y exigencias muchas veces confusas y ambivalentes.

Los padres han emigrado cuando su personalidad estaba ya impregnada de los principios, costumbres y normas derivados de su cultura de origen. Los hijos han crecido entre dos escenarios a veces contradictorios, opuestos o incompatibles: el familiar y el huésped. Incorporan normas y expectativas de la sociedad huésped a la vez que estilos de conducta indígenas mantenidos por los padres, y en ocasiones la congruencia entre unos y otros puede ser muy escasa o las exigencias de identidad con la nueva cultura suponer un atractivo irresistible y excluyente.

El trabajo de los servicios para la Salud Mental requiere conocer las implicaciones derivadas de esta diversidad étnocultural y de sus consecuencias a todas las edades, siendo su responsabilidad el estudio de esta cuestión y el desarrollo de estrategias preventivas, curativas y paliativas.

Tales medidas han de cubrir aspectos generales como la actitud pública respecto a esos grupos, y también aspectos más particulares relacionados con los elementos de estrés o los riesgos de patología mental que se derivan de la adaptación de los inmigrantes a su nuevo ambiente y a las actitudes sociales hacia ellos (particulares y generales), las diferencias físicas de raza y de condiciones ambientales, o los conflictos intrapsíquicos relacionados con las interferencias de dos sistemas culturales interactivos y muchas veces contradictorios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rutter M: Classification and categorization in child psychiatry. *J. Clin. Psychol. Psychiatry*, 1965; 6: 71-83.
2. Lebovici S, Sadoun R: L' enregistrement du diagnostic au centre de santé mentale Alfred Binet. *Psychiatr. Infant*, 1968; 11: 533-550.
3. Tarjan MD, Tizard J, Rutter M et al.: Classification and mental retardation; issues arising in the Fifth WHO Seminar on Psychiatric diagnosis, Classification and Statistics. *Am. J. Psychiatry*, 1972; 128 (Suppl.): 34-45.
4. Mises R: Problemes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant. *Psychiatr. Infant*, 1968; 11: 493-512.
5. Rutter M, Shaffer D, Sturge C: A Guide to Multiaxial Classification Scheme for Psychiatric Disorders on Childhood and Adolescence. Institute of Psychiatry, London; 1975.
6. Sirol F: Etude statistique des diagnostics cliniques en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatry*, London; 1975.
7. Trammer M.: Manual de Psiquiatría Infantil. Edición española: Madrid: Morata; 1946.
8. Witmer HL: Psychiatric Interviews with Children. Commonwealth Foundation, New York, 1946; pgs. 17-23.
9. Kanner L: Tratado de Psiquiatría Infantil. 2ª ed. en Castellano: Zig-Zag S.A., Santiago de Chile, 1951; pgs. 211-216.
10. Lecomte M, Damey A, Delage E, Marty P. Essai d'une statistique synoptique de médecine psychiatrique. *Tech. Hospitaliers*, 1947; 18: 5.
11. Essen-Moller E, Wohlfahrt S: Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. *Acta Psych. Scand.*, 1947; 47: 551.
12. Bilikiewicz T: Proba ukladu nozograficzefno etioepigenetycznego w psychiatrii. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 1951; 1: 68.
13. Leme Lopes J: As Dimensões do Diagnóstico Psiquiátrico. Agir, Rio de Janeiro, 1954.

---

B. Sifre  
P. Rodríguez-Ramos  
M. de T. De Lucas  
A. Benito

Psiquiatria transcultural en niños y adolescentes

212

14. Rutter M, Shaffer D, Shepherd M: A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders. W.H.O., Ginebra, 1975.
15. Am. Psych. Ass.: Diagnostic and Statistics Manual 3th ed. (DSM-III). Completar.
16. Mises R, Fortineau J, Jeammet Ph et al.: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, 1988; XXXI, 1: 67-134.
17. Gould MS, Shaffer D, Rutter M, Sturge C: UK/WHO Study of ICD-9. En *Assesment and Diagnosis in Child Psychopatology*, Eds. M Rutter, A Hussain Tuma, IS Lann. Cuilford Press, New York, 1988. pgs. 37-65.
18. Remschmidt H: German Study of ICD-9. En *Assesment and Diagnostic in Child Psychopathology*. Eds. M Rutter, A Hussain Tuma, IS Lann. Guilford Press, New York, 1988. pgs. 66-86.
19. Cantwell DP: DSM-III Studies. En *Assesment and Diagnosis in Child Psychopatology*. Eds. M Rutter, A Hussain Tuna, IS Lann, Guilford Press, New York, 1988; pgs: 3-36.
20. W.H.O: *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Pyschiatryc Disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorder in children and adolescents*. Cambrige Univ. Press, 1996.

B. Martínez  
M. D. Domínguez  
R. Mateos  
M. J. Alonso

## El Síndrome de Asperger, una variante del espectro autista

### *Asperger's syndrome, a variant of the autistic spectrum*

**Correspondencia:**

B. Martínez Alonso  
Hospital Provincial de Pontevedra (Servicio de Psiquiatría).  
C/ Dr. Loureiro Crespo, 2  
36001 Pontevedra

#### RESUMEN

En los últimos años parece afianzarse más la hipótesis de que el Síndrome de Asperger y el Autismo Infantil representan condiciones clínicas de un mismo desorden y formando parte ambos trastornos de una condición más amplia que sería el Espectro Autista. En este estudio se ha pretendido desde la actividad clínica y a través de la comparación de dos grupos de niños con ambos trastornos, aproximarnos a aquellos rasgos clínicos que los unifican y a aquellos que podrían constituir la diferenciación.

#### PALABRAS CLAVE

Síndrome de Asperger; Autismo; Espectro Autista.

#### ABSTRACT

*In the last years, the hypothesis that the Asperger's syndrome and the Childhood Autism represent clinical conditions of the same disorder, being both included in a wider condition: the Autistic Spectrum, has greatly developed. We have tried with this study, by means of the clinical activity and the comparison of two groups of children with both disorders, to approach to those clinical*

*features that unite them and also to those which may reveal their differences..*

#### KEY WORDS

*Asperger's Syndrome; Autism; Autistic Spectrum*

#### INTRODUCCIÓN

A pesar de la actual inclusión del Síndrome de Asperger (SA), en las clasificaciones diagnósticas (CIE-10, DSM-IV), no se trata de un trastorno reciente. Hans Asperger fue quien describió el cuadro clínico al que denominó Psicopatía Autística, en Viena en 1944<sup>1</sup>. Al intentar abordar el Síndrome de Asperger, ya desde sus orígenes, nos encontramos con el Autismo (A), descrito un año antes en 1943 por Leo Kanner, en su publicación sobre el Autismo Infantil Precoz. Ambos trabajos contenían detalladas descripciones de casos y constituían las primeras referencias del trastorno<sup>2</sup>.

Probablemente Kanner y Asperger desconocieron sus trabajos respectivos<sup>3</sup>. Ellos describieron casos de niños que tenían en común algunas características, esencialmente eran incapaces de mantener relaciones afectivas normales y a diferencia de la esquizofrenia de Bleuler, el

214 trastorno parecía producirse desde el principio de la vida. Tanto Kanner como Asperger pensaban que, desde el nacimiento se producía un trastorno fundamental que daría lugar a una constelación de problemas muy característicos. Desde este comienzo prácticamente unitario, el Autismo y el Síndrome de Asperger, parecen haber seguido caminos distintos. Como señala Uta Frith<sup>1,2</sup>, se desarrolló la idea de que Asperger describió niños de un tipo completamente distintos, que no podían confundirse con los descritos por Kanner. Lo anterior pierde fundamento cuando se comprueban los artículos originales; la definición de lo que llamó Asperger "psicopatía autística", era mucho más amplia que el "autismo" de Kanner. Asperger incluía en su trabajo niños con un grado de afectación variable, desde casos con unas severas lesiones orgánicas a otros en que la afectación era mucho menor. Ambos señalaron la peculiaridades de la comunicación y la dificultades de adaptación de los niños autistas, la presencia de movimientos estereotipados y la existencia de parcelas intelectuales con una alta capacidad.

Como hacíamos referencia, el artículo de Asperger ha permanecido en un segundo plano, frente al de su contemporáneo Kanner y es en las recientes clasificaciones donde se le concedió reconocimiento oficial. En la CIE-10<sup>4</sup>, el síndrome de Asperger es descrito como:

"Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de deterioro de la interacción social que tipifica el autismo, junto con un repertorio de actividades e intereses restringidos, estereotipados y repetitivos". Difiere del Autismo primario en el hecho de que no hay un retardo en el desarrollo cognitivo o en el lenguaje. La mayor parte de los individuos son de inteligencia general normal, pero es común en ellos ser marcadamente torpes. Este trastorno sucede predominantemente en varones (8:1). La CIE-10 cuestiona la diferencia con formas leves de Autismo, señalando que parece probable que algunos casos representen variedades moderadas de autismo". En el DSM-IV se registra como Trastorno de Asperger con unos criterios similares a la ICD-10.

En la actualidad tiende a utilizarse el término Síndrome de Asperger, para designar aquellos trastornos autistas más leves, con un buen desarrollo del lenguaje y buenas capacidades intelectuales, considerándolo como una variante suave del autismo<sup>1,2,5,6,7,8</sup>. El trastorno autista/autismo infantil se emplearía en aquellos niños que presentan la constelación de rasgos que describió Kanner en 1943.

A pesar que las similitudes y diferencias entre ambos trastornos todavía no están claramente estable-

cidas comparados con las personas autistas, los individuos con SA pueden mantener una relación social en cierto modo mejor y serían aparentemente más verbales. Ambos compartirían los mismos déficits tanto en percepción y expresión emocional como en el funcionamiento ejecutivo (planing, memoria de trabajo y flexividad cognitiva). Se han realizado distintos estudios<sup>7,9,10,11</sup> comparativos entre el SA y lo que se ha conceptualizado como autismo de alto funcionamiento (high-functioning Autism), no encontrándose diferencias sólidas entre ambos cuadros.

El debate sobre la continuidad del síndrome de Asperger con el Autismo Infantil sigue planteándose, incluso dentro de ese continuo se han apuntado áreas de contacto entre el Autismo y otro tipo de trastornos que formarían parte de lo que se ha denominado el Espectro Autista<sup>12</sup>. El concepto de Espectro Autista incluiría un conjunto de trastornos que abarcaría desde el autismo clásico con un mayor grado de afectación a otros trastornos generalizados del desarrollo como los cuadros considerados como condiciones autísticas-like o variantes leves entre las que se encontraría el Síndrome de Asperger, e incluso a otros grupos en los que el desarrollo estuviese afectado por diversas causas pero que presentasen los rasgos del espectro.

Lorna Wing<sup>12,13,14</sup>, ha diferenciado cuatro dimensiones principales de afectación del espectro Autista (trastornos de las capacidades de reconocimiento/interacción social, trastornos en las capacidades de comunicación social, trastornos en las destrezas de imaginación y comprensión social y patrones repetitivos de actividad).

Diversos trabajos<sup>12,16,17,18,19</sup> en relación a los posibles subgrupos que pueden establecerse en el Autismo, han señalado la dificultad de establecer una clasificación del autismo de Kanner y las otras variantes incluyendo algunos de los casos del Síndrome de Asperger. Al respecto se ha indicado<sup>13</sup> que el propósito no debería ser agrandar la clasificación, sino separar subgrupos de la categoría más amplia, para así incrementar la fiabilidad diagnóstica.

En el presente trabajo, hemos tomado como base de nuestras cuestiones los artículos aportados por Wing<sup>12,13,14</sup>, en estos se realiza una revisión y descripción clínica precisa del trastorno, que coincidía con la sintomatología encontrada por nosotros en los niños que fueron diagnosticados como Síndrome de Asperger. Wing utiliza el término "inapropiado" con frecuencia a lo largo de la descripción sintomatológica y de forma especial en el apartado que hace referencia al diagnóstico diferencial con el Autismo Infantil. Para él, "las variaciones existen-

tes entre ambos trastornos podrían explicarse en base a la severidad de los daños" y así "el niño autista, al menos de joven es reservado e indiferente hacia los otros, mientras que el niño con el Síndrome de Asperger es pasivo o realiza acercamientos unilaterales inapropiados. El primero es mudo o tiene un lenguaje retrasado o anormal, mientras que el último aprende a hablar con buena gramática y vocabulario..., pero el contenido de su habla es inapropiado para el contexto social y tiene problemas para comprender significados complejos...En el Autismo, en los primeros años podría no haber el uso de los gestos para la comunicación. En el Síndrome de Asperger tiende a haber un uso inapropiado de los gestos que acompañan al habla...". Parece extraerse de sus descripciones y en un afán de una mayor precisión diagnóstica que "lo anormal, la ausencia, el retraso" sería más propio del Autismo Infantil y que "lo inadecuado, lo inapropiado, lo peculiar" primaría en el Síndrome de Asperger. Wing a su vez, también se sitúa en el marco teórico del Espectro Autista, al plantear la hipótesis de que los niños que presentaban la tríada de alteraciones (deterioro de la interacción social, de la comunicación y de la imaginación), formasen parte de un continuo, y compartan entre ellos una misma añormalidad subyacente.

Partiendo de la revisión realizada y teniendo en cuenta la sintomatología de ambos trastornos (SA y A), hemos intentado aproximarnos desde la actividad clínica, a los rasgos que los unifican y a aquellos que podrían constituir la diferenciación, dentro del campo teórico que supone el Espectro Autista del que ambos cuadros formarían parte con distintos grados de afectación. El diagnóstico en ambos casos se basa en la conducta y de lo que de ella se infiere, por lo que será a través de la observación y análisis de esta, en lo que basaremos la obtención de los distintos grados de afectación de ambas condiciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En lo referente a la evaluación del Autismo y esencialmente en cuanto al SA, nos hemos encontrado con serias dificultades, desde la falta de orientaciones o recomendaciones que gocen del consenso general respecto a qué se entiende por Autismo y SA, su naturaleza clínica, la descripción de la sintomatología, hasta los criterios de inclusión/exclusión para formalizar la evaluación y establecer un diagnóstico certero. Añadiendo a lo anterior, la escasez de instrumentos de medición<sup>20,21,22</sup> hemos elaborado un instrumento que nos permitiese una valoración de ambos trastornos y poder llevar a cabo el presente estudio.

## Material

La muestra estará constituida por dos grupos de niños (5 niños en cada uno), en edad escolar (edades comprendidas entre 5 y 16 años), que presentan Trastornos Generalizados del Desarrollo (CIE-10, F80-89) en dos de sus apartados: Autismo Infantil (F84.0) y de de Asperger (F84.2).

Justificado por el tema que se sometía a investigación, se seleccionó del conjunto de niños Autistas, aquellos que presentaban un mayor nivel de funcionamiento, considerando áreas como: Capacidad intelectual (retraso mental leve o moderado), Comunicación e Interacción Social.

## Método: Observación, Entrevista Semiestructurada/ Propuesta de Escala.

Se realizó una observación, recogida de datos y evaluación ligadas a la entrevista que se mantuvo con todos los niños que formaron parte del trabajo. En la revisión realizada sobre los instrumentos escalares y observacionales utilizados para la valoración del autismo infantil, no encontramos dentro de nuestra revisión ningún instrumento de valoración para el Sde de Asperger, salvo el cuestionario de screening utilizado por Gillberg<sup>20</sup>. La necesidad de disponer de un instrumento de valoración, nos llevó a la elección de la Propuesta de Escala Integrada de Valoración del Autismo Infantil-EIVA<sup>22</sup>, en ella se ha pretendido integrar las escalas precedentes más utilizadas internacionalmente (BSE y CARS<sup>21,22</sup>) y los criterios diagnósticos de Autismo Infantil de la clasificación CIE-10. El objetivo ha sido disponer de una escala, que abarcara la edad escolar, así como basada en la CIE-10 que es la clasificación usada oficialmente en los servicios de la red pública de nuestro país y por lo tanto en nuestro medio. Dado que el objetivo de nuestro estudio no era el Autismo Infantil sino la entidad clínica diagnóstica recientemente incluida en las clasificaciones como Sde de Asperger hemos modificado la EIVA, añadiendo a la misma items presentes en este síndrome. Algunos de ellos incluidos en base a la clasificación diagnóstica actual CIE-10 y otros recogidos a partir de las descripciones que los diversos autores<sup>1,8,12-14</sup> han realizado sobre el Síndrome de Asperger. Se han excluido de la EIVA aquellos items claramente considerados tanto por las clasificaciones diagnósticas como por la literatura propios del Autismo Infantil y su mayor gravedad y no representativos en el Sde de Asperger, así como aquellos

216 que estaban justificados en un estudio detallado del Autismo Infantil (en este caso hemos unificado algunos de los ítems). Hemos intentado obtener un conjunto de ítems que permitieran ofrecer un perfil del Sde de Asperger frente al Autismo Infantil, teniendo en cuenta dos factores:

- Parte de los ítems estarían en ambos trastornos aunque en base a la puntuación utilizada, nos permitiría una medición más precisa de los trastornos y nos ofrecerían niveles de gravedad entre ambos grupos.

- Un grupo de ítems, no están recogidos en la clasificación diagnóstica CIE-10 formando parte de algunas de las categorías presentes en el Sde de Asperger, aunque como señalamos en la introducción, pensamos que sí deben ser considerados en el diagnóstico.

Utilizamos una entrevista semiestructurada que permitiera la observación y recogida de forma detallada de información sobre los signos y síntomas que presentan ambos trastornos y agrupándolos en tres áreas:

**a) Interacción, Comportamiento y Psicomotricidad:**

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

**b) Lenguaje, Comunicación y Funcionamiento Sensorial:**

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

**c) Afectividad:**

Este área incluye la sintomatología relativa a auto y heteroagresividad, psicopatología de la afectividad, trastornos alimentarios y funcionamiento intelectual.

La entrevista será realizada por dos profesionales, uno de ellos, el que atiende cotidianamente al niño será el que realiza la exploración de las diversas áreas y el que proponga las situaciones estímulo; otro registrará sus respuestas y conducta. El primer profesional revisará una vez finalizadas las puntuaciones anotadas y cumplimentará los apartados de "Impresión general" y "observaciones". La observación estará establecida por la exploración de las distintas áreas recogidas en los ítems que forman parte de la escala y se desarrollará a lo largo de cua-

tro sesiones. En algún caso los ítems dado el marco de la observación, podrán ser complementados por la información suministrada por los familiares y/o cuidadores.

**PROPUESTA DE LA ESCALA**

*Integración, Comportamiento y Psicomotricidad.*

- 1.- Busca el aislamiento.
- 2.- Ignora a los otros.
- 3.- Interacción social pobre.
- 4.- Interacción social inapropiada.
- 5.- Relación inapropiada con los objetos inanimados/juego.
- 6.- Atención anómala.
- 7.- Intolerancia al cambio y a la frustración.
- 8.- Actividad estereotipada
- 9.- Mímica, postura y marcha extrañas.

*Lenguaje, Comunicación y Funcionamiento Sensorial.*

- 10.- No intenta comunicarse voz y/o la palabra.
- 11.- Uso inadecuado de la expresión verbal.
- 12.- Dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual.
- 13.- Inadecuada expresión facial y gestual.
- 14.- Dificultad de comprensión verbal/no verbal.
- 15.- Estereotipias verbales; ecolalia.
- 16.- Prosodia inadecuada.
- 17.- Mirada inadecuada.
- 18.- Expresión/ interpretación inadecuada de las emociones.
- 19.- Respuestas anómalas a estímulos auditivos o proximales.

*Afectividad.*

- 20.- Autoagresividad.
- 21.- Heteroagresividad.
- 22.- Pequeños signos de angustia.
- 23.- Perturbaciones del humor.
- 24.- Funcionamiento intelectual disarmónico.

Impresión general: Se considerarán aquí el conjunto de informaciones recogidas de otras fuentes como son la Historia clínica, padres, educadores, etc. Se hará referencia al funcionamiento intelectual en base a las capacidades de autonomía, comportamiento adaptativo y curiosidad por el entorno y en relación con la edad.

Observaciones: Se considerarán aquellos datos de interés durante la el pase de la escala que no se incluyen en ninguno de los apartados anteriores.

Puntuación de los ítems: La EIVA, toma el criterio de puntuación de la BSE, este parte de un comportamiento específico que puede darse de "nunca" a "siempre", y no de una conducta general, cuya manifestación puede ser de "normal" a "severamente anormal". Como señalan los

autores<sup>22</sup> esto permitirá una medición más precisa de los trastornos, se aportarán puntuaciones del comportamiento que posibilitan realizar inferencias de niveles de gravedad en ambos grupos. En nuestro trabajo los valores de las puntuaciones son:

*Nunca*: 1; *Algunas veces*: 2 (sólo ocasionalmente se constata). En menos de 2 sesiones; *A menudo/Siempre*: 3. Durante la observación es habitual constatarlo. En más de 2 sesiones.

Descripción de los ítems: De los 23 ítems incluidos en la escala EIVA, hemos seleccionado en base a lo anteriormente expuesto 20 ítems de los cuales tres de ellos han sido unificados (ítems 16, 17 y 22 de la EIVA en el 19 de nuestra escala). Hemos incluido 6 nuevos ítems (4;11;13;14;16;18), recogidos de las descripciones clínicas del Sde de Asperger con el calificativo *inadecuado o inapropiado*. El resultado final lo constituyen por tanto 24 ítems, divididos en las tres áreas de afectación.

## RESULTADOS

El grupo con Síndrome de Asperger, lo constituyen 5 niños con una edad comprendida entre los 9 y los 14 años, sexo: 4:1. Escolarizados en distintos centros (ninguno de educación especial), sin presentar retraso escolar y con un nivel intelectual dentro de la normalidad. El inicio de la sintomatología, referida por los padres se sitúa en los cinco primeros años. En todos los casos, la consulta en la Unidad de Salud Mental Infantil, se realiza después de acudir a otros dispositivos y profesionales (neurólogos, foniatras,...); en algunos de los casos se han realizado reiteradas pruebas y exploraciones neurológicas y genéticas que han resultado normales. Entre los diagnósticos previos al de Síndrome de Asperger figuran, el de Autismo, Trastorno Esquizoide y Trastorno Bipolar. En el motivo de la consulta, se reflejan problemas de relación (generalmente con otros niños), expresados de diversas formas: "la rechazan", "se aísla", "introvertido", "es raro", "llama la atención", "no lo entienden y él tampoco los entiende", etc.

El grupo con Autismo, lo constituyen 5 niños con una edad comprendida entre 8 y 15 años, 2 varones y 3 niñas. Alumnos de un centro de Educación especial, presentan un nivel intelectual dentro del Retraso mental moderado. El inicio de la sintomatología se sitúa en los tres primeros años. También en este grupo, se han realizado previamente diversas consultas y pruebas médicas (TAC, genéticas, hormonales, E.E.G...), aunque el número y diversidad de las mismas es mayor que en el grupo anterior. Señalar que todas las pruebas que se realizan son normales salvo en

uno de los casos en el que se diagnostica Epilepsía. Entre los diagnósticos previos al de Autismo infantil, solo es reflejado el de sospecha de Trastorno Generalizado del Desarrollo, sin especificar Autismo. El motivo de asistencia al centro de educación especial, se centra en la presencia de sintomatología diversa mayor/psicosis.

**Tabla 1 Descripción de los grupos.**

	<i>S. Asperger</i>	<i>Autismo</i>
<i>n</i>	5	5
<i>Edad</i>	9-14 años.	8-15 años.
<i>Escolarización</i>	E.G.B./B.U.P.	Educación Especial
<i>Nivel intelectual</i>	Normal.	R.M. moderado.
<i>Inicio sintomat.</i>	1-5 años.	1-3 años.
<i>Dx previos</i>	Autismo. T.Esquizoide. T.Bipolar.	Trastorno Generalizado del Desarrollo.
<i>Motivo de C.</i>	Alteración en las relaciones sociales.	Sintomatología mayor (Psicosis).

### -Resultados de la evaluación:

Tras la administración de la Escala las puntuaciones obtenidas en ambos grupos, se han valorado de la siguiente manera:

#### a) Puntuaciones globales

Señalando que el rango de puntuación de la escala se encontraría entre 24 y 72 (puntuación mínima y máxima respectivamente). Las puntuaciones globales en el grupo de Autismo(A) fueron superiores a las obtenidas en el grupo de Síndrome de Asperger(S.A).

**Tabla 2 Puntuaciones Globales**

	<i>S.Asperger</i>	<i>Autismo</i>
1	43	61
2	43	56
3	51	62
4	51	57
5	53	63

#### b) Puntuaciones en las tres Subescalas

**1.- Interacción, comportamiento y psicomotricidad:**  
 En esta Subescala las puntuaciones obtenidas en el grupo A se mantienen por encima de las del grupo S.A. En este

218 grupo el item con mayor puntuación fue el 4(interacción social inapropiada) y el de menor puntuación fue el 2(Ignoa a los otros). En ambos casos la varianza fue 0.

En el grupo A., el item con mayor puntuación fue el 1(busca el aislamiento), el 3(interacción social pobre) y el 6(atención anómala). Los items con menor puntuación en este grupo fueron el 4(interacción social inapropiada), aunque hay que considerar en este caso el balance que se realiza en la puntuación respecto al item 3(interacción social pobre). La varianza en este grupo fue 0 para los items 1, 3, 4 y 6.

**Tabla 3 Interacción, comportamiento y psicomotricidad**

	<i>S Asperger</i>					<i>Autismo</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1busca aislamiento	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
2ignora a los otros	1	1	1	1	2	3	2	3	2	3
3interacción pobre	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3
4interacción inaprop.	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
5relación con objetos	1	3	3	3	2	3	2	2	2	2
6atención anómala	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3
7intolerancia,	1	1	1	3	3	3	2	3	3	3
8activ. estereotipada	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
9mímica/marcha extr.	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>25</b>

### 2.- Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial

En esta Subescala las puntuaciones globales obtenidas en el grupo A., son superiores a las obtenidas por el grupo S.A. En este último grupo la mayor puntuación, correspondió al item 11 (uso inadecuado de la expresión verbal), 13 (inadecuada expresión facial y gestual) y al 18 (expresión/interpretación inadecuada de las emociones). El item con menor puntuación correspondió al 10 (no intenta comunicarse con la voz y/o la palabra) y al 12 (dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual). La varianza 0 corresponde a los items 10, 11, 12, 13 y 18.

En el grupo A., el item con mayor puntuación correspondió al 12 y al 14 (dificultad de comprensión verbal/no verbal) y la menor puntuación a los items 11, 13 y 19. La varianza 0 fue para los items 11, 12, 13, 14 y 19. (Tabla 4)

### 3.- Afectividad

También en esta Subescala las mayores puntuaciones globales correspondieron al grupo de A. En el grupo S.A. la mayor puntuación, correspondió al item 23 (perturbaciones del humor) y la menor al item 20 (autoagresividad).

**Tabla 4 Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial**

	<i>S. Asperger</i>					<i>Autismo</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10no intenta comuni.	1	1	1	1	1	3	2	3	2	3
11uso inadecuado.	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
12dificultad comuni.	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3
13inadec. expre.	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
14 dificultad compre.	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15steritipias.	1	2	1	2	2	2	3	3	3	3
16prosodia inadec.	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2
17mirada inadec.	1	1	3	1	2	3	2	2	2	2
18emociones.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19 respuestas anóm.	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

dad). La varianza 0 correspondió al item 24 (funcionamiento intelectual disarmónico).

El grupo A, obtuvo mayor puntuación en el item 21 y 22, correspondiendo la menor puntuación a los items 20 y 24. En ningún item la varianza fue 0. (Tabla 5)

**Tabla 5 Afectividad**

	<i>S Asperger</i>					<i>Autismo</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20autoagresividad	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2
21heteroagresivid.	1	1	2	2	2	3	2	3	2	3
22signos angustia	2	2	2	1	2	3	2	3	2	3
23perturb. Humor	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3
24 fun. Intelec. Dis.	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>13</b>

c)Puntuaciones medias obtenidas en ambos grupos/  
Perfil Clínico:

En base a las puntuaciones medias obtenidas en las distintas Subescalas (Tabla 6), obtuvimos un perfil clínico del grupo S.A. frente al A. (Figura 1).

d)Puntuaciones en los items inapropiado/inadecuado frente a los items pobre/dificultad: Estos items son el 4,11,13 y 3,10,12 respectivamente. (Tabla 7) (Figura 2).

## DISCUSIÓN

Desde su inclusión en los sistemas clasificatorios actuales (CIE-10 y DSM-IV), el Síndrome de Asperger

**Tabla 6** Puntuaciones medias obtenidas en ambos grupos

	I	II	III	TOTAL
S.A	18'6	18'8	8'8	46'2
A.	24'2	25	9'16	58'16

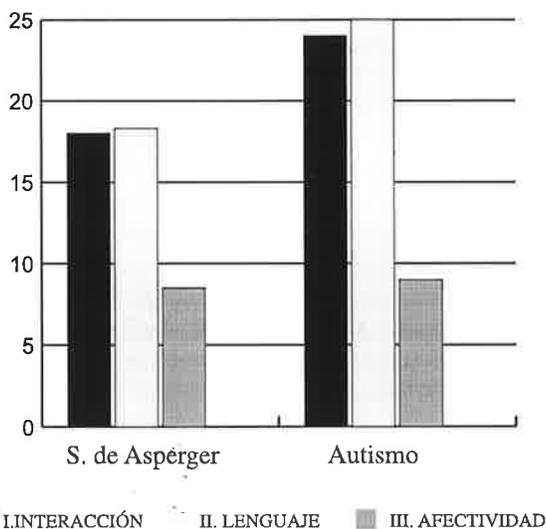
parece haber recibido una mayor atención. A pesar de la agrupación dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, no se le considera como una entidad nosológica definitivamente concluida y todavía son muchos los aspectos que se están sometiendo a estudio, desde el establecimiento de criterios diagnósticos más operativos<sup>8,15-18</sup>,

tividad e intereses...). Las diferencias se enmarcarían frente a la ausencia/ falta que presenta el autismo y la peculiaridad/inadecuado del Síndrome de Asperger. La ausencia de retraso en la adquisición del lenguaje y en el desarrollo cognoscitivo, así como una mayor inteligencia frente al autismo, no impiden la presencia en el Síndrome

**Tabla 7** Puntuaciones medias de los ítems inapropiado/inadecuado frente a los ítems pobre/dificultad

	3	4	10	11	12	13
S.A	1.6	3	1	3	1	3
A	3	2	2.6	2	3	2

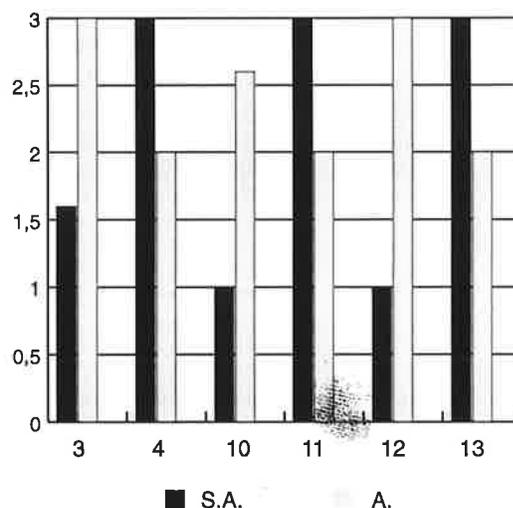
de Asperger de una alteración cualitativa en la comunicación, en las habilidades de lenguaje y cognitivas. Así, aunque el niño comienza a hablar a la edad acostumbrada, el contenido del habla es anormal, tendiendo a ser pedante y a menudo sobre sus temas favoritos, centrándose en los que sólo les interesan a ellos. Hablan con una inflexión y una variación del tono anormal, en ocasiones ésta se muestra monótona y monocorde (impresiona como mecánica), en otras de forma exagerada, forzada. A veces una palabra o una frase son repetidas de un modo estereotipado, o el niño interroga de forma repetitiva al interlocutor.



**Figura 1.** Perfil clínico del grupo de S. de Asperger al grupo Autismo en las tres subescalas

la determinación de su prevalencia<sup>20</sup>, hasta la relación con otras entidades<sup>1,16-19</sup>. En los últimos años parece afianzarse más la hipótesis de que entre el Síndrome de Asperger y el Autismo Infantil se establece una continuidad, representando condiciones clínicas distintas de un mismo desorden<sup>1,2,5-8 12-16</sup> y formando parte de una condición más amplia que sería el Espectro Autista.

La evaluación clínica de los grupos sometidos a estudio, otorga al autismo infantil un mayor grado de afectación respecto al Síndrome de Asperger. El perfil clínico, a pesar del diferente grado, se mantiene de forma similar entre ambos, en las distintas áreas evaluadas (interacción social, psicomotricidad, Lenguaje y comunicación, afecti-



**Figura 2.** En todos los ítems inapropiado/inadecuado (4,11,13) se obtiene una mayor puntuación en el SA frente al A, por el contrario este gradiente se invierte al contrastar los ítems pobre/dificultad entre ambos grupos

220

Los aspectos no verbales de la comunicación también se ven afectados, los gestos pueden ser torpes, limitados, en ocasiones se constituyen a modo de mueca, en otras la gesticulación semeja la de un robot. La coordinación motriz se muestra en la misma línea: los movimientos suelen ser torpes y mal coordinados, la postura y la marcha parecen extrañas.

Quizás una de las características más importante es la alteración de las relaciones sociales; en el S.A. a diferencia del Autismo no se trata de que ignore o que para él, el otro no existe sino más bien que no comprende al otro. Continuamente malinterpreta los sentimientos, y los afectos parecen ser para él un enigma. Las coordinadas que permiten el establecimiento de una relación (comunicación verbal/no verbal, emociones/afectos, y otros aspectos del comportamiento) parecen mantenerse en un código particular. Todo lo que constituye los puntos de referencia, el contexto relacional, se encuentra fuera de su alcance, mostrando una falta de capacidad para comprender y usar las reglas que gobiernan el comportamiento social. Pueden llegar a ser conscientes de estas dificultades e incluso intentar esforzarse en superarlas, aunque generalmente de forma inapropiada y con evidente falta de éxito. A menudo el aislamiento llega en las dos vías, por una parte el rechazo de los otros, que no logran entender su comportamiento y, en el otro lado, él mismo, incapaz de encajar y adaptarse a las necesidades y personalidades que le rodean.

Por ello en la evaluación de los items que representan falta/defecto el autista obtiene una alta puntuación; en el caso del S.A la mayor puntuación no reside en que la interacción social sea pobre y no intente comunicarse mediante la expresión verbal o gestual sino en que ambas son visiblemente inapropiadas y peculiares.

La descripción clínica del grupo con S.A obtenida en este trabajo, es similar a la que Wing en 1981, expuso en su trabajo<sup>13</sup> basado en las descripciones de Asperger y en 34 casos examinados por el autor. En nuestro estudio, el inicio de la sintomatología se encuentra entre el primer y el quinto año. Asperger al referirse al Trastorno creía que nunca era reconocido en la primera infancia y no antes del tercer año. Respecto a esto Wing señaló que "durante el primer año de vida puede haber una falta de interés y del placer de la compañía humana que debería estar presente desde el nacimiento"<sup>13</sup>. Este hecho acerca al S.A y al Autismo, en cuanto al trastorno que subyace en ambos, y sería compatible con la hipótesis de que el núcleo patogenético (todavía sin aclarar) del S.A, lo compartiría con el Autismo infantil con el que establece un continuum<sup>1,2,5-8,12-16</sup>. La mayor variabilidad diagnóstica hallada en el S.A., se explicaría en base a que en esa continuidad el Autismo se encontraría en el lugar de mayor afectación (extremo handicap) y el S.A. en una zona de menor afectación probablemente limítrofe con otros trastornos o en el que el solapamiento de sintomatología dificulte el diagnóstico. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, y sin poder plantear una afirmación, el Síndrome de Asperger parece configurarse como una variante clínica dentro del espectro Autístico, con un menor grado de afectación que el Trastorno Autista pero compartiendo con él la alteración de las distintas áreas que lo configuran.

La falta de consenso actual respecto al Síndrome de Asperger, los instrumentos de medición y la escasa muestra sometida a estudio, imposibilitan obtener un análisis definitivo de los datos y unas conclusiones consistentes que permitan hacer inferencias acerca de la población a estudio. Pero todo ello añade la necesidad de disponer en futuros trabajos de una mayor muestra y perfeccionar el método de evaluación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frith U. Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
2. Frith U. Autismo. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
3. Mendiguchia F. J. El Síndrome de Asperger (Avatares de un concepto). Rev. Psiqu. Inf. 1992; N° 1: 2-6.
4. CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En F.84.0 Autismo infantil y F.84.5 Síndrome de Asperger. Madrid: Meditor, 1994; 189-96.
5. Gilberg C. Asperger syndrome in 23 Swedish children. Dev Med Child Neurol 1989; 31: 520-31.
6. Rapin I. Autistic children: diagnosis and clinical features. Pediatrics 1991; 87 (suppl): 751-60.
7. Ghaziuddin M, Leininger I, Tsai L. Brief Report: Thought disorder in Asperger Syndrome: Comparison with High-Functioning Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders 1995; 25(3): 311-17.
8. Tamtam D. Asperger's syndrome. J. Child Psychol Psychiat 1988; 29(a): 245-55.

9. Ghaziuddin M. et al. Is clumsiness a marker for Asperger Syndrome: comparison with high-functioning autism. *J. Intellect. Disabil. Res.* 1995; 39(6): 538-43
11. Manjiviona J., Prior M. Comparison of Asperger Syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. *J. Autism. Dev. Disord.* 1995; 25(1): 23-39.
12. Wing L. The autistic spectrum. *The Lancet.* 1997; 350(13) 1761-66.
13. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine* 1981; 11: 115-129.
14. Wing L. the relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. En Frith U.: *Autism and Asperger syndrome.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991; 93-121.
15. Gillberg C., Gillberg IC. Asperger syndrome-some epidemiological considerations: a research note. *J. Child Psychol Psychiat* 1989; 30: 631-38.
16. Gillberg C. Autism and autistic-like conditions: Subclasses among Disorders of empathy. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1991; 33(5): 813-42.
17. Gillberg C. Clinical and neurobiological aspects of Aspergers syndrome in six family studies. En: Frith U, *Autism and Asperger syndrome.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991; 122-46.
18. Eaves et al, Subtypes of autism by cluster analysis. *J. Autism Dev. Disord.* 1994; 24(1): 3-22.
19. Szatmari P et al. Asperger's syndrome: a review of clinical factures. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989; 34: 783-91.
20. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1993; 34: 1327-50.
21. García D.A., Polaino-Lorente A. Evaluación del autismo infantil: Una revisión de los instrumentos escalares y observacionales. *Acta Pediátrica Española* 1992; 50 (extra junio): 383-88.
22. Trias M et al. Propuesta de escala integrada de valoración del autismo infantil EIVA. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994; 2: 170-24.

R. Caballero  
M. D. Mojarro  
P. Benjumea  
J. Rodríguez-Sacristán

## Análisis de la demanda de los trastornos de conducta en psiquiatría infantil

### *Analysis of demand about conduct disorders in child and adolescent psychiatry*

**Correspondencia:**

R. Caballero  
Departamento de Psiquiatría. Psiquiatría Infantil  
C/ Dr. Fedriani, s/n  
41009 Sevilla

#### RESUMEN

En el presente trabajo se establece la frecuencia de "Trastornos Disociales", según criterios C.I.E.-10, en una población clínica de Psiquiatría Infantil, enviada por distintos profesionales con el diagnóstico de "Trastorno de Conducta". Igualmente se analiza la comorbilidad de los Trastornos Disociales con otros cuadros nosológicos y sindrómicos,

Entre los resultados destacamos:

- 1.- De 998 niños que acuden en el año 1998 al servicio de Psiquiatría Infantil, 75 son enviados con el diagnóstico de "Trastorno de Conducta". De ellos, según criterios C.I.E.-10 el 21.4% presentan "Trastorno Disocial" y el 10.12% "Trastorno Disocial y de la Emociones Mixto". El resto de los sujetos se engloban principalmente dentro de las categorías "Trastornos afectivos" (21.56%) y "Trastornos de Ansiedad" (13.72%).
- 2.- Existe una alta comorbilidad sintomatológica con los cuadros afectivos.
- 3.- Los síntomas del área disocial que claramente delimitan al cuadro nosográfico son: Exhibicionismo sexual, robos, consumo de alcohol y drogas y dificultades de relación.

#### PALABRAS CLAVE

Trastorno de conducta; Trastornos Disociales; Comorbilidad,

#### SUMMARY

*In this paper, the prevalence of ICD-10 disocial disorder is reported in a clinical sample of children referred to a child and adolescent psychiatric service due to conduct disorders and other ICD-10 diagnosis is also assessed.*

*Main results may summarized as follow:*

1. *seventy five of children (N=998) referred to the child and adolescent psychiatric services were diagnosed as conduct disorder by other professionals.*
2. *According to ICD-10 diagnostic criteria, 21,4% were mainly disocial disorder and 10,12% were mixed disocial conduct and emotional disorder. The remaining of the diagnostic group corresponded to affective disorders (21.56%) and anxiety disorders (13.72%).*
3. *Results suggested a high sintomatologic comorbidity between conduct and affective disorders.*
3. *It seems that sexual exhibititions, pilfering, alcohol and other drug user, and difficulties in relationship, were the clinical features thet better defined conduct disorder diagnostic.*

## KEY WORDS

*Conduct problems; disocial disorder; comorbidity.*

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Disociales constituyen una de las formas más frecuentes de psicopatología en la infancia y adolescencia. Se estima que la prevalencia en población general se encuentra entre el 4 y 6% (Earls, 1994). Las tasas son superiores en poblaciones psiquiátricas, de forma que aproximadamente de 1/3 a 2 de todos los niños y adolescentes referidos a consultas externas de psiquiatría son diagnosticados de tener el trastorno (Husain, 1991).

Las diferencias entre poblaciones e incluso dentro del marco clínico son dispares principalmente porque resulta difícil definir clínicamente estos cuadros. Ya que el límite a partir del cual un comportamiento pasa de ser considerado normal a constituir un síntoma psicopatológico dependerá del juicio clínico que se establezca acerca de la severidad, distanciamiento de las pautas normativas, edad, sexo, clase social, etc. Por otro lado, no se puede olvidar que los síntomas que comportan el trastorno pueden ser expresión de otros cuadros nosológicos, secundarios a otras entidades e incluso premórbidos de procesos de evolución más tardías.

La variabilidad en la determinación de frecuencia o tasas se debe principalmente a:

### 1.-Dificultades en delimitación psicopatológica:

*-Normalidad-anormalidad psicopatológica:*

-Patoplastia: La edad es importante a la hora de abordar el diagnóstico. La presencia de cierto grado de desobediencia, rabietas, robos, fugas, agresividad, etc. Tan frecuentes en la adolescencia, no tienen que valorarse necesariamente como un trastorno psiquiátrico estable, existiendo en muchos casos discontinuidad psicopatológica.

-Intensidad o severidad.

-Frecuencia de aparición. Depende claramente del tipo de síntomas, ya que no es lo mismo mentir frecuentemente que violar aunque sólo se haga una vez.

-Tº de evolución. Los síntomas del trastorno de ajuste son similares pero éstos se presentan dentro de los tres meses después de un específico cambio o estrés en el ambiente. La disminución en el tiempo cuando el impacto del estrés se atenúa indica que estamos ante un trastorno de ajuste. Si continúa la sintomatología aún acabándose la situación estresante podríamos pasar a diagnosticarlo como trastorno disocial.

-Ámbito socio-cultural. Las conductas y/o síntomas que comportan este cuadro, su normalidad y/o anormalidad psicopatológica no siempre sigue un modelo exclusivamente biomédico para todos los profesionales que lo abordan, ya que en muchos profesionales lo definen siguiendo criterios sociales y dentro de ellos contextuales e igualmente tampoco los sujetos que lo padecen tienen un criterio intersubjetivo del mismo.

*-Inespecificidad sintomatológica:*

-Síntomas aislados sindromicamente, sin llegar a constituirse como diagnóstico nosológico. Un ejemplo claro es la agresividad. Muchos niños son enviados por presentar sólo agresividad, lo mismo sucede con estudios epidemiológicos en los que se valora sólo agresividad y estos sujetos se consideran trastorno.

-Secundario a otros trastornos como a los trastornos depresivos, siendo la única o primera manifestación de los mismos.

-Reactivos a otros cuadros como al abuso de drogas.

-Por último ser manifestación Prodrómicos entidades tardías que tienen su eclosión en la adolescencia o vida adulta como en el caso de las esquizofrenia.

Esta gran variedad de manifestación sintomatológica, esta gran heterogeneidad del cuadro, hace que los estudios sobre el mismo o su sintomatología sean muy diversos. Por ello no es difícil encontrar por ejemplo, trabajos centrados en agresividad, o en un grupo de síntomas, pero donde los casos no están definidos según criterios internacionales.

-Comorbilidad: Un problema más que lleva inherente el estudio de estos cuadros es su alta comorbilidad con otros trastornos especialmente trastornos hipercinéticos, depresivos, de ansiedad, etc.

### 2.- Instrumentos y criterios diagnósticos utilizados:

- Variabilidad instrumentos de "screening", dependiendo del instrumento que se utilice que sea específico de los trastornos o general, así como dependiendo del punto de corte que se establezcan, las tasas serán distintas.

- Uso o no entrevistas psiquiátricas. Con el uso de éstas disminuyen las tasas.

- Utilización de criterios D.S.M. O C.I.E.-10

### 3.- Características poblaciones estudiadas

- Clínica-general.

- Urbano-rural. Para Rutter (1975) los niños de 10-11 años presentan unas tasas de 4.2% de trastornos disociales en áreas rurales, mientras que cuando con la misma metodología se realiza en Londres las tasas se doblan. Igualmente para Graham (1979) las tasas son superiores en áreas urbanas (8%).

224 - Rango de edad incluido. Ya que los síntomas de menor gravedad van disminuyendo con la edad y van aumentando los de mayor (Offord, 1987).

- Sexo. Existen diferencias respecto al sexo, existiendo mayor proporción en varones con respecto a mujeres, siendo la proporción de 3:11, 9:4.6, etc dependiendo de los estudios.

- Clase socio-económico.

En un intento de analizar la frecuencia del cuadro en el marco clínico y los síntomas o trastornos que coocurren con el mismo, estudiamos todos los niños y adolescentes cuyo motivo de consulta en el último año ha sido "trastorno de conducta o del comportamiento". Resultando 75 (7.5%) con dicho motivo de una población de 998. En ellos intentamos analizar la frecuencia real de sujetos que cumplen el diagnóstico de trastorno disocial (C.I.E.-10), los cuadros asociados y el peso psicopatológico.

**OBJETIVOS**

- Analizar la frecuencia real de los trastornos disociales en un año en una población clínica.
- Valorar la sintomatología asociada a los cuadros nosográficos comórbidos.
- Analizar los "trastornos de conducta" enviados de los distintos servicios y delimitar la tasa real de trastorno disocial.
- Analizar que síntomas determinan el error diagnóstico.

**METODO**

Para ello, analizamos toda la población que asiste durante el año 1998, al servicio de Psiquiatría Infantil. (N=998.), de este grupo estudiamos a todos aquellos sujetos que nos son enviados con el diagnóstico de trastorno de conducta. (N=75)

Este grupo es enviado por: Centro de salud mental en el 75% de los casos, pediatría 10% y servicios sociales en el 15%.

La edad media de nuestra población es de 11.8 con una D.T. de 1.2 el porcentaje en varones corresponde al 80%, y un 20% de niñas.

**RESULTADOS**

Tras el análisis del grupo de trastornos de conducta inicial observamos como se refleja en la figura 1 como el 22,36% corresponde a trastornos afectivos, en los que el 21,56% corresponde a varones y el 5,8% a mujeres.

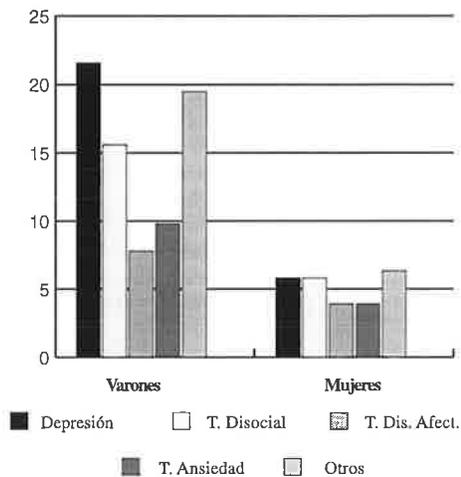


Figura 1.

El 21,4% corresponde a Trastornos disociales, siendo el 15,6% varones y el 5,8% mujeres, Los trastornos disociales afectivos corresponden a un 10,12%, de los cuales el 3,92% son mujeres y el 7,8% varones. Los trastornos de ansiedad corresponden al 13,72% y el resto de los diagnósticos corresponden a un 25,8% subdividido en múltiples cuadros. Estudiamos sintomatológicamente los 4 primeros cuadros que están más claramente definidos.

Valoramos en primer lugar, la agresividad destacando el alto porcentaje de esta en los t. afectivos, los t. disociales y los disociales mixtos, no así en los trastornos de ansiedad, como vemos en la figura 2.

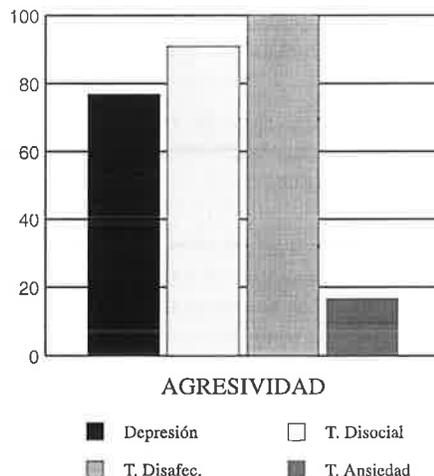


Figura 2.

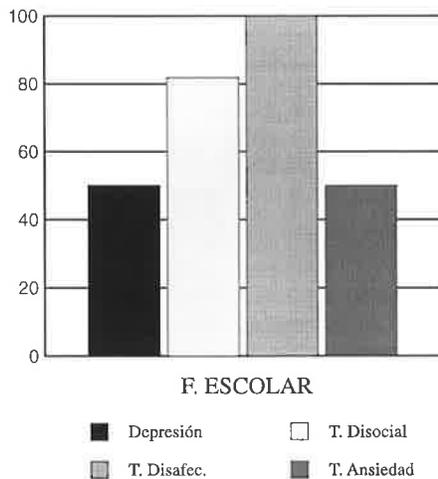


Figura 3.

El fracaso escolar, aparece en más del 50% de los casos, en los cuatro grupos, siendo llamativa la alta frecuencia en los trastornos disociales mixtos y en los trastornos disociales, ( Un 100% y un 81,8% ), (figura 3).

La rebeldía, es un sintoma bastante común en los diferentes grupos, destacando que en más del 80%, aparece en los T.disociales, los T. Disociales mixtos y los trastornos de ansiedad y el 61,53 en los trastornos depresivos. (figura 4)

La suspicacia, es menos frecuente en los distintos grupos diagnosticos apareciendo solo en un en los trastornos disociales mixtos, y un 36,36% en los trastornos disociales, solo aparece 18.18% en los trastornos afectivos. (figura 5)

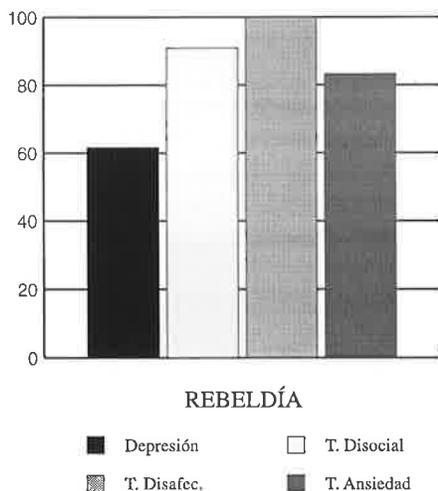


Figura 4.

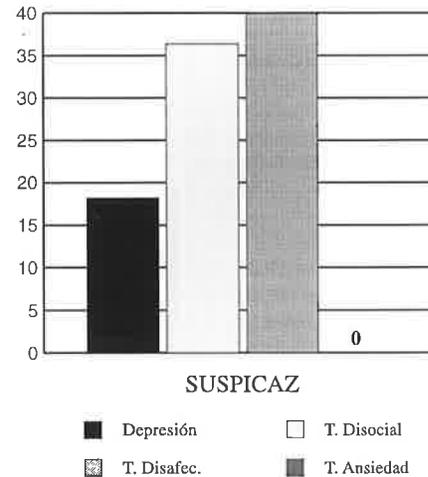


Figura 5.

La irritabilidad es el sintoma más común y frecuente, aparece en el 100% de los grupos diagnósticos con la máxima intensidad. (figura 6)

La impulsividad también es frecuente en los 4 grupos de nuestro estudio, siendo más frecuente en el grupo de los cuadros disociales y menos en los afectivos y ansiosos (figura 7)

La sintomatología obsesiva es poco frecuente en estos grupos diagnósticos, solo aparece en el grupo de t.disociales y el grupo de -trastornos de ansiedad (18,8% y 16,6% respectivamente), (figura 8)

La coprolalia aparece en el 45,45% de los t.,disociales, el 25% de los disociales mixtos y el 18,8% del grupo de los t. afectivos.(figura 9)

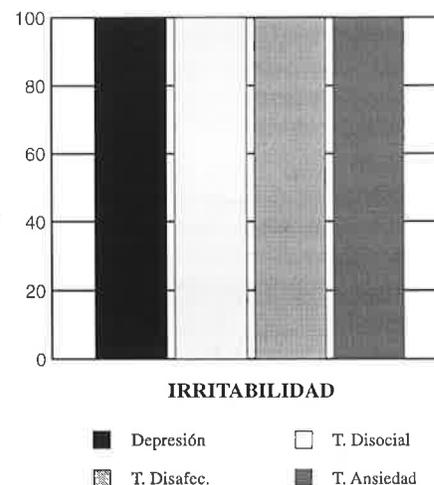


Figura 6.

226

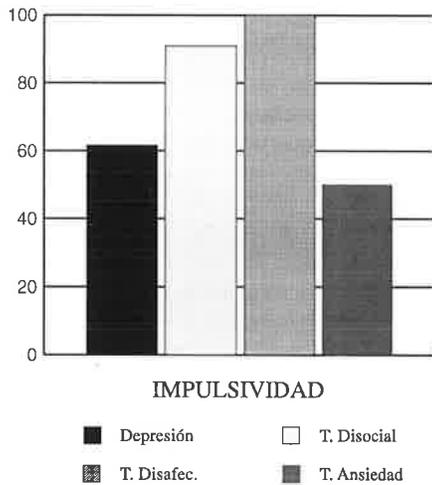


Figura 7.

Los síntomas somáticos aparece en el 53,8% de los trastornos afectivos, en el 83,3% de los trastornos de ansiedad y en el 40% de los trastornos disociales mixtos. (figura 10)

La anhedonia, más característica de los trastornos afectivos (61,53%), aparece en el 60% en los disociales mixtos así como en un 22,2% de los t.disociales y el 33,33% de los trastornos de ansiedad (figura 11)

El exhibicionismo sexual es poco frecuente y solo aparece en el 9,99% de los t.disociales y el 20% de los disociales mixtos. (figura 12)

Los robos, es quizás el síntoma más característico de los trastornos disociales ya que un 72,72% de los t. disociales lo presentan y un 60% de los disociales y de las

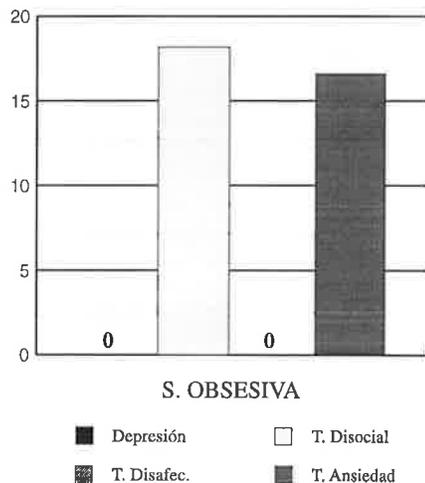


Figura 8.

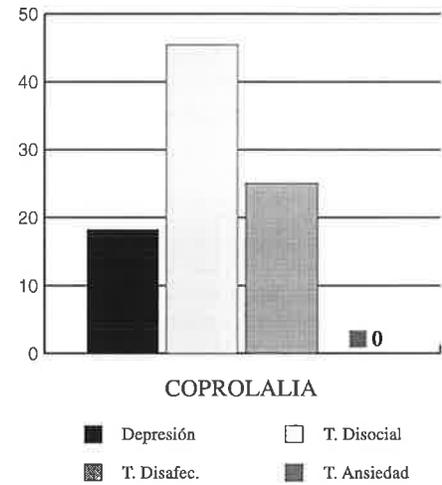


Figura 9.

emociones, solo un 16,6% de los trastornos de ansiedad presentan esta sintomatología, y ninguno de los cuadros depresivos. (figura 13)

La falta de concentración aparece en el 100% de los trastornos de ansiedad, un 81,8% de los trastornos disociales y un 60 y 46,15% respectivamente de los disociales mixtos y de los trastornos depresivos. (figura 14)

La hiperactividad sintomática aparece con más frecuencia en el grupo de los trastornos de ansiedad (83,3%) y los trastornos afectivos (46,15%) en menor lugar en los t.disociales (27,27%) y los t.disociales y de las emociones (20%). Presentan dificultades de relación el 90.9% de los trastornos disociales y el 53,84 de los trastornos

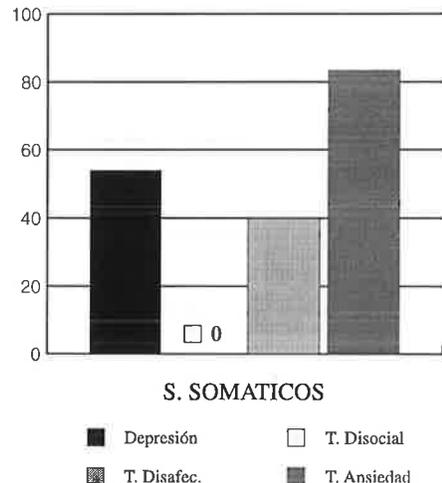


Figura 10.

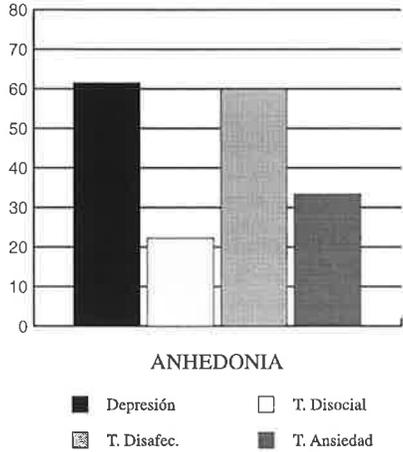


Figura 11.

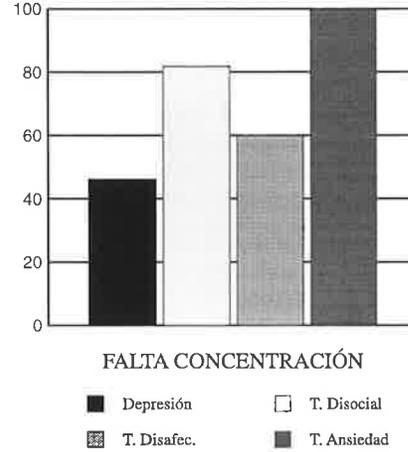


Figura 14.

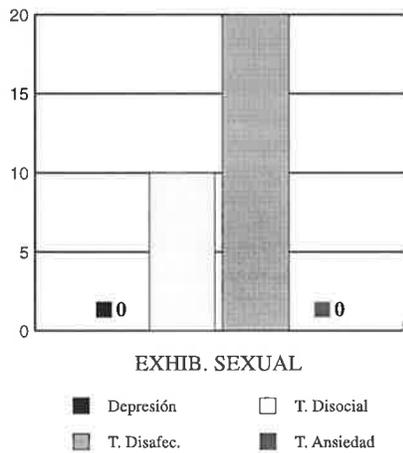


Figura 12.

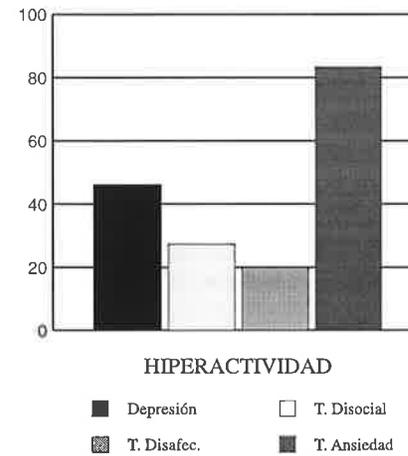


Figura 15.

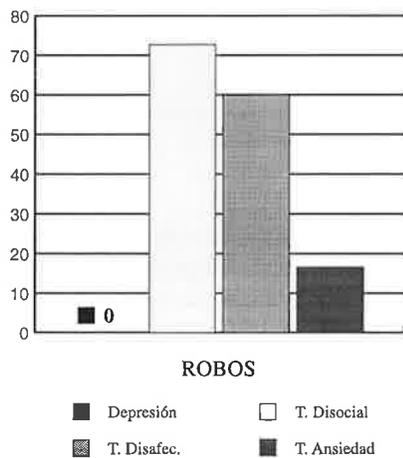


Figura 13.

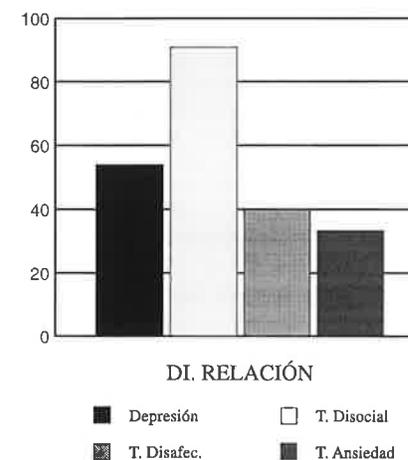


Figura 16.

228

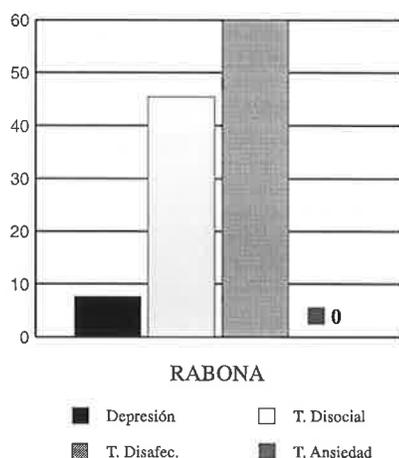


Figura 17.

depresivos, en menor porcentaje se encuentra el grupo de los trastornos mixtos un 40% y el grupo de trastornos de ansiedad en un 33,33%, (figura 16)

"Hacer novillos", o "hacer rabona" corresponde claramente a la sintomatología disocial, tanto en el grupo disocial y de las emociones que presenta una frecuencia de un 60% como al 45,45% de los t.disociales y solo un 7,6% de los trastornos afectivos (figura 17). Igual ocurre con el consumo de drogas y alcohol que también es claramente una sintomatología frecuente de los dos grupos de trastornos disociales (figura 18).

## DISCUSION

El porcentaje real de trastornos disocial (F91), y trastornos disociales y de las emociones mixtas (F92), corresponde al 21,3% de los niños enviados con trastor-

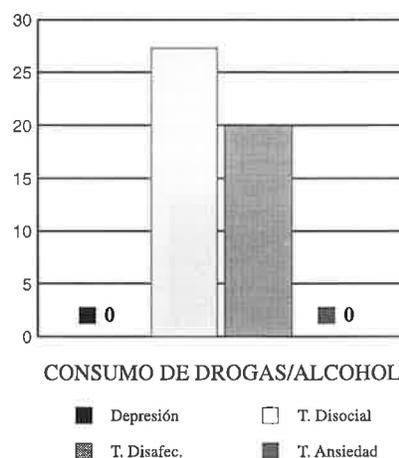


Figura 18.

nos de conducta, la incidencia en nuestra muestra clínica es de un 1,6%, tasa realmente baja.

Quizas debido a la rigidez en los criterios diagnósticos y al análisis sintomatológico, que como hemos visto presentan una alta comorbilidad con los síntomas de los trastornos afectivos, de hecho los síntomas que claramente diferencian a los trastornos disociales son. El exhibicionismo sexual, los robos, el consumo de drogas y alcohol y las dificultades de relación. El solapamiento sintomatológico que ocurre con los síntomas afectivos, podría explicar la diversidad de tasas que se recogen en los distintos trabajos, donde se podría estar valorando como trastornos disociales cuadros claramente afectivos. Con este trabajo solo hemos pretendido llamar la atención por un lado del problema de la comorbilidad en estos cuadros y por otro lado de las dificultades que la valoración sintomatológica presenta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Earls, F. (1994). oppositional-defiant and conduct disorders. En: M.Rutter; E.Taylor,
2. L.Hersov (ed). Child and adolescent Psychiatry:Modern Approaches. London: Blackwell Scientific Publications.
3. Husain, J; Cantwell M.(1991) Fundamentals of child and adolescent Psychopathology. American Psychiatric Press.
4. Graham,P.J.(1979) Epidemiological studies in psychopathological disorders of childhood. 2°. Quay, Werry, N.Y.Wiley.
5. Mojarro, M.D; Benjumea, P. "Los trastornos de conducta en la infancia". cap.35, pp:767-804. En: Psicopatología del niño y del adolescente, J.Rodríguez Sacristan (Ed). Universidad de Sevilla, 1995.
6. Offord, D.R; Boley, M.H. (1986) "Problem in setting up and executing large scale psychiatric epidemiological studies" Psychiatric Dev.3, 257-272.
7. Rutter,M; Cox, A; Tupling,C; Berger, M; Yule, W. (1975) "Attainment and adjustment in two geographical áreas:I.the prevalence of psychiatric disorders".British Journal of Psychiatry. 126, 493-509.

F. Viñas<sup>1</sup>  
E. Domenech-Llaberia<sup>2</sup>

## ¿Qué piensan de la muerte los niños a la edad de 6 a 10 años?

1 Departamento de Psicología, Universidad de Girona  
2 Unidad de Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

## *What do children between the age of the 6 and 10 think about death?*

### Correspondencia:

F. Viñas Poch  
Departament de Psicologia  
Universitat de Girona  
Plaça Sant Domènec, n°9  
17071 Girona

### RESUMEN

Se ha evaluado el concepto que tienen de la muerte los escolares entre 6 y 10 años. Para ello se ha valorado, en una muestra aleatoria, el grado de adquisición de cada uno de los componentes del concepto de muerte: universalidad, irreversibilidad y cesación de los procesos corporales. El análisis de los datos sugiere que la comprensión de los subconceptos de irreversibilidad y universalidad es anterior a la de cesación de los procesos corporales. Asimismo, algunos niños a la edad de 7-8 años tienen la misma percepción de la muerte que el adulto.

### PALABRAS CLAVE

Muerte; concepto; infancia.

### ABSTRACT

*The notion of death has assessed among the school children aged between 6 and 10. This has been valued, in a random sample, the grade of acquiring in each one of the components regarding the idea of death: universal, irreversible and cessation of corporal process. The analysis of the data suggest that the understanding of the subconcepts of irreversibility and universal is prior to*

*suspension of the corporal process. Likewise, some children between the age of 7-8 have the same perception of death as the adult.*

### KEY WORDS

*Death; concept; childhood.*

### INTRODUCCION

El estudio y el conocimiento de como se desarrolla y adquiere el concepto de muerte en el niño alcanza especial interés en algunos ámbitos de intervención. En primer lugar, resulta indispensable conocer y valorar la percepción que tiene el niño de la muerte cuando debe realizarse una intervención psicológica dirigida a niños enfermos, especialmente cuando se enfrentan a una enfermedad incurable o se encuentran en fase terminal. En el ámbito educativo, conviene conocer los parámetros que deben guiar la intervención formativa con la finalidad de promover actitudes y fomentar una correcta percepción de la muerte acorde con el marco sociocultural del niño. Asimismo, es necesario determinar el encuadre teórico que permita desarrollar con acierto la intervención de la comunidad ante determinados acontecimientos en los que la muerte esta presente: suicidio o falleci-

230 miento de un compañero de clase, catástrofes naturales, accidentes graves etc. Además, tal como sugieren McIntire, Angle y Struempfer<sup>1</sup>, la prevención de los accidentes durante la infancia se acompaña de la necesidad de averiguar el nivel de comprensión que tienen los niños de la muerte; éstos podrían ser más frecuentes si el niño niega la finalidad de la muerte. Finalmente, este conocimiento es imprescindible para el estudio de las conductas suicidas en la infancia, ya que resultaría bastante difícil valorar la severidad de las conductas suicidas o simplemente considerarlas como tales, si el niño todavía no hubiera alcanzado un desarrollo plenamente completo del concepto de muerte.

Los primeros trabajos sobre el concepto de muerte de los que tenemos noticia (tras revisar la base de datos PsycLIT: 1887 a 1999), se sitúan en la primera mitad del siglo XX. El primer estudio es el publicado por Schilder y Wechsler en 1934<sup>2</sup>, al que le siguen de cerca los trabajos de Nagy<sup>3</sup>, Cousinet<sup>4</sup> y Anthony<sup>5</sup>. Desde entonces el interés por conocer la percepción que tienen los niños de la muerte se ha ido incrementado progresivamente. Prueba de ello es el aumento considerable del número de publicaciones que abordan este tema. No obstante, el estudio del concepto de muerte en el niño, como muy bien sugieren Lazar y Torney-Purta<sup>6</sup> tiene sus dificultades. Estos autores señalan los defectos de diseño (características de las muestras estudiadas) y de la metodología utilizada (marco teórico etc.). Con respecto a este último punto, es de destacar la gran variedad de instrumentos de medida utilizados: entrevistas, historietas, dibujos, juegos etc.

La palabra "muerte" deriva del latín (*mors, mortis*) y según el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española<sup>7</sup> significa "la cesación o término de la vida". Sin embargo, desde un punto de vista científico el concepto de muerte incluye varios subconceptos. En este sentido, la mayoría de autores coincide en considerar esta multidimensionalidad del concepto de muerte. Kane<sup>8</sup> es quizás la autora que más componentes del concepto de muerte ha aislado. Concretamente son 10 los componentes o dimensiones que nos propone: Realización o comprensión (conciencia de la muerte como algo que puede suceder), separación (localización de los difuntos), inmovilidad (inmovilidad o inactividad del individuo tras la muerte), irrevocabilidad (estado permanente o irreversible de la muerte), causalidad (causas que producen el fallecimiento), disfuncionalidad (cesación de las funciones corporales y sensoriales del difunto), universalidad (la muerte como un fenómeno universal), insensibilidad (desaparición de las fun-

ciones sensoriales), apariencia o aspecto (aspecto que presenta un difunto) y personificación (imagen simbólica que tiene el niño de la muerte). Sin embargo, existe un cierto consenso en considerar que el concepto de muerte está adquirido cuando el niño es capaz de comprender que la muerte es un proceso irreversible (subconcepto de irreversibilidad), que acontece en todo ser vivo (subconcepto de universalidad) y que implica el cese de toda actividad corporal (subconcepto de cesación de los procesos corporales). Pero, ¿Cómo evaluar estos tres componentes o dimensiones?. Ya hemos comentado que existe una gran diversidad de instrumentos de medida, siendo la entrevista el más utilizado. En una magnífica revisión realizada por Speece y Brent<sup>9</sup> a partir de 40 estudios sobre el concepto de muerte, se señaló que estas dimensiones eran frecuentemente evaluadas mediante las siguientes preguntas: "¿Puede volver a la vida una persona que ha muerto?" (Irreversibilidad), "¿Puede una persona que ha muerto comer, sentir, oír, hablar etc.?" (Cesación de los procesos corporales o disfuncionalidad), y "¿Todo el mundo muere? y/o "¿Y tu, morirás?", (Universalidad). Además, estos autores concluyeron que en general estos tres componentes eran evaluados con relación a la muerte humana, siendo necesario por tanto considerar además la muerte animal y vegetal.

Cuando abordamos el desarrollo y consolidación de estos tres subconceptos nos encontramos con diferentes planteamientos paradigmáticos. El más defendido es el que intenta integrar el concepto de muerte dentro del planteamiento evolutivo de la teoría de Piaget. Sería el caso, por ejemplo, de Kane<sup>8</sup>, quien sugiere la existencia de tres etapas evolutivas del concepto de muerte. Cada una de estas etapas se corresponde con los estadios preoperacional, operaciones concretas y pensamiento abstracto de Piaget. Según Kane<sup>8</sup> los tres estadios emergen por igual en todos los niños, siguiendo una misma secuencia y desarrollándose, en un proceso de evolución lento, a partir del estadio anterior. No obstante, según Speece y Brent<sup>9</sup> para poder proporcionar un esquema completo de la comprensión de la muerte en el niño, es necesario desarrollar un modelo que contemple simultáneamente el aumento en el conocimiento de una materia y el desarrollo de habilidades de razonamiento independientes del contexto. Tal como se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios, variables tales como la educación recibida<sup>1</sup>, la personalidad<sup>10,11</sup> o las experiencias del niño con la muerte (muerte de un animal de compañía o de un familiar) pueden acelerar o alterar el proceso de adquisición del concepto de muerte.

Una cuestión importante que se plantea es la necesidad de conocer a qué edad se ha consolidado el concepto de muerte. Si partimos de un planteamiento piagetiano, entonces debemos situar dicha adquisición en la adolescencia, que es cuando se adquiere la suficiente madurez cognitiva para que haya un correcto conocimiento intelectual de la muerte. Sin embargo, muchos estudios indican que a partir de los 7 u 8 años el niño ya puede tener una noción correcta de la muerte (véase la revisión de Speece y Brent), si bien esta característica no es aplicable a la totalidad de los sujetos.

El propósito de este trabajo es analizar el grado de adquisición de estos tres subconceptos en un grupo de escolares de 6 a 10 años, en cuya edad y de acuerdo con la literatura revisada, todavía se están consolidando.

## MÉTODO

### Participantes

Se han entrevistado 118 escolares (51 niños y 67 niñas) de edades comprendidas entre los 6 y 10 años, seleccionados, mediante la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados, de la población escolar de 1º, 2º y 3º de E.G.B. de Palafrugell (Girona). Dicha muestra se corresponde con el 11,2% de la población estudiada.

### Instrumentos

#### *Evaluación del conocimiento intelectual de la muerte*<sup>12</sup>.

Entrevista del Concepto de Muerte<sup>12</sup>. Entrevista estructurada que consta de 33 preguntas en donde se interroga al niño sobre cuestiones relacionadas con la muerte. Las respuestas dadas permiten valorar el grado de conocimiento intelectual que tiene el niño de la muerte ya que se evalúan aspectos relativos a la universalidad, irreversibilidad y disfuncionalidad de la muerte. Concretamente, la universalidad se evalúa con preguntas tales como "¿Crees que todas las personas mueren?", "¿Los animales también mueren?", "¿Crees que tu puedes morir?" o "¿Se puede morir tu padre?". La irreversibilidad se valora mediante las siguientes preguntas "¿Cuando mueras, crees que podrás volver a la vida?", "¿Cuando un animal muere, puede volver a la vida?", "¿Cuándo una persona se ha muerto, puede volver a la vida en otra forma?". Finalmente, la cesación se valora a partir de las respuestas dadas en las siguientes preguntas: "¿Una persona que ha muerto, puede tener hambre o pasar frío?", "¿Una persona que ha muerto

puede oír o sentir?" y "¿Cuando una persona ha muerto, su cuerpo se mantiene siempre igual?". Se considera que el subconcepto está adquirido cuando todas las respuestas son correctas.

#### *Evaluación del nivel intelectual.*

Se evaluó a partir de las puntuaciones obtenidas en el Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual, de Raven<sup>13</sup>.

#### *Datos familiares*

Cuestionario en donde se recogen datos relativos al nivel sociocultural de los padres: nivel de estudios, profesión etc. Asimismo, se les interroga sobre determinados eventos, como la muerte reciente de un familiar, que pueden estar relacionadas con una mayor o menor adquisición del concepto de muerte.

#### *Nivel socioeconómico*

Four Factor Index of Social Status. El Four Factor Index of Social Status de Hollingshead<sup>14</sup> es un instrumento que permite obtener un índice del nivel socioeconómico, a partir de cuatro factores: estado civil, ocupación laboral, nivel de formación académico o escolar, y retiro laboral. La información se obtuvo a través del cuestionario de datos familiares administrado a los padres.

### Procedimiento

Después de solicitar y obtener el correspondiente permiso de los centros escolares previamente seleccionados, se procedió a entrevistar a los alumnos y a valorar su conocimiento intelectual de la muerte. A excepción de los alumnos de primer curso, los demás completaron por escrito el cuestionario del concepto de muerte. En aquellos casos en los que el nivel de lectura y de comprensión no era el idóneo se procedió a entrevistar individualmente al niño. Asimismo, se insistió a los escolares para que pidieran las aclaraciones necesarias ante cualquier duda que tuvieran sobre el contenido de las diferentes preguntas que se les formulaban.

## RESULTADOS.

Tal como se puede apreciar en la tabla 1, el 44,9 % de los alumnos entrevistados alcanza un conocimiento intelectual "maduro" de la muerte. Conforme aumenta la edad se incrementa el porcentaje de escolares que tienen

232 **Tabla 1** Adquisición de los conceptos universalidad, irreversibilidad y cesación de los procesos corporales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Universalidad	-	x	-	-	x	x	-	x	
Irreversibilidad	-	-	x	-	x	-	x	x	
Cesación	-	-	-	x	-	x	x	x	
6 años	1 (3,2%)	1 (3,2%)	9 (29%)	0 (0,0%)	7 (22,6%)	0 (0,0%)	4 (12,9%)	9 (29%)	
7 años	0 (0,0%)	1 (3,1%)	2 (6,3%)	0 (0,0%)	6 (18,8%)	3 (9,4%)	4 (12,5%)	16 (50%)	
8 años	0 (0,0%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)	0 (0,0%)	8 (28,6%)	0 (0,0%)	6 (21,4%)	11 (39,3%)	
9-10 años	1 (3,7%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	0 (0,0%)	4 (14,8%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)	17 (63%)	
TOTAL	2 (1,7%)	3 (2,5%)	15 (12,7%)	0 (0,0%)	25 (21,2%)	5 (4,2%)	15 (12,7%)	53 (44,9%)	

el concepto de muerte adquirido. No obstante, a los 8 años se detecta un decremento que se atribuye a la menor consolidación de los subconceptos de universalidad y, especialmente, de cesación de los procesos corporales. Concretamente, a esta edad el 60,7% tienen adquirido este subconcepto frente al 71,9% y el 74,1% observado en los escolares de 7 y 9-10 años respectivamente ( $\chi^2 = 8,30$ ;  $p < .05$ ). Con respecto a la universalidad, el 71,4% de los escolares de 8 años lo tienen adquirido frente al 81,3% y el 85,2% hallado en los dos grupos de edad antes mencionados ( $\chi^2 = 8,33$ ;  $p < .05$ ). Además, si bien la práctica totalidad de los escolares de 8 años en adelante consideran que una persona fallecida no puede tener hambre o pasar frío, a esta edad todavía un 18% considera que una persona fallecida puede oír o sentir, mientras que solo considera esta posibilidad el 6% y el 7% de los escolares de 7 y 9 años respectivamente. A la pregunta "¿Una persona que ha muerto puede oír o sentir?" responden más en sentido afirmativo los alumnos de los centros privados ( $\chi^2 = 3,7$ ;  $p = .054$ ). Asimismo prácticamente la mitad de los alumnos que cursan sus estudios en centros privados cree en la existencia de otra vida después de la muerte frente al 28% de los centros públicos ( $\chi^2 = 4$ ;  $p < .05$ ). Una cuarta parte de los niños y niñas de 7 y 8 años opina que tras la muerte el cuerpo no se descompone. Con respecto a la menor adquisición de la universalidad a la edad de 8 años, el 14,3% todavía piensa que la muerte es un acontecimiento que no nos afecta a todos, si bien la mayoría de ellos (93%) considera que si

le afecta a él, y en especial a los animales (96%). A la edad de 7 y 9 años se defiende mayoritariamente el carácter universal de la muerte (97 y 93% respectivamente). Asimismo, la totalidad de los niños y niñas de 9 años cree que la muerte es un acontecimiento inevitable para él y para todo el mundo animal. A diferencia de la cesación de los procesos corporales, el 75% de niños que todavía no cree en el carácter universal de la muerte cursa sus estudios en centros públicos.

A partir de los 7 años el 90% de los escolares, aproximadamente, tienen consolidados como mínimo dos de los tres subconceptos que se consideran necesarios para que pueda haber una percepción real de la muerte. De los tres subconceptos estudiados, el más consolidado es la irreversibilidad (91,5%), seguido de la universalidad (72,9%) y finalmente la cesación (61,9%).

Por sexos, se observa la misma proporción de niños y niñas con los subconceptos de cesación de los procesos corporales e irreversibilidad adquiridos. No obstante, hay una mayor proporción de niñas que consideran el carácter universal de la muerte, pero dicha diferencia no alcanza la significación estadística ( $\chi^2 = 3,04$ ;  $p = .08$ ).

Por cursos, se observa un incremento paulatino en la adquisición de los tres componentes. Concretamente, los subconceptos de universalidad e irreversibilidad están adquiridos en el 86,5 y 94,6%, respectivamente, de los escolares de tercer curso (ver tabla 2). El subconcepto de cesación es el menos adquirido (67,6%).

Los alumnos con el concepto de muerte adquirido así como aquellos que tienen consolidado el subconcepto de disfuncionalidad, obtienen puntuaciones superiores en el

**Tabla 2** Adquisición de los conceptos universalidad, irreversibilidad y cesación de los procesos corporales por cursos

Componentes adquiridos	Cursos			Total
	Primero	Segundo	Tercero	
Universalidad	31 (63,3%)	23 (71,9%)	32 (86,5%)	86 (72,9%)
Irreversibilidad	45 (91,8%)	28 (87,5%)	35 (94,6%)	108 (91,5%)
Cesación de los Procesos Corporales	27 (55,1%)	21 (65,5%)	25 (67,6%)	73 (61,9%)
Concepto de muerte adquirido	19 (38,8%)	13 (40,6%)	21 (56,8%)	53 (44,9%)

test de matrices progresivas de Raven (1985). Sin embargo, en ambos casos esta diferencia no alcanza la significación estadística ( $t = -1,9$ ,  $p = .06$ ;  $t = -1,8$ ,  $p = .08$ , respectivamente). Por otra parte, aquellos niños cuyos padres informan de la muerte reciente de algún familiar tienen la misma percepción de la muerte que el resto de sus compañeros ( $\chi^2 = .21$ ;  $p = .65$ ).

En cuanto al posible efecto del nivel sociocultural del entorno familiar, el nivel de estudios de los padres cuyos hijos tienen el concepto de muerte adquirido es similar a la de los padres cuyos hijos todavía no presentan una percepción madura la muerte ( $t = .47$ ,  $p = .64$ ; madres;  $t = .05$ ,  $p = .96$ ; padres).

Otro dato a destacar, es el hecho de que no hay ningún alumno que solo presente adquirido el subconcepto de cesación de los procesos corporales, pero sí conjuntamente con los subconceptos de irreversibilidad o universalidad.

Finalmente, no se observa ninguna influencia del nivel socioeconómico ni de las características del entorno familiar (número de hermanos, personas que conviven con el niño etc.) en la adquisición y consolidación de los subconceptos de cesación de los procesos corporales, universalidad e irreversibilidad. Concretamente, las puntuaciones obtenidas en la escala de Hollingshead por los escolares con el concepto de muerte adquirido son similares a la del resto de sus compañeros ( $t = -2,8$ ;  $p = .78$ ).

## DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto, una vez más, que algunos escolares a la edad de 7-8 años pueden tener la misma percepción de la muerte que el adulto. Este dato concuerda con la conclusión a la que llegan Speece y Brent<sup>9</sup> después de su revisión: "a la edad de 7 años muchos niños tienen una correcta comprensión de los subconceptos de universalidad, la irreversibilidad y la cesación de los procesos corporales". No obstante, la mayoría de los niños y niñas encuestados todavía no alcanza un conocimiento intelectual maduro de la muerte, si consideramos como mayoría el percentil 50 o el 75. Por otra parte, nuestros datos coinciden con los de Lazar y Torney-Purta<sup>6</sup> en cuanto que la comprensión de los subconceptos de irreversibilidad y universalidad es anterior a la de cesación de los procesos corporales. Además, es necesario que el niño comprenda al menos uno de estos dos subconceptos, universalidad o irreversibilidad, para que pueda entender la disfuncionalidad. Estos resultados indican la misma tendencia halla-

da en otro estudio con una muestra de escolares de 8 a 12 años<sup>15</sup>. En este segundo estudio la universalidad estaba adquirida en el 79,4% de los casos, la irreversibilidad en el 82,4% y la cesación de los procesos corporales en el 61,8%. Estos porcentajes son prácticamente idénticos a los actuales, a excepción de la irreversibilidad que es algo superior. No obstante, cabe precisar que en este segundo estudio, a excepción del presente, el 9% de la muestra presentaba el concepto de cesación adquirido sin que fuera acompañado de alguno de los otros dos componentes. Ello nos sugiere, que el subconcepto de cesación se adquiere, en la mayoría de los escolares, después de los de universalidad e irreversibilidad, pero pueden haber algunos casos en los que no se sigue esta secuencia.

Con relación a la menor comprensión de la cesación de los procesos corporales a la edad de 8 años, nuestros datos podrían ser congruentes con los resultados obtenidos por McIntire, Angle y Struempfer<sup>1</sup> en los que se observó que a esta edad estaba menos admitida la disfuncionalidad al aumentar las creencias relativas a la inmortalidad espiritual. Tal como sugieren los resultados obtenidos por diferentes autores<sup>16, 17</sup>, el entorno sociocultural, y de manera especial el religioso, puede jugar un papel importante en el concepto que tienen los niños de la muerte. En nuestro estudio, las respuestas sobre la posibilidad de mantener algunas funciones vitales como oír o sentir después de morir son más frecuentes en los centros privados. Este hecho podría atribuirse a la forma en que los niños interpretan algunas de las enseñanzas en materia religiosa, puesto que la mayoría de centros privados están dirigidos por congregaciones religiosas.

Por lo que se refiere a la menor adquisición del subconcepto de universalidad, a esta misma edad, se podría realizar una lectura similar a la anterior. Sin embargo, a diferencia de la disfuncionalidad no hay una menor adquisición de este subconcepto en los centros privados, sino más bien lo contrario. Por otra parte, el escolar a la edad de 8 años reconoce mayoritariamente que la muerte es un acontecimiento que inevitablemente le sucederá a él, pero que sin embargo no afecta a todas las personas. Este dato se contradice con las descripciones realizadas por Gesell<sup>18</sup> en las que afirmaba que a la edad de ocho años la mayor parte de los niños han aceptado, fríamente el hecho de que todo el mundo aun ellos mismos, morirán algún día. Así pues, si tomamos en consideración los datos relativos a las edades anterior y posterior cabe pensar que alguna variable está interfiriendo el desarrollo del subconcepto de universalidad. No es

234 descabellado pensar que esta variable pueda ser de índole sociocultural o religioso.

Otro dato a destacar es el escaso o nulo impacto de las experiencias directas con la muerte en la adquisición de los tres conceptos. Tanto los escolares cuyos padres informan de la muerte de un familiar reciente como aquellos que autoinforman de la muerte de un animal de com-

pañía presentan la misma percepción de la muerte que aquellos escolares que no informan de estas experiencias.

Finalmente, la actitud colaboradora, abierta y positiva que mantuvieron los escolares ante las preguntas que se le iban formulando apoya una vez más la idea de que los niños expresan muy complacientes, y sin traumas, sus ideas acerca de la muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McIntire M.S., Angle C.R., Struempfer J.J. The Concept of Death in Midwestern Children and Youth. *American Journal of Diseases of Children*, 1972; 123: 527-32.
2. Schilder P., Wechsler D. The attitudes of children toward death. *Journal of Genetic Psychology*, 1934; 45: 406-51.
3. Nagy M. The Child and death. *Psychol. Stud. Univ. Bp.*, 1938; 2: 152-157.
4. Cousinet R. L'idée de la mort chez les enfants. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1939; 36: 65-76.
5. Anthony S. A study of the development of the concept of death. *British Journal of Educational Psychology*, 1939; 9: 276-277.
6. Lazar A., Torney-Purta J. The Development of the Subconcepts of Death in Young Children: A Short-Term Longitudinal Study. *Child Development*, 1991; 62: 1321-1333.
7. Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española*. XXI Edición. Madrid: Espasa Calpe S.A., 1995.
8. Kane B. Children's Concepts of Death. *The Journal of Genetic Psychology*, 1979; 134: 141-153.
9. Speece M.W., Brent S.B. Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. *Child Development*, 1984; 55: 1671-1686.
10. Orbach I., Glaubman H. Suicidal, Aggressive and Normal Children's perception of personal and impersonal death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1978; 26: 453-463.
11. Orbach I., Weiner M., Har Even D., Eshel Y. Children's perception of death and interpersonal closeness to the dead person. *Omega: Journal of Death and Dying*, 1994; 30: 1-12.
12. Viñas F. El concepto de muerte en el niño de 6 a 8 años. Trabajo de investigación no publicado, 1990.
13. Raven J.C. Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual. Barcelona: Editorial Paidós, 1985.
14. Hollingshead A.B. Four Factor Index of Social Status. New Haven: Department of Sociology, Yale University. Manuscrito no publicado, 1975.
15. Viñas F., Domènech-Llaberia E. El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1999; 52: 89-104.
16. Schonfeld D., Smilansky S. A cross cultural comparison of Israeli and American children's death concepts. *Death Studies*, 1998; 13: 593-604.
17. Florian V., Shlomo K. Children's concepts of death: A cross-cultural comparison among Muslims, Druze, Christians, and Jews in Israel. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 16, 174-189.
18. Gesell A. *Psicología Evolutiva*. De 1 a 16 años. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1963.

S. Otero  
M. Aparicio  
E. Bobadilla  
L. Palacios  
M. Ruiz  
S. Samaniego

## Proyecto de Salud Mental Infanto Juvenil para Cantabria I: Estudio y priorización de Necesidades

Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil  
Dirección General de Salud Mental. Santander

### *Child and Adolescent Mental Health Project in Cantabria I: Needs Assessment and Needs Priority*

**Correspondencia:**

S. Otero  
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Dirección General de Salud  
Mental. C/ Marqués de la Hermita, N°8. 39009 Santander (Cantabria)

#### RESUMEN

*Antecedentes:* Cantabria es una pequeña región del norte de España con una población de 525000 habitantes de los cuales 100000 son menores de 18 años. En el año 1998 se ha contratado a un equipo de profesionales para la asistencia a la Salud Mental de niños y adolescentes de la región. La primera tarea de este equipo ha sido la elaboración de un Proyecto Asistencial para esta población. En esta primera parte del artículo se describen los recursos existentes, el estudio de necesidades y el proceso de priorización de las mismas, y en una segunda parte se describirá el proyecto.

*Metodología:* Se han recabado datos demográficos, epidemiológicos, sobre recursos sociales, sanitarios y educativos. Para el estudio de las necesidades se ha utilizado la técnica de la entrevista a figuras claves. La priorización se ha realizado mediante el método Hanlon, estableciéndose unos criterios adecuados y considerando la limitación de recursos y el contexto político-social.

*Resultados:* Las prioridades se han establecido en atender inicialmente el segmento de edad de 0-14 años, para progresivamente implantar la atención hasta 18 años, una ubicación geográfica en tres centros que garantice la accesibilidad y un funcionamiento a segundo nivel asistencial.

#### PALABRAS CLAVE

Salud Mental Infanto-Juvenil; Evaluación de necesidades; Priorización de necesidades; planificación; programación.

#### ABSTRACT

*Background and Objective.* Cantabria is a small region in the North of Spain with 525000 inhabitants, 100000 of them under 18 years old. In 1998 a CAMH service was created to provide for the mental health of those children and adolescents. The CAMH team's first task was to develop a Child and Adolescent Mental Health Program. This first report describes the resources, the needs assessment and their priority.

*Method.* Epidemiological data, health indicators and information on health resources were collected. Interviews with "Key Professionals" were also used. Needs Priority was established using the Hanlon Method. The third stage was to plan the Program Implementation, taking into account the organisational context, the scarcity of resources and the political background.

*Results.* Priority has been assessed in starting with an outpatient CAMH service for children up to 14 years old.

236 *Next stage will be to cover children and adolescent under 18 years old. The CAMH outpatient service will be in a second tier of Health Organisation, with a geographical distribution respecting equity of access to medical care. Different stages in Planning a Program for a Child and Adolescent Mental Health Service and the decision-making process are presented, and its challenges and limitations discussed.*

#### KEY WORDS

*Child and Adolescent mental health services (CAMHS), Needs Assessment; Needs Priority; Planing; Program Implementation*

#### INTRODUCCIÓN

Los "Derechos del Niño", aprobados por la Organización de Naciones Unidas en 1989, y ratificados por el Parlamento Español en 1990, otorgan por primera vez un papel protagonista al menor en la sociedad, y reconocen que la infancia debe ser atendida en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, en lugares apropiados, y por profesionales cualificados especialmente para esta etapa de la vida.

La Ley General de Sanidad española y el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica expresan el carácter especial de los problemas relativos a la salud mental infantil, y considera que las medidas existentes resultan deficitarias y sin un marco global de planificación y ordenación en el seno del sistema de cuidados de salud mental. De esta forma se constata que la psicopatología del niño y del adolescente tiene unas peculiaridades que la diferencian significativamente de la del adulto.

En la Comunidad de Cantabria, la Ley de Salud Mental ha creado un programa de atención a los problemas de salud mental del niño y del adolescente. En el nuevo Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria 1998-2000, aprobado por el Consejo de Gobierno de fecha 30 de abril de 1998, se contempla la atención a estos problemas (programa 10), mediante la creación de una red de unidades de salud mental infanto-juveniles.

Como resultado de esta actuación la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Diputación de Cantabria ha creado el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil (SMIJ) en Octubre de 1998, con un equipo de profesionales sanitarios (3 psicólogos y 3 psiquiatras). La prime-

ra tarea de este equipo ha sido la elaboración de un estudio de necesidades y de un proyecto general de actuación en el campo de la Salud Mental de niños y adolescentes. El Estudio de Necesidades y el proceso de Priorización se resumen en el presente artículo.

#### ESTUDIO DE NECESIDADES

La evaluación de la situación actual de la atención a la SMIJ se ha realizado a través de un estudio de necesidades. A través de este estudio se han valorado los recursos de la comunidad y las deficiencias del sistema asistencial en esta área. Para elaborar esta parte del proyecto se han recabado datos sociodemográficos y epidemiológicos, se ha contactado con profesionales de diferentes ámbitos en contacto con la población objeto y se han recogido experiencias de otras regiones.

#### Aspectos Sociodemográficos

La Comunidad Autónoma de Cantabria, localizada en la comisa septentrional de la Península Ibérica, ocupa una extensión de 5.321 Km cuadrados, siendo su población de 527.326 habitantes (INE 1991). Es una región con una orografía montañosa que tradicionalmente, exceptuando la franja litoral llana, ha dificultado las vías de comunicación.

De acuerdo con los datos aportados por el INE, en 1991 la población entre 0 y 14 años era de 96628 habitantes, y la de 15 a 19 de 42183 habitantes. Las previsiones del I.N.E para el año 2.005 son de 99.772 habitantes en el grupo de edad comprendido entre los 0 y los 19 años, un 19% del total (Plan Regional de Salud Mental Infanto Juvenil de Cantabria 1997).

En la tabla 1 aparecen los datos estimados para 1997 a partir de los datos de 1991.

#### Recursos Socio-Sanitarios Destinados a la Poblacion Infanto Juvenil

El presente apartado resume los recursos sanitarios, sociales, educativos y judiciales de la comunidad de Cantabria para la población de 0 a 18 años.

*Recursos sanitarios:* El territorio de nuestra comunidad autónoma está dividido en demarcaciones geográficas. Existen cuatro áreas de salud, con responsabilidades tanto en cuanto a la atención primaria de la salud, como a la especializada: Santander, Laredo, Reinosa y Torrelavega. Los pediatras atienden a la población de 0 a

**Tabla 1** Tasas de población de Cantabria por intervalos de edad. (Tomado del INE 1991)

	TASAS 1991	TASAS 1997
<i>Población Total</i>	527.326 habs.	526.541 habs.
<i>15-19 años</i>	42183 8%	38947 7,4%
<i>10-14 años</i>	41454 7,8%	29370 5,5%
<i>5-9 años</i>	31441 6%	23102 4,4%
<i>0-4 años</i>	23733 4,5%	20978 4%
<i>Total 0-19 años</i>	138811 (36,3%)	112397 (21,3%)

14 años y están incorporados al sistema de Atención Primaria de la Salud. A partir de los 15 años la población es atendida por el médico de familia.

La Residencia Cantabria, situada en Santander, es el hospital general materno- infantil. En ella se realizan los ingresos pediátricos (0-14 años) de toda la región así como la atención ambulatoria pediátrica especializada. A partir de los 15 la atención especializada y hospitalaria se realiza en los diferentes dispositivos generales de adultos. A nivel hospitalario no existe un servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil, habitualmente no se llevan a cabo labores de interconsulta, ni está establecido un Servicio de Psiquiatría de Enlace.

*Recursos sociales:* La Dirección General de Bienestar Social cuenta con servicios sociales comunitarios y con servicios específicos. Los servicios sociales comunitarios son desarrollados en 29 Unidades Básicas de Acción Social (U.B.A.S) que atienden a 102 Ayuntamientos de la región. Las U.B.A.S dependen orgánicamente de los ayuntamientos y funcionalmente del Gobierno Regional. Entre los servicios específicos, la Dirección General de Servicios Sociales cuenta con tres residencias de acogida para niños. Por otra parte existen diferentes asociaciones e instituciones que tienen conciertos y subvenciones, tanto de la Diputación como de diferentes organismos públicos. En algunas de ellas, se llevan a cabo funciones de apoyo asistencial, intervenciones familiares, funciones de acogimiento, etc. El Ayuntamiento de Santander tiene un Departamento de Prevención a cargo de un psicólogo social. Existen otros profesionales del ámbito social dependientes de diferentes ayuntamientos de la región.

*Recursos educativos:* Dentro del ámbito educativo, el Ministerio de Educación y Ciencia dispone de un Equipo

de Atención Temprana y de varios Equipos de Orientadores Escolares de Primaria, Secundaria y Bachillerato. En algunos centros escolares se contrata asistencia psicológica con gabinetes privados. Existen cuatro colegios de Educación Especial. Como consecuencia de la falta de dispositivos específicos de SMII, gran parte de la patología mental severa está sumergida en colegios especiales e instituciones que tienen una función más educativa que sanitaria. Existe un departamento de Salud Escolar, perteneciente a la Diputación Regional, encargado del desarrollo de programas preventivos.

*Recursos "Jurídicos":* En el ámbito judicial, la Fiscalía de Menores, cuenta con un equipo de apoyo técnico, constituido por una psicóloga, una asistente social y una educadora de calle.

### Organización de la Red Pública de Salud Mental

En la actualidad, la mayor parte de la población infanto-juvenil de Cantabria que requiere atención especializada en salud mental, es asumida por los mismos profesionales y en los mismos centros que los adultos. Las Unidades de Salud Mental en la región son cinco, de las cuales 4 dependen del INSALUD y una de la Diputación Regional. En todas las Unidades son los psicólogos quienes asumen la asistencia de la población entre 0 y 18 años, aunque esto no excluye la colaboración con enfermería y derivaciones a psiquiatría para apoyo psicofarmacológico.

Sólo existe en Cantabria un dispositivo ambulatorio específico de Salud Mental infanto-juvenil. Depende del Ayuntamiento de Santander y está constituido por 1 psiquiatra y 1 psicólogo. Su área de influencia es únicamente la población urbana de Santander y ocasionalmente recibe pacientes del resto de la región.

El Hospital Marqués de Valdecilla cuenta con un equipo de profesionales del Servicio de Psiquiatría, que mantiene desde hace años un programa de atención a los trastornos de la conducta alimentaria de todas las edades.

Los ingresos psiquiátricos agudos en menores de 14 años son raros y cuando se requieren se realizan en el área de pediatría. Los ingresos de adolescentes se realizan en la unidad de corta estancia del servicio de Psiquiatría del Hospital Marqués de Valdecilla.

Actualmente no existe un dispositivo específico que atienda a esta población, por lo que la asistencia a los problemas psíquicos de la infancia y la adolescencia en Cantabria es prestada por distintos servicios dependientes de diversas estructuras administrativas. La coordinación entre estos dispositivos es insuficiente y apenas

238 existen protocolos y programas que garanticen un abordaje integral de los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente. Se hace imprescindible la creación de un servicio de salud mental infanto-juvenil, que se coordine con las instituciones relacionadas con el menor, y que garantice una derivación y comunicación fluida con los diferentes dispositivos asistenciales.

La orografía de la región determina una distribución desigual de la población y genera dificultades en el acceso a los servicios en algunas zonas. A la hora de decidir la ubicación del dispositivo específico de SMIJ, deben tenerse en cuenta estas condiciones para facilitar la accesibilidad de todos los usuarios.

### Epidemiología de los Trastornos Mentales en la Infancia y Adolescencia.

Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de psicopatología en la población infanto-juvenil, la mayoría llevados a cabo fuera de nuestras fronteras. No obs-

tante, no son de esperar variaciones sustanciales en las cifras de prevalencia, y son de utilidad a la hora de planificar la provisión de servicios.

En la tabla 2 se recogen los porcentajes de prevalencia obtenidos para diferentes síndromes y el número de casos que hemos estimado para Cantabria. Las cifras son coincidentes en la mayoría de los estudios internacionales (Kurtz 1996; Mardomingo 1994), a pesar de que existen diferencias en cuanto a la metodología utilizada, y en los sistemas de clasificación, que dificultan su agrupación y lectura. Datos similares a los comentados ofrece un estudio realizado en nuestra región con población urbana, (M. Rivas 1989). Entre los 8 y los 15 años, se obtuvo una prevalencia global de psicopatología del 11,4%, siendo en los varones de un 14,48% y en las mujeres de un 8,12%.

A modo de resumen, la población entre 0 y 19 años estimada en Cantabria es de aproximadamente de 110.000 habitantes. Los datos de prevalencia de psicopatología de nuestra comunidad son similares a los encon-

**Tabla 2** Datos de prevalencia para diferentes síndromes

Síndromes	Prevalencia	Casos estimados en Cantabria *
Trastornos del estado de ánimo	- T. Depresivos 0,3-5% - T. Bipolares 0,6% de 14-18	- 300-5000 - 220
Trastornos de ansiedad	7,5% - 15,4%	- 7500-15400
Trastorno obsesivo-comp	0,35% - 0,70%	- 350-700
Trastornos gen. del desarrollo	- Autismo 2-5/10.000 - TGD atípico 1/200 - T Desintegrativo 2/10.000	- 20-50 - 500 - 20
Esquizofrenia	0,3 - 1%	- 300-1000
Trastorno hiperquinético	2,2% - 10%	- 2200-10000
Trastorno disociales	4% - 8%	- 4000-8000
Tentativas suicidas	2 - 4% de adolescentes	- 750-1500
Suicidio	7,6 por 100.000 entre 15 y 19 a.	- 2.8
Trastorno de la conducta alimentaria	- Anorexia 0,55-1% - Bulimia 1%	- 500-1000 - 1000
Trastorno de tics	10 - 13%	- 10000-13000
Trastornos del control de esfínteres	- Eneuresis 1-8% - Encopresis 0,3-2%	- 1000-8000 - 300-2000

\* Cifras estimadas sobre una población aproximada de 100.000 habitantes 0 a 18 años en nuestra región. Para los adolescentes entre 14 y 18 se calcula en aproximadamente 36000 habitantes. (Vease también la tabla X)

trados en otros países y regiones de nuestro entorno. Por tanto entre 10.000 y 25.000 niños y adolescentes de nuestra región son susceptibles de presentar, en algún momento, un problema que motive una demanda específica de evaluación y/o tratamiento en Salud Mental.

### **Necesidades percibidas por los profesionales en contacto con la población infanto-juvenil**

Como parte del análisis de las necesidades de Cantabria se utilizó la "técnica de enfoque a través de informadores clave". Siguiendo este método se contactó con los profesionales de la comunidad en contacto con la población en estudio, y considerados expertos en diferentes ámbitos de la vida del niño y del adolescente (Tabla 3). Los datos obtenidos sirvieron además para completar la información sobre los recursos anteriormente descritos.

En los dispositivos relacionados con la salud mental se visitó a todos los psicólogos que trabajan con niños. En el resto de profesionales, pediatras, médicos de familia, orientadores, pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, educadores de calle, la elección se realizó al azar, y en algunos casos por su accesibilidad y disponibilidad.

**Tabla 3 Profesionales seleccionados en los diferentes ámbitos**

#### *Sanitario*

Criterio: Expertos en salud mental que están asistiendo niños y adolescentes.

- Psicólogos de las Unidades de Salud Mental.
- Psicólogos de Hospital General.
- Especialistas en pediatría y neuropediatría del Hospital General.
- Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil del Ayuntamiento de Santander.
- Especialistas en pediatría y medicina de familia de los Centros de Atención Primaria del INSALUD.

#### *Escolar*

- Profesionales pertenecientes a los equipos de orientación de la Consejería de Educación.
- Profesionales de Atención Temprana.
- Servicio de Salud Escolar de la Consejería de Sanidad.

#### *Social*

- Profesionales del área del menor de la Dirección General de Bienestar Social.
- Asistentes sociales y educadores de calle pertenecientes a diferentes ayuntamientos.
- Representantes del departamento de prevención del Ayuntamiento de Santander.

#### *Judicial*

- Equipo de valoración psicológica de la fiscalía de menores.

**Tabla 4 Entrevista realizada a los informantes clave**

- ¿Aproximadamente cuántos pacientes nuevos hasta 18 años acuden al mes?
- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en esta población?
- ¿Quién suele hacer la demanda?
- ¿Existe algún tipo de protocolo o programa que se esté utilizando actualmente?
- ¿Qué problemas/carencias considera en la actualidad?
- ¿Cuáles son las necesidades que percibes?

El instrumento utilizado es una entrevista que consta de 6 preguntas abiertas con las que se pretende conocer, a través de las opiniones expresadas por los entrevistados, el funcionamiento actual de los diferentes dispositivos, así como los problemas y necesidades sentidas desde los mismos. (Véase tabla 4). La entrevista fue similar para todos los participantes, aunque se hizo necesario reformular algunas cuestiones para adaptarlas a los diferentes profesionales.

La mayoría de los profesionales consultados, a pesar de las diferentes perspectivas, coinciden en señalar la necesidad de crear dispositivos específicos de Salud Mental Infanto-Juvenil que atiendan población de 0 a 18 años a nivel ambulatorio, con un funcionamiento coordinado pero independiente de los servicios de adultos. En el ámbito hospitalario se considera preciso la atención a la interconsulta y la posibilidad de efectuar ingresos motivados por patología psiquiátrica en dicho grupo de edad. Desde los dispositivos no sanitarios se plantea el establecimiento de vías de derivación directa a SMIJ.

Los problemas a los que habría que dar respuesta son: patología severa, patología frecuente generadora de mucha demanda, y aquella que va asociada a elevada alarma social. La derivación por programas de patologías específicas parece complicada por las dificultades en establecer criterios claros de derivación. En este caso se plantea la necesidad de programas amplios y flexibles, o bien la opción de limitar por grupos de edades.

### **Experiencias de puesta en marcha y funcionamiento de Servicios de Salud Mental Infanto-juvenil de otras regiones.**

Otro aspecto a tener en cuenta para el desarrollo de este proyecto es la experiencia de la puesta en marcha de otros SMIJ en otras regiones así como su funcionamiento actual. Para ello se contactó con profesionales del País

240 Vasco, Navarra, Asturias y Galicia. También se consultaron documentos escritos de proyectos de Salud Mental Infanto-Juvenil de otras comunidades y se consideró la experiencia y formación de alguno de los integrantes del equipo en otras regiones y países de la CE.

La mayoría de los servicios de SMIJ funcionan como un segundo nivel, y en aquellos que funcionan como tercer nivel (Navarra, Andalucía) se hace por razones de escasez de recursos, aunque los propios profesionales consideran más idónea la organización como segundo nivel. En la mayoría de las Comunidades la demanda es abierta desde sanidad, servicios sociales, educación e incluso como demanda directa de los padres o tutores del menor.

La dotación habitual incluye asistencia ambulatoria en centros separados de los de adultos y adecuados a la población a la que se asiste. Casi todos cuentan con una sección de psiquiatría de enlace hospitalaria, que recibe demanda desde el propio hospital o desde las consultas externas de especialidades, y que depende del servicio de SMIJ o del de Pediatría. A pesar de la necesidad manifestada por muchos profesionales, la mayoría de las Comunidades carecen de dispositivos públicos específicos de ingreso psiquiátrico para niños y adolescentes. Hasta los 14 años suelen ingresar en los servicios de pediatría y el resto en psiquiatría de adultos.

Los profesionales que trabajan en SMIJ atienden generalmente población entre 0 y 18 años salvo en algunas regiones como Asturias en que el límite está en los 16 años. La dotación de recursos es heterogénea incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, y la queja de falta de recursos adecuados, sobre todo de personal, es la norma. Los equipos incluyen además de psiquiatras y psicólogos con formación específica, otros profesionales no sanitarios: asistentes sociales y auxiliares administrativos, imprescindibles para la adecuada atención a los problemas de salud mental de niños y adolescentes. La mayoría de los profesionales consultados consideran más adecuado, en caso de tener que priorizar, hacerlo por edades mejor que por programas de patologías concretas, debido a la menor dificultad en la derivación y en la organización interna del equipo.

Con respecto a las relaciones con otros servicios e instituciones, un aspecto a cuidar es la identidad del equipo de SMIJ, trabajando en colaboración pero independientemente de los servicios de psiquiatría de adultos y de pediatría. Una comunicación directa y fluida con los dispositivos de atención sanitaria y con el resto de las instituciones en contacto con niños y adolescentes facilita el trabajo y mejora la calidad de las derivaciones. Se subra-

yó la necesidad de mantener la calidad asistencial y la formación continuada del equipo de SMIJ, lo que redundará sin duda en beneficio del usuario del servicio.

Esta primera parte del proyecto ha servido, además de para obtener información necesaria en la posterior toma de decisiones, para tomar contacto con los diferentes profesionales que trabajan con niños y adolescentes, y dar el primer paso a la hora de establecer una adecuada comunicación, esencial para el desarrollo de la actividad de un equipo de SMIJ.

### **Determinación y Priorización de Necesidades.**

Como ya se ha comentado, el servicio de SMIJ de Cantabria está formado por 3 psicólogos clínicos y 3 psiquiatras. Este equipo se coordina con el del Ayuntamiento de Santander, formado por 1 psicóloga y 1 psiquiatra. Esta dotación de personal supone 1 profesional por cada 62000 habitantes. De acuerdo con las directrices de países europeos de nuestro entorno y similar desarrollo sanitario, ésta sería insuficiente para atender las necesidades de la población entre 0 y 18 años, que se calcula en torno a 11 profesionales para atender de 0-14 años, incluyendo todos los servicios enumerados en el plan Regional de Salud Mental con una aceptable calidad asistencial. Para asumir el período de los 15 a los 18 años serían precisos otros 10 profesionales clínicos, prácticamente duplicar el personal requerido. (Goodman 1997)

Teniendo en cuenta esta situación y la imposibilidad de abarcar toda la asistencia de la población infanto-juvenil, se plantea la conveniencia de determinar las necesidades prioritarias.

Partiendo del conocimiento de los problemas y necesidades obtenidas en la fase anterior, así como de la realidad y características propias de la región, el equipo procedió a la toma de decisiones para priorizar unas necesidades sobre otras. Este proceso implica una ordenación de las necesidades de tal forma que las más prioritarias se den respuesta en las primeras fases de la planificación y el resto sean progresivamente incorporadas en las sucesivas etapas del proyecto, en función de la disponibilidad de recursos.

Como punto de partida se han adaptado los criterios propuestos por Goodman (1996), que son los generalmente aceptados por los expertos. Los presentamos en la tabla 5.

Se plantean diferentes posibilidades a partir de los criterios señalados:

- Dar prioridad a una área geográfica.
- Dar prioridad a programas específicos para patologías concretas.

**Tabla 5** Criterios de priorización de necesidades en el campo de Salud Mental Infanto-Juvenil

- La importancia del problema: prevalencia, severidad/gravedad de los síntomas y consecuencias de los mismos para el niño y su entorno.
- Eficacia y aplicabilidad de las intervenciones disponibles.
- Colaboración con otras instituciones públicas (sociales, educativas) cuando la contribución del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil sea específica e insustituible.
- Igualdad de acceso al servicio: se pretende facilitar, en la medida de lo posible, el acercamiento del servicio de SMIJ a la población que lo demande sin discriminaciones por razones de sexo, cultura, nivel socioeconómico o residencia.
- Realidad socio-política de la región. Como ya se mencionó anteriormente la dotación de recursos materiales y humanos del Servicio de SMIJ de Cantabria es por el momento precaria, y ese factor justifica no solo la necesidad de priorizar sino también qué se debe priorizar.

- *Dar prioridad a un segmento de edad.*
- *Dar prioridad a un nivel de organización asistencial, adoptando un modelo de tercer nivel.*

Si optamos por establecer un único centro, Santander al ser el núcleo con mayor población sería la ubicación elegida. A priori este planteamiento contraviene el criterio de igualdad y accesibilidad de los usuarios a los servicios. La ubicación en tres centros, Santander, Torrelavega y Laredo, mejora considerablemente estos aspectos.

La posibilidad de trabajar limitando la demanda a través del establecimiento de programas en función de patologías concretas se consideró como la más adecuada en un principio. Su flexibilidad facilita el trabajo en la medida de las posibilidades del servicio y su eficacia es relativamente de fácil cuantificación. Sin embargo, conforme se analizaba la situación, y especialmente las opiniones de los informadores clave, se pusieron de manifiesto numerosas dificultades. Los diagnósticos son poco fiables y ello dificulta el establecimiento de criterios de

inclusión. Como consecuencia la derivación puede resultar complicada. Otro problema es el de aquellos casos derivados que al no encajar en los programas establecidos no pueden ser asumidos, generando descontento en la población y frustración en el profesional. Por todo ello, se cuestionó su aplicabilidad.

Por otra parte, la opción de establecer un límite de edad, de 0-14 años, presenta ventajas: el consumo de recursos entre los 0 y los 14 años es similar al que se produce entre los 15 y los 17. La organización sanitaria facilita que se atienda a este grupo de edad, ya que corresponde con su asistencia en el nivel pediátrico. La patología adolescente se asemeja más a la del adulto y es relativamente frecuente su continuidad, por lo que resulta más fácilmente tratable en las USM de adultos.

La elección de un segundo nivel de atención parece la más apropiada para la disponibilidad de recursos y la organización asistencial de nuestra región.

Finalmente en la etapa inicial se da prioridad a la labor asistencial sobre la preventiva. El trabajo asistencial en SMIJ tiene "per se" un marcado carácter preventivo, y además la prevención requiere una información previa que difícilmente puede adquirirse sin una adecuada labor asistencial.

#### *Agradecimientos:*

Queremos agradecer la colaboración prestada por todos los profesionales de los diferentes ámbitos de nuestra comunidad sin cuya aportación no hubiera sido posible la elaboración del presente documento.

Así mismo queremos agradecer la desinteresada colaboración del Dr Lasa, del Dr Pedreira Massa, y del equipo de SMIJ de Pamplona que contestaron pacientemente todas nuestras dudas y preguntas y nos dieron sabios y experimentados consejos

Al Dr J. Artal y al Servicio de Salud Mental de la Diputación de Cantabria que han confiado y nos han animado en nuestro trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Salud Mental de Cantabria, programa de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil. Santander 1997.
2. Memoria de Salud Mental: Atención Infanto-Juvenil, Subdirección de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud, 1997.
3. La organización de la Atención Especializada en Salud Mental Infantil, Instituto Andaluz de Salud Mental, Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, 1988.
4. Child and Adolescent Mental Health Services, Commission Role and Management of Child and Adolescent Mental Health Services, 1995.
5. Díaz González R. J & Hidalgo Rodrigo I. "Plan de gestión e integración de un servicio de psiquiatría en un área de salud", Servicio de Psiquiatría, N.S. de Sonsoles, Avila 1995.
6. Garralda M E., "Managing children with psychiatric problems", British Medical Journal Pub. Group, London. 1996.
7. Goodman R. Child and Adolescent Mental Health Services: reasoned advice to commissioners and providers", Maudsley Discussion Paper nº 4, London, 1997.
8. Goodman R. (1997) "Who needs child psychiatrist?" Child Psychology & Psychiatry Review, 2, nº1, 15-21.
9. Hughes T; Garralda ME; Tylee A. "Child Mental Health Problems", St Mary'S CAP London 1995.
10. Kurt. Z. National Mental Health "Treating children well", The Mental Health Foundation, London 1996.
11. Mardomingo MJ, "Psiquiatría del niño y del adolescente", Ed Díaz de Santos, Madrid, 1994.
12. Otero S. "La psiquiatría Infanto-juvenil: el modelo británico" Ponencia presentada en las Jornadas sobre Psiquiatría Infanto-Juvenil, Santander, Mayo 1997.
13. Pedreira Massa J.L: (coord.) "Documento de Acreditación Específica de psiquiatría y psicoterapia de la infancia y la adolescencia: una propuesta para España". Madrid, 1995.
14. Pedreira Massa J.L. "La epidemiología en Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y la adolescencia en la actualidad: límites y perspectivas", Rev. Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1995, 2, 120-126.
15. Pedreira Massa J.L. "La atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia: de la planificación a la realidad". Ponencia presentada en las Jornadas sobre Psiquiatría Infanto-Juvenil, Santander, Mayo 1997.
16. Pineault R. & Daveluy C. "La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias" Ed. Masson, Barcelona 1989.
17. Rivas Terán M. "Psicopatología de la edad escolar". Ed. Universidad de Cantabria, Santander 1995.
18. W.H.O. Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña, 1989, (trad. esp. de ADIN).

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

Jefa de la Sección. Psiquiatría Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
Profesora Asociada. Universidad Complutense de Madrid.

**Correspondencia:**

M<sup>a</sup>. J. Mardomingo  
Sección de Psiquiatría Infantil  
Hospital Gregorio Marañón  
Doctor Esquerdo, 46  
28007 Madrid.

Inhibidores selectivos de la  
recaptación de serotonina.  
Reacciones adversas en  
niños y adolescentes

*Selective serotonin  
reuptake inhibitors.  
Side effects in children  
and adolescents.*

**RESUMEN**

La aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ha supuesto un considerable avance en psiquiatría en la medida que estos fármacos tienen en principio menos reacciones adversas, menor toxicidad cuando se toman en dosis excesiva, y por tanto menor riesgo de suicidio, y un número más amplio de indicaciones. El objetivo de este artículo es revisar las reacciones adversas en niños y adolescentes. Las conclusiones son que, de modo similar a lo constatado en adultos, los ISRS son eficaces en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes, especialmente trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastorno obsesivo-compulsivo, con escasas reacciones adversas y buena tolerancia a corto plazo, no obstante queda pendiente de estudio la seguridad a largo plazo, la farmacocinética y las indicaciones precisas de acuerdo con la eficacia demostrada.

**PALABRAS CLAVE**

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; antidepresivos tricíclicos; psicofarmacología; reacciones adversas.

**ABSTRACT**

*The advent of the selective reuptake inhibitors (SSRIs) has been a major advance in psychiatry as it seems that they do have fewer side effects, lower toxicity in overdose and a potentially broader range of clinical indications. The goal of this article is to review the safety and side effects of the use of SSRIs in children and adolescents. The conclusions are that as in adults, also in children and adolescents SSRIs are potentially useful in treating a variety of psychiatric disorders, specially anxiety disorders, depressive disorders and obsessive-compulsive disorder. Available data suggest that the safety of these medications is good in the short time, but further research is essential to provide the necessary information on the efficacy, safety on the long time, and pharmacokinetics.*

**KEY WORDS**

*Selective serotonin reuptake inhibitors; tricyclic antidepressants; psychopharmacology; side effects.*

## 244 INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas de los fármacos, tan antiguas como la propia medicina, han cobrado renovado interés en los últimos años a medida que han ido surgiendo nuevos principios activos con mayor actividad farmacológica y que en determinados casos poseen un índice terapéutico bajo, es decir, en los que la dosis eficaz está muy cerca de la dosis tóxica. Estas dos circunstancias confieren especial complejidad al hecho de su prescripción. Por otra parte, el aumento del nivel económico y cultural de las sociedades occidentales, la socialización de la medicina y la incorporación de un concepto de la calidad de vida que implica la salud y el bienestar personal como condiciones básicas, ha aumentado la demanda de medicamentos por parte de amplias capas de población y la exigencia de la mayor seguridad y del menor riesgo en su administración [Velasco-Martín, 1997]<sup>1</sup>. La experiencia de la talidomida en los años sesenta fue el gran revulsivo que puso en primer plano la necesidad ineludible de conocer perfectamente las reacciones adversas de un fármaco antes de aprobar su utilización.

En el caso de los psicofármacos la vertiente neuropsicológica de muchos de sus efectos adversos es uno de los motivos principales de abandono del tratamiento por parte del paciente y de suspensión de la medicación por parte del médico [Brown y Stondemire A, 1998]<sup>2</sup>. Conocer bien estas posibles formas de respuesta y compartir con el paciente esta información de manera apropiada, es muchas veces una garantía del buen cumplimiento y de la buena evolución del trastorno.

Los nuevos psicofármacos tienen entre sus objetivos prioritarios producir menos efectos adversos, ser mejor tolerados y contribuir al buen cumplimiento del tratamiento aumentando su eficacia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ofrecerían estas ventajas frente a los antidepresivos cíclicos clásicos al tener menor afinidad por los receptores colinérgicos, noradrenérgicos e histaminérgicos. En este trabajo se comparan las reacciones adversas de antidepresivos cíclicos como la imipramina y la clomipramina, que cuentan ya con una amplia experiencia, con ISRS del tipo de la fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina que se utilizan en adultos desde hace varios años y han empezado a estudiarse más recientemente en los niños y adolescentes. Los trabajos realizados en este grupo de edad son todavía escasos, y rara vez se trata de muestras amplias con grupo control, no obstante tiene interés ir constatando los primeros resultados para que sean de utilidad en la práctica clínica diaria [Mardomingo et al. 1997; Toro et al., 1998]<sup>3,4</sup>.

## TIPOS DE REACCIONES ADVERSAS

La definición de reacción adversa de la OMS es la de toda respuesta perjudicial a un medicamento que no se busca y que aparece a las dosis habituales que se emplean en el hombre para el tratamiento, la profilaxis o el diagnóstico. Dicho de forma sencilla sería todo efecto indeseable de un medicamento excluyendo la intoxicación premeditada y el consumo abusivo intencionado.

Las reacciones adversas dependen, por una parte, de la farmacocinética y farmacodinamia del producto, la dosis y las características individuales del sujeto, y por otra del método de evaluación y de la fuente de información empleados. Otro factor no menos importante es el tipo de relación médico-paciente y la explicación dada por el médico acerca de las ventajas e inconvenientes de seguir o no el tratamiento. Esta explicación es siempre necesaria en el caso de los adultos y es imprescindible en el caso de los niños. Supone implicar al paciente y a los padres en la toma de decisiones, asegurar el carácter ético de todo acto médico y respetar los derechos del paciente. Podría añadirse que también supone salvaguardar los derechos del médico, reconociendo el carácter relativo de los medios con que cuenta para combatir la enfermedad y aliviar el sufrimiento [Mardomingo, 1997]<sup>5</sup>.

Las reacciones adversas pueden tener un carácter transitorio, requerir la suspensión del fármaco, o precisar del tratamiento a su vez de los síntomas molestos. En líneas generales se clasifican en dos tipos: de tipo cuantitativo y de tipo cualitativo. Las primeras dependen de la dosis de fármaco y se deben por tanto a una dosis excesiva o a una susceptibilidad especial por parte del sujeto que determina la intolerancia a esa medicación. Pueden evitarse ajustando correctamente la dosis a las pautas terapéuticas aceptadas por la comunidad científica y a las características individuales del paciente. Las reacciones adversas cualitativas no dependen de la dosis y se deben a una idiosincrasia particular del paciente. Se trata, por tanto, de una respuesta atípica, que tiene bases genéticas y mecanismos inmunológicos y que no se observa en la mayoría de las personas que toman esa misma medicación.

## REACCIONES ADVERSAS EN ADULTOS

Las reacciones adversas de los antidepresivos cíclicos están estrechamente ligados a su afinidad por los receptores colinérgicos, noradrenérgicos e histaminérgicos y en términos generales suelen ser dependientes de la dosis aunque

**Tabla 1** Reacciones adversas de los antidepresivos cíclicos

<i>Cardíacas y autonómicas</i>	Hipotensión ortostática Mareo Hipertensión Taquicardia Prolongación QT Bloqueo cardíaco
<i>Anticolinérgicas</i>	Sequedad de boca Retención urinaria Visión borrosa Estreñimiento Confusión Dificultades de memoria Taquicardia
<i>Neuropsiquiátricas</i>	Exacerbación de síntomas psicóticos y maníacos Dificultad de memoria Inquietud psicomotriz Mioclonos Temblores Síntomas extrapiramidales
<i>Otras</i>	Sedación Aumento de peso Disfunciones hepáticas Disfunciones sexuales

también pueden darse reacciones de tipo idiosincrásico. Las reacciones adversas más frecuentes son: Cardíacas y autonómicas, Anticolinérgicas, Neuropsiquiátricas y otras del tipo de sedación, aumento de peso y disfunciones hepáticas y sexuales (Tabla 1) [Mardomingo, 1997; Davis, 1991]<sup>6,7</sup>.

Los ISRS potencian la función serotoninérgica, inhiben la dopaminérgica y tienen una ligera acción anticolinérgica, lo que explica su perfil de reacciones adversas que se caracteriza por producir menos reacciones anticolinérgicas, cardíacas y autonómicas que los antidepresivos cíclicos y más reacciones gastrointestinales, cefaleas, insomnio, disfunción sexual, inquietud psicomotriz y síntomas extrapiramidales. La nefazodona, un inhibidor de la recaptación de serotonina y en menor grado de norepinefrina, y la venlafaxina, un potente inhibidor de la recaptación de ambos neurotransmisores, tienen un perfil de reacciones adversas similar a los ISRS con alguna reacción propia de los antidepresivos cíclicos [Brown y Stondemire, 1998]<sup>2</sup>. En estudios controlados con placebo en adultos, la imipramina produce sedación (17,5%) sequedad de boca (50%), estreñimiento (26,5%), somnolencia (25,5%) y nerviosismo (20%) como reacciones adversas más destacadas; la fluoxetina produce náuseas (11%), disfunción sexual (15%), nerviosismo (10,3%) e

insomnio (6,7%); la paroxetina produce náuseas (16%), somnolencia (14,3%), disfunción sexual (15%), mareos (7,8%), sudoración (8,8%) e insomnio (7,1%); la sertralina produce disfunción sexual (15%), sequedad de boca (7%), náuseas (14,3%), diarrea (18,4%) somnolencia (7,5%) e insomnio (7,6%); y la venlafaxina produce náuseas (26%), somnolencia (14%), mareos (12%), nerviosismo (12%), sequedad de boca (11%), disfunción sexual (19%) y sudoración (9%) [Branconnier et al., 1983]<sup>8</sup>, [Dubar et al., 1991]<sup>9</sup>, [Preskorn, 1995]<sup>10</sup>. En términos globales los antidepresivos cíclicos darían reacciones adversas en el 16% de los pacientes, los ISRS en el 8% y la venlafaxina en el 10%; y todos ellos serían potencialmente capaces de producir cada una de las reacciones descritas. El perfil de efectos adversos de los ISRS se presenta de esta forma con evidentes ventajas respecto de los antidepresivos cíclicos, no obstante debe mantenerse la cautela, y no sacar todavía conclusiones definitivas como se deriva de algunos estudios de metaanálisis que comprueban que el abandono de la medicación a causa de los efectos adversos no es mayor en los pacientes tratados con antidepresivos cíclicos que en los tratados con ISRS [Song et al., 1993]<sup>11</sup>.

## REACCIONES ADVERSAS EN ADOLESCENTES

Los trabajos sobre reacciones adversas de los antidepresivos en niños y adolescentes no cuentan con estudios controlados con placebo suficientemente amplios y suelen centrarse en las reacciones adversas observadas a corto plazo. En el caso de los antidepresivos cíclicos las reacciones adversas más comunes son anticolinérgicas (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento), hipotensión ortostática, sedación, aumento de peso, mareo, descenso del umbral

**Tabla 2** Efectos cardiovasculares de los antidepresivos cíclicos en niños y adolescentes

Fármaco	Clomipramina	Imipramina	Nortriptilina
N	47	181	119
Edad Media	14	12	11
Diagnóstico	TOC	Depresión; T. Hipericinético	Depresión; T. Hipericinético
Dosis mg/Kg	3,1	3,8	1,5
Taquicardias sinusal	36	16	61
Bloqueo atrioventricular	0	1,8	0
Defectos conducción intravent.	2	3	14
Prolongación QT	11	16	17

246

**Tabla 3** Reacciones adversas de la clomipramina y fluoxetina*Leonard et al., 1989; experiencia propia*

Clomipramina	Sequedad de boca
	Somnolencia
	Mareo
	Fatiga
	Temblor
	Cefaleas
	Estreñimiento
	Anorexia
	Dolores abdominales
	Dispepsia
	Insomnio

*Birmaher et al., 1994; Geller et al., 1993*

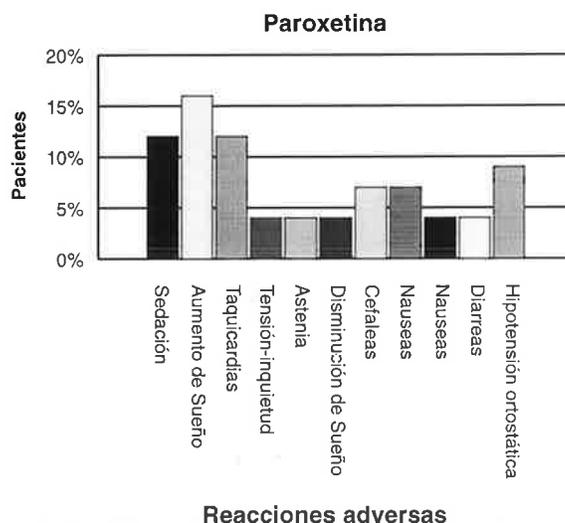
Fluoxetina	Molestias gastrointestinales
	Insomnio
	Inquietud psicomotriz (?0-50%; imipramina 21%)
	Agitación
	Lentitud motriz
Manía	

convulsivo, mioclonos y estado confusional. Estos fármacos también pueden desencadenar síntomas maníacos e hipomaníacos [Geller et al., 1993]<sup>12</sup> y aunque a dosis terapéuticas no afectan la memoria ni las funciones cognitivas, a dosis elevadas pueden dar trastornos de este tipo [Preskorn et al., 1988]<sup>13</sup>. Los efectos cardiovasculares son uno de los apartados que ha producido mayor preocupación. La taquicardia sinusal, que afecta aproximadamente a un tercio de los casos, los defectos de conducción intraventricular y la prolongación del espacio QT son los más frecuentes (Tabla 2) [Wilens et al., 1996]<sup>14</sup>. Otros efectos cardiovasculares son hipertensión arterial, prolongación de los espacios PR, QRS y QT, hipotensión ortostática y más raramente arritmias cardíacas. Todas estas reacciones adversas pueden paliarse disminuyendo la dosis, no obstante, los antidepresivos tricíclicos no deben administrarse cuando el paciente sufre enlentecimientos de la conducción, trastornos del ritmo o cardiopatías. Otra medida de gran utilidad para evitar las reacciones adversas es instaurar la dosis final de fármaco de forma lenta y progresiva, así como suspenderla a lo largo de un periodo de 6 – 8 semanas.

Los ISRS han irrumpido como los fármacos de elección en el tratamiento de la depresión en los niños y adolescentes dada su eficacia antidepresiva, levedad de las reacciones adversas, comodidad de administración y escaso riesgo de muerte en caso de sobredosis. Las reacciones adversas suelen depender de la dosis administrada y tienen carácter transitorio en muchos casos. En la Tabla

3 se comparan las reacciones adversas de la clomipramina y la fluoxetina observándose el predominio de la somnolencia y la sequedad de boca en la clomipramina y las molestias gastrointestinales, el insomnio y la inquietud psicomotriz en la fluoxetina [Leonard et al., 1989]<sup>15</sup>, [Birmaher et al., 1994]<sup>16</sup>, [Geller et al., 1993]<sup>12</sup>, [Aiddle et al., 1992]<sup>17</sup>. El efecto activador de la fluoxetina y de otros ISRS puede dar origen a cuadros de intenso nerviosismo, agresividad, impulsividad, dificultades de concentración y agitación que semejan en ocasiones un episodio maníaco y que requieren un correcto diagnóstico diferencial, sin olvidar que los ISRS pueden desencadenar cuadros maníacos e hipomaníacos en sujetos vulnerables.

La paroxetina se caracteriza por un mayor efecto sedante que la fluoxetina. En un estudio abierto de 25 adolescentes con depresión, sólo en dos casos fue necesaria la suspensión del fármaco por los efectos adversos, en un caso por mareo e hipotensión y en el otro por ansiedad durante la segunda semana de tratamiento. Otros efectos adversos fueron: sedación 12%, astenia 15%, náuseas 12%, cambios en el sueño 4% y diarreas 4% (Figura 1) [Rodríguez-Ramos et al., 1996]<sup>18</sup>. Un 68% de los pacientes no presentó ningún síntoma adverso con buena tolerancia al fármaco. En otro estudio abierto de 55 niños tratados con 15 mg/día de paroxetina, el 90% no experimentó efectos adversos y sólo el 9% experimentó vómitos, ansiedad, nerviosismo, náuseas o dolores abdominales que tuvieron un carácter transitorio [Rey-Sánchez y Gutiérrez Casares, 1997]<sup>19</sup>.

**Figura 1.** Reacciones adversas de la paroxetina en adolescentes

Las reacciones adversas de la sertralina en niños y adolescentes parecen similares a las previamente reseñadas. En un estudio multicéntrico controlado con placebo de 187 pacientes diagnosticados de TOC y tratados con una dosis de 200 mg/día de sertralina, las reacciones adversas observadas y que alcanzan un grado de significación de al menos 0.05% frente al placebo son: insomnio 37%, náuseas 17%, agitación 13%, temblor 7% y suspensión 13% [March et al., 1988]<sup>20</sup>. En estudios abiertos y con dosis de 50-200 mg/día las reacciones adversas son similares con predominio de las molestias gastrointestinales y el insomnio [Alderman et al., 1998]<sup>21</sup> [Rodríguez-Ramos y Mardomingo, 1998]<sup>22</sup>. En un seguimiento posterior durante cinco años de los pacientes, aunque ciertamente el número es muy reducido, la tolerancia de la medicación seguía siendo buena<sup>23</sup>.

Un único trabajo con venlafaxina se ha llevado a cabo en niños y adolescentes afectados de depresión mayor y con un diseño doble-ciego controlado con placebo. Los resultados sugieren una buena tolerancia al fármaco siendo las náuseas y el aumento del apetito las dos reacciones adversas dignas de reseñarse; no obstante, hay que señalar que las dosis de venlafaxina fueron bajas (75 mg/día) y no se observó mejoría de la sintomatología depresiva superior a la obtenida con placebo [Mandoki et al., 1997]<sup>24</sup>.

## CONCLUSIONES

Los ISRS se están convirtiendo en los últimos años en fármacos de uso común por parte de los psiquiatras infantiles y pediatras siendo eficaces en la práctica clínica en el tra-

tamiento de la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y el TOC. La sencillez de administración, levedad de las reacciones adversas y eficacia terapéutica sugiere que su empleo seguirá en aumento, no obstante es fundamental destacar que todavía no son fármacos perfectamente conocidos. El perfil de reacciones adversas es similar en principio al que se da en los adultos, no obstante, en el caso de los niños y adolescentes la práctica clínica recomienda prestar especial atención a los cuadros de inquietud y excitación que suelen aparecer en las primeras fases de la medicación y son enormemente molestos para el niño y la familia y a las reacciones adversas que aparecen más a largo plazo, de forma insidiosa y que se traducen en apatía, letargia o desinhibición. Existe el peligro de que se confundan con una recidiva de los síntomas o con la aparición de síntomas nuevos. Otra faceta a considerar es la necesidad de que el médico conozca las posibles interacciones medicamentosas.

El estado actual de la investigación de los ISRS en los niños y adolescentes se caracteriza porque existen todavía pocos trabajos controlados con placebo y en algunos ni siquiera constan las reacciones adversas [Emslie et al., 1997]<sup>25</sup>. En cualquier caso, tampoco hay que olvidar que la metodología de los estudios de investigación condiciona el tipo de resultados que se obtienen y que no siempre son útiles en la práctica clínica. Sería necesario el planteamiento de métodos más audaces y adecuados.

Todavía queda por establecer en qué trastornos y bajo qué circunstancias deben prescribirse ISRS o tricíclicos y cual de ellos sería según los casos el fármaco de preferencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Velasco-Martín A: Introducción a la psicofarmacología del niño y del adolescente. En Mardomingo MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco-Martín A: Psicofarmacología del niño y del adolescente. Madrid, Díaz de Santos, 1997, 1-44.
- 2 Brown TM, Soudemire A: Psychiatric side effects of prescription and over-the counter medications. American Psychiatric Press, Washington DC, 1998.
- 3 Mardomingo MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco A: Psicofarmacología del niño y del adolescente. Madrid, Díaz de Santos, 1997.
- 4 Toro J, Castro J, García M, Lázaro L: Psicofarmacología de la infancia y adolescencia. Barcelona, Masson, 1998.
- 5 Mardomingo MJ: Pautas generales del tratamiento con psicofármacos. En Mardomingo MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco-Martín A:

- Psicofarmacología del niño y del adolescente. Madrid, Díaz de Santos, 1997, 45-50.
- 6 Mardomingo MJ: Antidepresivos. En Mardomingo MJ, Rodríguez-Ramos P, Velasco-Martín A: Psicofarmacología del niño y del adolescente. Madrid, Díaz de Santos, 1997, 101-140.
  - 7 Davis DM: Textbook of adverse drug reactions. 4th Edition, Oxford University Press, Oxford 1991.
  - 8 Branconnier RJ, Cole JO, Ghazvinian S: Clinical pharmacology of bupropion and imipramine in elderly depressives. *J Clin Psychiatry*. 1983; 44:130-133.
  - 9 Dunbar GC, Cohn JB, Feighner JP, et al: A comparison of paroxetine, imipramine and placebo in depressed outpatients. *Br J Psychiatry*. 1991; 159:394-398.
  - 10 Preskorn SH: Comparison of the tolerability of bupropion, fluoxetine, imipramine, nefazodone, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56 (suppl 6):12-21.
  - 11 Song F, Freemantle N, Sheldon TA et al., Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of efficacy and acceptability. *Br Med J*. 1993; 306:683-687.
  - 12 Geller B, Fox LW, Fletcher M. Effect of tricyclic antidepressants on switching to mania on the onset of bipolarity in depressed 6- to 12-year-olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32 (1):43-50.
  - 13 Preskorn SH, Weller E, Jerkovich G, et al. Depression in children: concentration dependent CNS toxicity of tricyclic antidepressants. *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24:275-279.
  - 14 Wilens T, Biederman J, Baldessarini J, et al. The cardiovascular effects of tricyclic antidepressants in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:1491-1501.
  - 15 Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL et al. Treatment of obsessive compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46:1088-1092.
  - 16 Birmaher B, Waterman GS, Ryan N et al. Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33:993-999.
  - 17 Riddle MA, Scahill L, King RA et al, Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31:1062-1060.
  - 18 Rodríguez-Ramos P, de Dios JL, San Sebastián J, Sordo L, Mardomingo MJ. E. Effects of paroxetine in depressed adolescents. *European Journal of Clinical Research*. 1996; 8:49-61.
  - 19 Rey-Sánchez F, Gutiérrez-Casares JR. Paroxetine in children with major depressive disorder: an open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:1443-1447.
  - 20 March JS et al. Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A multicenter randomized controlled trial. *JAMA*. 1998; 280:1752-1785.
  - 21 Alderman J, Wolkow R, Chung M, Johnston H. Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder or depression: pharmacokinetics, tolerability, and Efficacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37:386-394.
  - 22 Rodríguez-Ramos P, Mardomingo MJ: Respuesta a la sertralina en adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat*. 1998; 26, 17-21.
  - 23 Rodríguez-Ramos P, Mardomingo MJ: Obsessive adolescents with sertraline growing-up: A 3-5 year follow-up (remitido para publicación).
  - 24 Mandok M, Tapia MR, Tapia MA, Summer G, Parker J; Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997; 33 (1), 149-154.
  - 25 Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T, Reintelmann J: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:1031-1037.

E. Masdeu  
S. Xicoy  
M<sup>a</sup>. C. Jané  
E. Doménech

## Evaluación de los trastornos de conducta en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios

Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.  
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.  
Universitat Autònoma. Barcelona.

### *The conduct disorders in preschoolers, instruments evaluation: review of questionnaires, scales and inventory*

**Correspondencia:**

E. Doménech-Llaberia  
M<sup>a</sup>. C. Jané Ballabriga  
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.  
Universitat Autònoma de Barcelona. Edificio B.  
08193 Bellaterra

## RESUMEN

Los trastornos de conducta en la edad preescolar constituyen un serio problema en psicología infantil. Muchas de las conductas desadaptadas observables y surgidas de manera esporádica en el transcurso del desarrollo no se consideran de riesgo desde un punto de vista psicopatológico ni social. No obstante, si éstas persisten y continúan manifestándose, pueden alterar la conducta del niño y su entorno más próximo.

A pesar de la existencia de diversas técnicas de evaluación, son pocas las que miden específicamente este trastorno en niños preescolares. Debido a ello, es necesario elaborar instrumentos que diagnostiquen únicamente esta psicopatología, y que al mismo tiempo permitan hacer una identificación precoz para facilitar la prevención y el tratamiento. De la actual investigación escalas como: Daily Child Behavior Checklist (DCBC, Furey y Forehand, 1983), Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI, Eyberg, 1980), Prosocial Behaviour Questionnaire (PSBQ, Weir y Duveen, 1981) y Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory (SESBI, Funderburk y Eyberg, 1989) cumplen la mayoría de los requisitos enumerados hasta el momento. No obstante, hace falta la adaptación de estos instrumentos para la población española; de manera que se facilite su uso, tanto en el campo de la investigación como también en el ámbito clínico.

## PALABRAS CLAVE

Trastorno de conducta; evaluación psicopatológica; instrumentos de evaluación; preescolar.

## SUMMARY

*The conduct disorders at preschoolers represent a serious by effects of child's psychology. Most of the watchable disruptive behaviors, and appeared sporadically during the development, are not considered to be of a high risk at the psychological and social levels. Nevertheless, if they continue and are severely shown, they may alter the child's behaviour and his nearest environment too.*

*However, many evaluation instruments exist, only a few of them exactly measure this alteration at preschoolers. So, it is necessary to create new instruments that exclusively diagnose this psychopathology and at the same time that allow us to make an early identification in order to facilitate the prevention and treatment. About the present investigation scales such as: the Daily Child Behavior Checklist (DCBC, Furey and Forehand, 1983), the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI, Eyberg, 1980), the Prosocial Behaviour Questionnaire (PSBQ, Weir and Duveen, 1981) and the Sutter-Eyberg Student*

250 *Behavior Inventory (SESBI, Funderburk and Eyberg, 1989) join up most of the requirements mentioned up to now. Nevertheless, a proper adaptation for Spanish population is needed in order to power its use, both for the investigation and clinic ambits.*

#### KEY WORDS

*Conduct disorders; psychopathologic evaluation; evaluation instruments; preschoolers.*

#### INTRODUCCIÓN

A menudo se utilizan muchos términos para describir el trastorno de conducta en los niños preescolares, pero en general, los clínicos coinciden en señalar los comportamientos caracterizados por: conductas desconfiadas, agresivas y rebeldes surgidas en los ambientes más próximos al niño, es decir, en casa y en el colegio.

Según Sánchez, Jiménez y Izquierdo (1994) estas alteraciones de la conducta consisten en comportamientos distorsionados, de carácter negativo y transgresores de las normas sociales.

Es importante tener presente que las conductas antisociales aparecidas de forma aislada en el transcurso del desarrollo no acostumbran a tener significación clínica ni social para una amplia mayoría de niños. Pero si estas conductas son extremas y no remiten con el paso del tiempo, pueden tener repercusiones graves para el propio niño y para el entorno en el que ha de integrarse (López y Cabaco, 1994).

Las manifestaciones del trastorno de conducta en el niño van cambiando en función de la edad. Algunos rasgos no se observan durante la primera infancia y otros se intensifican con el tiempo. A nivel evolutivo se pueden establecer dos periodos:

- Primera etapa (3-4 años): predominan las conductas obstinadas e intransigentes, observables a través de un constante humor negativo. Son niños con un carácter marcadamente serio, "caprichoso" y que no expresan placer de forma abierta. Demuestran poca o ninguna adaptación a los cambios, frecuentemente estallan en pataletas en lugares públicos y por ello son descritos como niños tozudos y contradictorios. Cuando el niño no consigue lo que quiere, insiste desmesuradamente y si no se sale con la suya no deja de quejarse hasta lograr su objetivo.

- Segunda etapa (5-6 años): a partir de esta edad se observan algunos problemas de atención y concentración, conductas de oposición y alteraciones de conducta

como mentiras, robos, etc. Buscan la atención continua del adulto, a pesar de que la forma para conseguir la atención no siempre sea la más indicada. La impulsividad y su pobre autocontrol son motivo de difíciles interacciones con los adultos y con su grupo de iguales, utilizando entonces la agresión verbal y física como medio para resolver estas situaciones conflictivas.

#### CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

Valorando la complejidad de estas alteraciones se han establecido diferentes sistemas de clasificación. Desde un punto clínico, se pueden señalar: la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R, 1987 y DSM-IV, 1995) y la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud, (CIE-10, 1992).

Si nos referimos al DSM-III-R (1987), el Trastorno de conducta esta clasificado en el Eje principal I, es decir, del Trastorno de conducta con inicio en la infancia y en la adolescencia. Establece tres tipos de alteraciones dependiendo de si la agresión física a los adultos o al grupo de iguales, es una actividad en grupo o en solitario, y finalmente se considera indiferenciado si los síntomas no se pueden incluir en ninguno de los grupos anteriormente citados.

Los criterios diagnósticos de la DSM-IV (1995) han sido modificados respecto la DSM-III-R. Para facilitar su utilización los ítems se han agrupado dependiendo de su temática, así el Trastorno disocial [312.8] se evalúa en función de la agresión a personas y animales, destrucción de propiedades, fraudulencia o robos y violaciones graves de las normas. También hay que mencionar que, en esta clasificación, se han incluido nuevos subtipos atendiendo a la edad de inicio del trastorno con la finalidad de facilitar la detección y atención precoz. Respecto al trastorno negativista desafiante [313.81] solamente señalar que, se ha eliminado el ítem del Criterio A ("utiliza un lenguaje obsceno").

La clasificación CIE-10 (1992), tiene unos criterios diagnósticos muy parecidos a la DSM-IV. Incluye los Trastornos disociales [F91] dentro del grupo de Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y en la adolescencia [F90-98]. Hay seis tipos de trastornos disociales: cuando se manifiesta principalmente en casa o en hay dificultades en las relaciones familiares se denomina trastorno disocial limitado al contexto familiar [F91.0]; si este trastorno se produce de manera socializada o insocializada hablamos de trastorno disocial en niños socializados

[F91.2] o trastorno disocial en niños no socializados [F91.1]; otro tipo es el trastorno disocial desafiante y oposicionista [F91.3] y por último establece el grupo de otros trastornos [F91.8] y el de trastorno disocial sin especificación [F91.9].

Aunque la CIE-10 y la DSM-IV tienen evidentes diferencias con relación a sus términos y a su metodología, existe entre ambas una relativa convergencia. Tanto una como otra clasificación contemplan: las peleas, la crueldad con los animales, la destrucción de la propiedad ajena, los incendios, los robos, las mentiras, el absentismo escolar o de casa.

Además la DSM-IV añade la violencia sexual y el uso de armas en distintas ocasiones, y la CIE-10 las pataletas frecuentes y graves, las provocaciones, los desafíos y la desobediencia grave y persistente.

## PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Los problemas conductuales surgidos durante la etapa preescolar tienen unas características especiales: primero se trata de un período evolutivo con cambios grandes y rápidos referentes al desarrollo global de la personalidad, y segundo algunos de los problemas que muestran los niños entre 3 y 6 años, tales como la rebeldía, poca atención, agresividad, son reflejos normales y simples del desarrollo, que solamente se consideran desviaciones conductuales si su frecuencia e intensidad persiste a lo largo de este período evolutivo (Campbell, 1995). Una de las principales finalidades de los instrumentos de evaluación en esta etapa es, por lo tanto, detectar los factores de riesgo, desencadenantes, de un trastorno de conducta o de un trastorno oposicionista, de aquellos rasgos característicos del comportamiento preescolar.

Algunos estudios han sugerido que los datos obtenidos sobre conducta infantil mediante diferentes métodos: cuestionarios, observación directa, entrevistas..., a menudo comporta una modesta correlación entre diferentes instrumentos. No obstante, a pesar de este inconveniente, es recomendable recoger datos de diferentes fuentes. Esta información tendría que centrar los comportamientos actuales, igual que los signos de alarma a nivel evolutivo y también de sintomatología considerada de riesgo por los clínicos.

Las entrevistas diagnósticas, las escalas de conducta y la adecuada revisión de los registros escolares y clínicos, son procedimientos indicados para recopilar toda esta información necesaria. De esta manera se garantiza el proceso de evaluación y se obtiene una mejor perspectiva de la naturaleza y del pronóstico del trastorno de conducta infantil.

Actualmente existen numerosos procedimientos de evaluación, los cuales se analizan detenidamente a continuación:

### - Entrevista clínica.

Es uno de los instrumentos más universalmente utilizados para la recogida de datos, por que suministra una información significativa de la conducta agresiva y oposicionista, la cual resulta complicada de registrar con otros métodos. Según González y Sánchez (1994) es necesario seguir los siguientes criterios en el momento de realizar una entrevista: valorar la frecuencia de los síntomas, la edad de inicio de las conductas alteradas y su período de manifestación, el grado de problemática generado por la familia y el niño, el grado de provocación requerido para manifestar la conducta y la respuesta a los esfuerzos realizados para solucionar el problema.

En función de los tipos de aplicación encontramos: entrevistas para padres y maestros o entrevistas para niños. Es necesario interpretar el origen de la causa atribuida por los padres o maestros en la conducta disocial del niño y descubrir el problema al mismo tiempo que deben trabajarse aquellas conductas agresivas manifestadas por el niño. La integración de datos que provienen de diferentes fuentes es sin duda, el método clave en el diagnóstico del trastorno de conducta. Existen diferentes formas de entrevistas, en función de su nivel de estructuración. En general, el objetivo de todas ellas es conseguir la máxima información que permita conocer los diferentes factores que precipitan y perpetúan los problemas identificados.

Silva y Godoy (1992) señalan tres objetivos fundamentales en el momento de realizar la entrevista al preescolar con trastorno de conducta: primero, hace falta informar y motivar, es decir, asegurar un clima de confianza y de buena relación, de forma que el niño esté cómodo; segundo, recopilar información, a menudo como los preescolares no tienen suficientemente desarrollada la capacidad verbal se ha de recurrir a otros tipos de estrategias (situaciones de juego estructurado, libre, etc.) para obtener los datos necesarios, y por último, establecer un plan de acción donde se implique a padres y educadores para modificar la conducta del niño preescolar.

### - Cuestionarios y autoinformes.

Los cuestionarios no sólo permiten analizar la existencia de una determinada alteración conductual, sino que

252 también facilitan descripciones específicas sobre la frecuencia, intensidad o severidad de los problemas. Estos instrumentos requieren información basada en la observación directa del comportamiento del niño y en su sintomatología. Tanto los padres como los maestros, o si la edad lo permite el grupo de iguales, serán otras fuentes de información hacia las conductas problemáticas del preescolar.

Las escalas y inventarios para padres y maestros surgen, según Zentall (1986), como una de las técnicas más utilizadas para identificar los trastornos psicopatológicos en esta etapa. Aunque la información de las escalas es bastante fiable, siempre se debe tener en cuenta, que los datos podrían estar sesgados por el punto de vista de los informantes, ya que son personas no ajenas afectivamente al entorno del niño. Una forma de hacer frente a estos sesgos sería contemplando los datos recogidos a partir de diferentes informantes, de manera que también se conseguirían conductas procedentes de ámbitos o contextos diferentes (casa, escuela, etc.).

Los autoinformes se utilizan generalmente en la práctica clínica adulta, ya que algunos niños infravaloran la presencia o la gravedad de los síntomas; este hecho estaría justificado porque los niños con trastorno de conducta no perciben sus comportamientos como inusuales o problemáticos (Kazdin y Buela, 1994).

Otros motivos por los cuales los cuestionarios y autoinformes no se utilizan a menudo en el ámbito clínico son los que a continuación se detallan: los niños preescolares, desde un punto de vista psicológico, no tienen aún una capacidad suficientemente precisa para explicar su estado emocional (Beck, 1987), además su desarrollo lingüístico y cognitivo todavía es limitado (Witt, Cavell, Heffer, Carey et. al., 1988) y finalmente, porque los valores psicométricos, tales como la fiabilidad y la validez de estos instrumentos de evaluación son bajos.

Por lo tanto, con preescolares tanto los cuestionarios como los autoinformes tienen un uso reducido, a no ser que el clínico ayude y adecue el instrumento a las características psicológicas y evolutivas de éstos.

#### - Análisis funcional.

El análisis o evaluación funcional parte del estudio de la conducta-problema seleccionando aquellos comportamientos claves que se modificarán a través del proceso terapéutico. Este análisis incluye diferentes fases, hay que remarcar sobretodo la que hace referencia a la descripción de la conducta; esta descripción realizada por el

adulto, ha de ser lo más precisa posible, sin generalidades ni interpretaciones subjetivas. En el supuesto que sea el propio niño el que lo explique, es más adecuado pedirle que reconstruya el incidente en el que surgió el problema.

#### - Observación directa.

La observación natural de los trastornos de conducta en preescolares, se realiza en ambientes en los que estas alteraciones se producen sin que se intervenga, ni se manipule, por parte del observador o observadores.

Los procedimientos de observación sistemática en el sí de la familia están centrados en patrones de interacción padres-hijos, conductas inadecuadas y pautas afectivas o educativas; en cambio, en el colegio los objetivos de la observación van dirigidos a aspectos tales como: el rendimiento académico, la participación en clase y sobretodo en estas edades, las interacciones en las situaciones de patio o juego con los compañeros y las conductas problemáticas hacia el profesor y/o otros niños.

Tradicionalmente se ha considerado la observación de la conducta como el método de evaluación más directa y menos inferencial, a pesar de ser evidentes una serie de problemas relacionados con su fiabilidad y validez, éstos continúan siendo estrategias de evaluación muy útiles. (Silva y Moro, 1994).

En esta investigación se han utilizado preferentemente instrumentos de evaluación que parten de cuestionarios y listados de conducta, pero no categorías observacionales porque estas permiten sólo extraer un continuum de conductas.

#### INSTRUMENTOS

La investigación realizada en los dos últimos años ha permitido recoger y analizar múltiples instrumentos de evaluación que identifican las alteraciones comportamentales y emocionales.

A partir de la información recogida de cada una de las escalas, se ha realizado la siguiente clasificación: se entiende por escala inespecífica (tabla I), cuando el instrumento evalúa sintomatología conductual y además, incluye características propias de otras psicopatologías; se considera escala específica (tabla II) la que incluye única y exclusivamente rasgos característicos del trastorno de conducta.

Para cada una de las escalas, se ha realizado un estudio exhaustivo que contempla cinco subapartados:

- Ficha técnica, que aporta el nombre del instrumento, el autor o autores y el año de realización;

**Tabla 1 Instrumentos de evaluación inespecíficos de la conducta**

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
BPI BEHAVIOR PROBLEM INDEX George, Kaplan y Main (1985)	4-11 a. 12-17 a.	Los padres responden a 28 ítems que hacen referencia al comportamiento de su hijo/a.	Fiabilidad $\alpha = 0.90$ (N=11.699) Punto de corte: 14 o más	
BSQ BEHAVIORAL SCREENING QUESTIONNAIRE Richman y Graham (1971)	3-5 a.	Permite detectar a través de sus 60 ítems problemas de conducta, emocionales, así como una visión del desarrollo del niño.	Fiabilidad test-retest : $r = 0.77, 0.94$ (vídeo) Validez $r = 0.69, 0.57, 0.58$ Punto de corte: actualmente 10.	Difficil y larga administración. Breve rango de edad.
CBCL / 2-3 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST Achenbach, Edelbrock y Howell (1987)	2-3 a.	Muy útil para obtener información previa durante la 1ª entrevista. Sus 100 ítems describen de forma estandarizada la conducta del niño.	Fiabilidad test-retest : 0.79 (población Holandesa) 0.47 (grado acuerdo padres) Validez $r = 0.99$ (pobl.española, N=169) Punto de corte: 11,1% (pobl.canadiense, N=756)	
CBCL / 4-16 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST Achenbach (1979)	4-16 a.	Sus 113 ítems ayudan a diagnosticar y a elaborar programas de intervención que los padres realizan de la conducta del niño.	Fiabilidad $r = 0.66$ (total del cuestionario) Validez $r = 0.71, 0.92$ Punto de corte 46.32 (niñas) - 43.29 (niños) (población española, N=125)	Algunas formas severas de depresión infantil podrán pasar inadvertidas.
CCP CUESTIONARIO COMPORTAMENTAL PARA PREESCOLARES Miranda y Santamaría (1986)	4-6 a.	Evalúa los trastornos de conducta con población española de preescolares.		
CDI THE CHILD DEVELOPMENT INVENTORY Ireton (1992)	15 m.- 5 a.	Evalúa el desarrollo psicomotriz, la autonomía, el lenguaje, etc. y la presencia de problemas de comportamiento.	Fiabilidad $\alpha = 0.70, 0.80$ y $0.90$ Validez $r = .84$ (Minnesota, N=568) Punto de corte: 30%	No es adecuada para padres con un bajo nivel sociocultural. El punto de corte es específico del desarrollo.
CPRS-R REVISED CONNERS PARENT RATING SCALE Goyette, Conners y Ulrich (1978)	3-17 a.	Discrimina niños con trastorno de conducta, ansiedad y alteraciones psicósomáticas.	Fiabilidad buena consistencia interna $r = 0.90, 0.93$ (subesc. I y II) $r = 0.76$ (subescalas III y IV)	
CTRS ORIGINAL CONNERS TEACHER RATING SCALE Conners (1969)	4-12 a.	Instrumento de <i>screening</i> clínico para trastornos emocionales y comportamentales.	Fiabilidad Test-retest : $r = 0.70, 0.90$ (1 mes)	
KSCS KOHNS SOCIAL COMPETENCE SCALE Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Padres y profesores responden a 90 ítems relacionados con la conducta y la sociabilidad del niño.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.77 - 0.80 (N.York, N=407). Validez Correlación factores I y II: 0.33	
KSCL KOHNS SIMPTOM CHECKLIST Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Con sus 58 ítems identifica alteraciones conductuales más severas que la KSCS.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.77 - 0.80 (N.York, N=407). Validez correlación factores I y II: 0.18	

	<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
LBCL	LOUISVILLE BEHAVIOR CHECKLIST Miller (1984)	4-6 a. 7-12 a. 13-17 a.	Los 164 ítems analizan entre otros, los miedos y el comportamiento antisocial.	Fiabilidad Consistencia interna: 0,33-0,97 test-retest: 0,60-0,92 acuerdo entre padres: 0,06-0,57	
PBCL	PRESCHOOL BEHAVIOUR CHECKLIST McGuire y Richman (1986)	2-5 a.	Detección de conductas problemáticas que el profesor puede observar en el aula.	Fiabilidad entre evaluadores: 83% (presencia-ausencia probl.) 38% (grado de severidad) Punto de corte : 12 o más.	No detecta en general sintomatología aislada.
PBCP	PRESCHOOL BEHAVIORAL CLASSIFICATION PROJECT Baker y Dreger (1973)	4-6 a.	Evalúa los problemas de comportamiento.	Fiabilidad consistencia interna: 0,70-0,92 Validez acuerdo entre padres y madres: $r = 0,44$	
PBQ	PRESCHOOL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Behar y Stringfield (1974)	3-7 a.	Sus 36 ítems están indicados para diagnosticar problemas emocionales y de conducta.	Fiabilidad Test-retest 0,60-0,94 (3 meses) 0,67-0,84 (entre maestros) Validez 0,734 (regresión múltiple)	
PDR	PARENT DAILY REPORT SYSTEM Chamberlain y Reid (1987)	3-12 a.	Útil ya que permite recoger día a día datos sobre la conducta antisocial.	Fiabilidad Test-retest 0,60 (punto. diarias en casa) 0,89 (entre padres) Validez $r = 0,69$	Existe un escaso acuerdo entre padres. La evaluación hace más referencia a un procedimiento que a una escala.
PIC	PRESCHOOL INVENTORY FOR CHILDREN Wirt, Lachar, Klinedisnt y Seat (1977, 1984)	3-5 a. 6-16 a.	A través de la respuesta de 600 ítems identifica trastornos psicopatológicos infantiles.	Fiabilidad Test-retest (15 días): 0,86 Validez Acuerdo entre padres: 0,57-0,69	
PRESS	THE PRESCHOOL SYMPTOM SELF-REPORT Martini (1989)	3-5 a.	Instrumento pictórico que permite detectar trastornos emocionales (depresión) en preescolares.	Fiabilidad $\alpha = 0,89$ Validez $r = 0,83 - 0,84$	
PSBQ	PRESCHOOL SOCIAL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Tremblai, Vitaro, Gagnon, Piché y Roierprosocial (1992)	3-6 a.	29 ítems divididos en 3 subescalas: agresividad, ansiedad y conducta	Fiabilidad y Validez Establecida con niños preescolares y de 1 <sup>o</sup> y 2 <sup>o</sup> de primaria	
PSC	PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST Jellinek, Murphy, Robinson, Feins y col. (1988)	4-16 a.	Con sus 35 ítems identifica problemática emocional y comportamental, así como alteraciones psicosociales.	Fiabilidad $\alpha = 0,78$ (N=101) Validez 90% (muestra de preescolares) 88% (muestra de escolares) 0,66 (entre preescolares y escolares) Punto de corte 28 (edad escolar) 24 (niños de 4 y 5 años)	
PSP	PRESCHOOL SOCIOAFFECTIVE La Frenière, Dumas, Dubeau y Capuano (1992)	2-6 a.	80 ítems que valoran a partir de tres subescalas: la competencia social, las alteraciones emocionales y comportamentales. 0,86, 0,85, 0,83.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : $\alpha = 0,92, 0,90, 0,85$ Test-retest (2 semanas) $r = 0,86, 0,82, 0,78$ Validez Correlación entre factores $r = 0,02, -0,37, -0,38$	

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
RBPC REVISED BEHAVIOR PROBLEM CHECKLIST Quay y Peterson (1983)	5-17 a.	Útil para identificar las alteraciones de conducta en niños y adolescentes.	Fiabilidad $\alpha = 0.70-0.95$ Validez Correlación significativa entre la BPC y la RBPC Punto de corte: T = 60.	El acuerdo entre evaluadores independientes da resultados discordantes. No discrimina niños deprimidos.
RPQ RUTTER PARENT QUESTIONNAIRE Rutter (1967)	5-17 a.	Evalúa las dificultades emocionales y comportamentales en la edad escolar.	Fiabilidad $\alpha = 0.82$ Validez entre padres-profesores: 0.34 Punto de corte 13 (pobl. no clínica) 17 (niños con dificultades de aprendizaje)	
SCBE SCHOOL BEHAVIOR CHECKLIST Miller (1972)	3-6 a. 7-13 a.	Los factores que evalúa son: agresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y sociabilidad.	Fiabilidad test-retest (6 semanas): 0.70-0.89 entre padres-profesores: 0.11-0.50	
SCBE-30 SOCIAL COMPETENCE AND BEHAVIOR EVALUATION SCALE La Frenière y Dumas (1992)	2,5-6,5 a.	Instrumento que permite analizar problemas emocionales y de competencia social en niños preescolares.	Fiabilidad 0.78 -0.91 $\alpha = 0.80-0.92$ test-retest (2 semanas): 0.78-0.86 Validez Correlación de <i>Pearson</i> para la subescala de ansiedad de 0.67 y de 0.87 para la subescala de agresividad.	

- El rango de edad a quienes va destinado;
- Las cualidades clínicas, que incluyen la descripción o características de la prueba, número de ítems y su agrupación en factores o clústeres;
- Los datos psicométricos que engloban la fiabilidad, la validez y el punto de corte;
- Las limitaciones o inconvenientes más destacables de cada instrumento recogidas de los diferentes artículos revisados.

Los instrumentos seleccionados en esta investigación se rigen en función de dos condiciones: primera, que la prueba tenga un rango de edad comprendido en el período que se entiende propiamente por preescolar, es decir, de los tres a los seis años y, segunda, que permita diagnosticar alteraciones del comportamiento, especialmente, los trastornos de conducta.

Los instrumentos de evaluación permiten constatar la comorbilidad entre el trastorno de conducta y otras psicopatologías; de este modo niños con alteraciones comportamentales presentan a su vez sintomatología con trastornos emocionales o afectivos (miedos, humor deprimido, aislamiento social, quejas psico-somáticas...), es

decir, la revisión realizada con anterioridad constata la estrecha relación entre las alteraciones conductuales y el trastorno de ansiedad infantil.

También hay que resaltar la relación entre el trastorno de conducta y otros trastornos comportamentales, tales como el trastorno hiperactivo con déficit de atención y el trastorno oposicionista.

Es por este motivo que los instrumentos citados en la tabla I, sólo contemplan el trastorno de conducta en alguna de las subescalas de los cuestionarios o bien, sólo hacen referencia en determinados ítems, por lo que resulta complejo elaborar un diagnóstico a partir de éstas.

De los instrumentos enumerados en la tabla II, a continuación se procederá a analizar las características que los distinguen para un diagnóstico específico del trastorno de conducta en niños preescolares:

- *Daily Child Behavior Checklist* (DCBC, Furey y Forehand, 1983): La prueba tiene 65 ítems que detectan conductas agradables y desagradables de los niños realizadas en las últimas 24 horas. El cuestionario se pasa a los padres en forma de registro conductual, de manera que se le pide que describa el comportamiento diario de

256 **Tabla 2 Instrumentos de evaluación específicos de la conducta.**

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
ASQ CONNERS ABBREVIATED SYMPTOM QUESTIONNAIRE Conners (1973)	3-17 a.	Sus 10 ítems sirven como primera aproximación al trastorno de conducta.	Fiabilidad acuerdo entre padres: 0,55-0,71 acuerdo entre padres y maestros: 0,49 Validez correlaciones significativas entre padres y niños hiperactivos: 0,38-0,48	El cuestionario no es recomendable para hacer un diagnóstico.
DCBC DAILY CHILD BEHAVIOR CHECKLIST Furey y Forehand (1983)	2,5-8 a.	Registro conductual de comportamientos con 65 ítems que permiten detectar conductas positivas y negativas en los niños.	Fiabilidad Test-retest: 99% de acuerdo Validez 90% de acuerdo	La escala no está indicada para niños con trastornos severos del desarrollo.
DPICS DYADIC PARENT-CHILD INTERACTION CODING SYSTEM Eyberg y Robinson (1981)	2-7 a.	Evalúa problemas de conducta familiar a partir de sus 23 ítems sobre diferentes conductas disruptivas durante periodos de observación de cinco minutos.	Fiabilidad Coeficiente de correlación para las 4 categorías = 0,93 Validez Grado de acuerdo medio de 0,83 Coeficiente de regresión de 0,94	
ECBI EYBERG CHILD BEHAVIOR INVENTORY Eyberg (1980)	2-17 a.	Evalúa el trastorno de conducta y la frecuencia de las conductas alteradas.	Fiabilidad test-retest (21 días): 0,86 (puntuación intensidad) 0,88 (puntuación problema) consistencia interna: 0,98 dos mitades: 0,90-0,94 puntuación entre padres: 0,59 Validez correlación entre ECBI y CBCL <i>internalizing</i> = 0,81; <i>externalizing</i> = 0,85	
MCBC MISSOURI CHILDREN'S BEHAVIOR CHECKLIST Sines (1986)	3-14 a.	77 ítems que describen el comportamiento del niño en seis subescalas.		
MCPS MISSOURI CHILDREN'S PICTURE SERIES Sines, Pauker y Sines (1963)	5-16 a.	Test que consiste en 238 cartas que el niño ha de repartir en dos pilones según si le parece o no divertido, contiene ocho subescalas.		
PSBQ PROSOCIAL BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE Weir y Duveen (1981)	5-11 a.	Evalúa aspectos del comportamiento interpersonal y del desarrollo social.	Fiabilidad consistencia interna: $\alpha = 0,935$ test-retest (3 semanas): $r = 0,91$ Validez entre evaluadores (17 parejas de maestros): $r = 0,58$	Los comportamientos prosociales son difíciles de observar. Faltan datos psicométricos de la validez.
SESBI SUTTER-EYBERG STUDENT BEHAVIOR INVENTORY Funderburk y Eyberg (1989)	3-5 a.	Instrumento con 36 ítems que mide problemas de conducta en niños preescolares.	Fiabilidad entre evaluadores, partiendo de la DOF ( <i>Achenbach's Direct Observation Form</i> ): punt. total problema: 0,95 punt. <i>externalizing</i> : 0,93 punt. <i>internalizing</i> : 0,74 punt. de las respuestas: 0,86 Validez correlación entre las puntuac. frecuencia y total de la SESBI y la subescala de la conducta disruptiva de la DOF: 0,81 y 0,76	Sólo mide satisfactoriamente tres de las cuatro dimensiones de las conductas alteradas.

su hijo. Entorno a los aspectos psicométricos se ha de comentar que la fiabilidad se ha calculado mediante un test-retest de conductas positivas y negativas para 10 niños y 10 madres, indicando que existe un 99% de acuerdo. Respecto a la validez se ha obtenido un 90% de acuerdo entre los comportamientos agradables y los desagradables. En general, destacar que utiliza una terminología específica y objetiva, pero el instrumento no es válido para niños con trastornos severos del desarrollo, por ejemplo: retraso, autismo... (Furey y Forehand, 1983).

- *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI, Eyberg, 1980): Ampliamente utilizada como instrumento de screening de los trastornos de conducta, está subdividida en tres subescalas, según el DSM-III-R: primera, trastorno de conducta; segunda, hiperactividad y trastorno por déficit de atención y por último, trastorno de conducta oposicionista y desafiante. Los padres puntúan los comportamientos de sus hijos y se obtiene una puntuación total de intensidad, además, de una puntuación total del problema. Las características psicométricas (se realizó un test-retest con un intervalo de 21 días, obteniendo un 0.86 para la puntuación de intensidad y un 0.88 para la puntuación problema, y una correlación entre la ECBI y la CBCL con unas puntuaciones de 0.81 -internalizing- y de 0.85 -externalizing-) confirman que la ECBI puede ser utilizada en investigación con niños con trastorno de conducta (Boggs, Eyberg y Reynolds, 1990).

- *Prosocial Behaviour Questionnaire* (PSBQ, Weir y Duveen, 1981): Permite evaluar aspectos positivos del comportamiento social de los niños en el ámbito escolar. El instrumento se aplica a los profesores pero requiere de un entrenamiento previo para su utilización; éstos han de responder a veinte cuestiones relativas a la relación que establece el niño con sus compañeros, contestando, a un intervalo de tres respuesta (siempre, algunas veces, nunca), sobre la frecuencia de aparición de la conducta problema. En cuanto a sus propiedades psicométricas, hace falta señalar que realizado un test-retest, con un intervalo de tres semanas, la fiabilidad obtenida es de 0.91 mientras que la validez entre profesores evaluadores

es sólo de 0.58. Uno de los inconvenientes de la escala es que los maestros han de tener en cuenta los posibles efectos halo durante su utilización, es decir, sexo de los niños, habilidad lectora, agresividad y conductas desviadas (Weir y Duveen, 1981).

- *Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory* (SESBI, Funderburk y Eyberg, 1989): Instrumento de evaluación de conductas disruptivas manifestadas especialmente en el colegio en niños en edad preescolar. Contiene un listado de treinta y seis conductas problema para que los profesores respondan entorno al comportamiento del preescolar de tres a cinco años. Cada comportamiento se puntúa en función de dos dimensiones: la frecuencia y la identificación del problema como tal. Tiene unas buenas propiedades psicométricas con una fiabilidad de 0.95 en la puntuación total problema entre evaluadores y una validez de 0.81-0.86 en la correlación realizada con la DOF (Achenbach's Direct Observation Form, Achenbach, 1986) y, se puede considerar un instrumento prometedor para evaluar los trastornos de conducta en el período preescolar. El último trabajo realizado de este instrumento es la adaptación realizada por Marqués (1997) a la Universitat Autònoma de Barcelona.

## CONCLUSIONES

Uno de los objetivos claves de la salud mental infantil y juvenil es la prevención de los trastornos de conducta en la etapa preescolar. A menudo la evaluación de la conducta se ha basado en numerosos tipos alternativos de medidas, pero hace falta una revisión esmerada y exhaustiva de éstas para valorar la información que proporcionan y las dificultades que suscitan.

En general, los instrumentos que examinan los trastornos de conducta a partir de la información recogida de los adultos pretenden evaluar la presencia o ausencia de conductas tanto externas como internas. Los estudios constatan que los padres informan más fácilmente de los síntomas conductuales manifestados por sus hijos, mientras que los niños identifican mayoritariamente los síntomas subjetivos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ACHENBACH, Th.M. (1979). The Child Behavior Checklist (CBCL/4-16). In: Achenbach, Th.M. & Edelbrock, C.S. The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 223-233.
2. ACHENBACH, Th.M. (1986). The Direct Observation Form of the Child Behavior Checklist (revised). Burlington: University of Vermont.
3. ACHENBACH, Th.M. (1992). Manual for the Child Behavior Checklist /2-3 and 1992 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
4. ACHENBACH, Th.M. & EDELBROCK, C.S. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont.
5. ACHENBACH, Th.M.; EDELBROCK, C. & HOWELL, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral / emotional problems of 2- and 3-year old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15: 629-650.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (3rd Ed. -revised). Washington, DC: Author.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: Author.
8. BAKER, R.P. & DREGER, R.M. (1973). The Preschool Behavioral Classification Project: An initial report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1: 88-120.
9. BECK, S. (1987). Questionnaires and Checklist (pp.79-106). In: Bellack, A. & Hersen, M. (eds.). *Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology*. New York and London: Plenum Press.
10. BEHAR, L.B. (1977). The Preschool Behavior Questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5 (3): 265-275.
11. BEHAR, L.B. & STRINGFIELD, S. (1974). A Behavior Rating Scale for the Preschool Child. *Developmental Psychology*, 10 (5): 601-610.
12. BOGGS, S.R.; EYBERG, S. & REYNOLDS, L.A. (1990). Concurrent Validity of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (1): 75-78.
13. CAMPBELL, S. (1995). Behavior Problems in Preschool Child. A Review of Recent Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36: 113-149.
14. CONNERS, C.K. (1969). A teacher Rating Scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126: 884-888.
15. CONNERS, C.K. (1973). Rating for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin*: 24-84.
16. CHAMBERLAIN, P. & REID, J.B. (1987). Parent Observation and Report of Child Symptoms. *Behavioral Assessment*, 9: 97-109.
17. EYBERG, S.M. (1980). Eyberg Child Behavior Inventory, In: E.A. ROBINSON, S.M. EYBERG & A.W. ROSS: The Standardization of an inventory of Child Conduct Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9: 22-28.
18. FUNDERBURK, B.W. & EYBERG, S.M. (1989). Psychometric Characteristics of the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: A School Behavior Rating Scale for Use with Preschool Children. *Behavioral Assessment*, 11: 297-313.
19. FUREY, W. & FOREHAND, R. (1983). The Daily Child Behavior Checklist. *Journal of Behavioral Assessment* 5(2): 83-95.
20. GONZÁLEZ, A. & SÁNCHEZ, A. (1994). La conducta agresiva y oposiciónista. In: Jiménez, L., Sánchez, A. y González, A. (eds), *Trastornos de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
21. EYBERG, S.M. (1980). Eyberg Child Behavior Inventory, In: E.A. ROBINSON, S.M. EYBERG & A.W. ROSS: The Standardization of an inventory of Child Conduct Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9: 22-28.
22. GOYETTE, C.H.; CONNERS, C.K. & ULRICH, R.F. (1978). Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2): 221-236.
23. IRETON, H. (1992). *Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems.
24. JELLINEK, M.S.; MURPHY, J.M.; ROBINSON, J.; FEINS, A. et al. (1988). The Pediatric Symptom Checklist: Screening school aged children for Psychosocial Disfunction. *Journal of Pediatrics*, 112: 201-209.
25. KAZDIN, A.E. & BUELA-CASAL, G. (1994). *Conducta Antisocial, Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A. Colección: Ojos solares.
26. KOHN, M. & ROSMAN, B.L. (1972). A Social Competence Scale and Symptom Checklist for the preschool child: Factor dimensions, their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Developmental Psychology*, 6: 430-444.
27. KOHN, M. & ROSMAN, B.L. (1972). Relationship of preschool social-emotional functioning to later intellectual achievement. *Developmental Psychology*, 6: 445-452.
28. LA FRENÌÈRE, P.J. & DUMAS, J.E. (1992). A transactional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology*, 4: 385-401.
29. LA FRENÌÈRE, P.J.; DUMAS, J.E.; DUBEAU, D. & CAPUANO, F. (1992). The development and validation of the preschool social-affective profile. *Psychological Assessment* 4(4): 442-450.
30. MARQUÉS, M.J. (1997). Adaptación del instrumento de medida: Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory (SESBI). *Universitat Autònoma de Barcelona*. Treball no publicat.
31. MARTINI, D.R.; STRAYHORN, J.M. & PUIG-ANTICH, J. (1989). A Symptom Self-Report Measure for Preschool Children. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29(4) : 594-600.
32. McGUIRE, J. & RICHMAN, N. (1986). Screening for Behaviour problems in nurseries: The Reliability and Validity of the Preschool Behaviour Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(1): 7-32.
33. MILLER, L.C. (1972). School Behavior Check-list: An Inventory of deviant behavior for elementary school children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38: 134-144.
34. MIRANDA, A. y SANTAMARÍA, M. (1986). Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación. Valencia: Promolibro.
35. QUAY, H.C. & PETERSON, D. (1983). Manual for the Revised Behavior Problem Checklist. Coral Gables Fla.: Author.
36. RICHMAN, N. & GRAHAM, P.J. (1971). A Behavioural Screening Questionnaire for use with three-year-old children. Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12: 5-33.
37. ROBINS, L.N. (1991). Conduct Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(1): 193-212.
38. ROBINSON, E.A. & EYBERG, S.M. (1981). The Dyadic Parent-Child Interaction Coding System: Standardization and Validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2): 245-250.
39. ROBINSON, E.A.; EYBERG, S.M. & ROSS, A.W. (1980). The Standardization of an inventory of Child Conduct Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9: 22-28.
40. ROUTH, D. & DAUGHERTY, T. (1992). Conduct Disorder (pp.107-135). In: Hooper, S.R., Hynd, G. & Mattison, R.E. (eds.). *Child Psychopathology: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
41. RUTTER, M. (1967). A Children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8: 1-11.
42. SÁNCHEZ, A.; JIMÉNEZ, L. y IZQUIERDO, C. (1994). Conducta disocial / antisocial. In: Jiménez, L., Sánchez, A. y González, A. (eds). *Trastornos de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
43. SÁNCHEZ, A. y GONZÁLEZ, Á. (1994). Evaluación general de los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia (pp.285-323). In: Jiménez, L., Sánchez, A. y González, A. (eds). *Trastornos de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
44. SHORT, R.J. (1991). Interpreting scale scores differences on the Revised Behavior Problem Checklist. *Educational and Psychological Measurement*, 51: 385-392.
45. SILVA, F. y GODOY, A. (1992). El proceso de evaluación psicológica. Valencia: PPB.
46. SILVA, F. y MORO, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes (pp.715-742). In: FERNÁNDEZ, R. (eds). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide.
47. SINES, J.O. (1986). Normative Data for the Revised Missouri Children's Behaviour Checklist-Parent Form (MCBC-P). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1): 89-94.
48. SINES, J.O.; PAUKER, J.D. & SINES, L.K. (1963). Missouri Children's Picture Series, Manual. Iowa City: Psychological Assessment and Services.
49. STRAUSS, C.C.; FOREHAND, R.; FRAME, C. & SMITH, K. (1984). Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13: 227-231.
50. TEEGARDEN, L.S. & BURNS, G.L. (1993). Construct Validity of the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Relation Between Teacher Perception of Disruptive Behavior and Direct Observation of Problem Classroom Behavior over a Seven Month Interval. *Child and Family Behavior Therapy*, 15(4): 43-58.
51. TOULIATOS, J. & LINDHOLM, B.W. (1981). Congruence of parent's and teacher's ratings of children's behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 4: 17-30.
52. TREMBLAY, R.E.; VITARO, F.; GAGNON, C.; PICHÉ, C. & ROYER, N. (1992). A prosocial scale for the Preschool Behavior Questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 15: 227-245.
53. TRITES, R.L.; BLOUIN, A.G.A. & LAPRADE, K. (1982). Factor Analysis of the Conners Teacher Rating Scales Based on a Large Normative Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5): 615-623.
54. WEBSTER-STRATTON, C. (1984). Randomized trial of two parent training programs for families with conduct-disordered children. *J. of Clinical Child Psychology* 11: 123-129.
55. WEIR, K. & DUVEEN, G. (1981). Further development and validation of the Prosocial Behaviour Questionnaire for use by teachers. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 22(4): 357-374.
56. WEISSMAN, M.M.; ORVASCHEL, H. & PADIAN, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mother's and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168: 736-740.
57. WIENER, J.M. (1997). Oppositional Defiant Disorder (pp.459-463). In: Wiener, J.M. (eds). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. USA: American Psychiatric Press, Second Edition.
58. WEIR, K. y DUVEEN, G. (1981). Further development and validation of the Prosocial Behaviour Questionnaire for use by teachers. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 22(4): 357-374.
59. WIRT, R.D.; LACHARD, D.; KLINEDINST, J.J. & SEAT, Ph.D. (1984). Multi-dimensional description of Child Personality. A manual for the Personality Inventory for Children. Western Psychological Services, 1977.
60. WITT, C.; CAVELL, T.; HEFFER, R.W.; CAREY, M. & et al., (1988). Child Self-Report: Interviewing Techniques and Rating Scales. In: Shapiro, E.S. & Kratochwill, T.R. (eds). *Behavioral Assessment in Schools*. New York- London: The Guilford Press.
61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992). The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.
62. ZENTALL, S. (1986). Assessment of Emotionally Disturbed Preschoolers. *Diagnostic*, 11: 154-179.

**ANTONIO JOVER PUIG (Barcelona 1.855-1930)**

Antonio Jover fue catedrático de pediatría de la universidad de La Habana, en la época colonial, autor de un texto para la enseñanza de la asignatura en el que dedica algunos capítulos o lecciones a temas que hoy son objeto de atención por parte de los psiquiatras infantiles. La obra se publicó en Barcelona en el año 1893 y tiene interés como uno de los precedentes en el estudio de nuestra especialidad.

**El autor**

Antonio Jover Puig nació en Barcelona el 18 de julio de 1855. Obtuvo el título de bachiller en 1870 y acabó los estudios de medicina, en Barcelona, en 1874. Tras una breve formación en Londres pasó pronto a Cuba donde trabajaría durante poco más de veinte años. Hombre brillante, se dedicó a la enseñanza y al ejercicio profesional. En 1882 opusió a una cátedra de Patología Médica de la Universidad de La Habana. Fue director de la casa de salud "Quinta del Rey" y del Boletín Clínico de la misma. En 1891 ganó, por oposición, la cátedra de Enfermedades de la Infancia. La ocupa hasta el 27 de enero de 1899 cuando, acabado ya el dominio español, presenta la renuncia. Después volvió a la península, sin que le encontremos integrado en el ambiente médico de aquí. Murió en Barcelona en 1930.

**El Manual de Pediatría**

Es un texto destinado directamente a la enseñanza, dedicado a sus estudiantes. Tiene 391 páginas, divididas en 136 lecciones. Se trata pues de temas, relativamente breves, aptos para un estudio esquemático. El propio autor señala que se dice "sólo aquello absolutamente indispensable".

La obra nos demuestra el interés que ya tienen los pediatras, por lo menos algunos, por los aspectos psicopatológicos en las afecciones de los niños. La experiencia de los pediatras en este campo, y este es el caso de Jover, probablemente es más de tipo académico, por el estudio, que no clínica. Jover parece estar bastante al día acerca de las ideas que dominaban en Europa sobre la patología mental infantil.

El capítulo de "afecciones nerviosas" tiene poco menos de cincuenta páginas, de las que 19 se dedican a aspectos psiquiátricos. Van en ocho lecciones cuyos temas son: epilepsia, histerismo, hipnotismo, semipsicopatías; impulsiones, ilusiones y alucinaciones; manía lipemanía y simplicidad de espíritu; imbecilidad, idiotismo, cretinismo; etiología y tratamiento de la locura.

Otros aspectos van en capítulos diferentes. Así en las deformidades congénitas se incluyen algunas alteraciones como la micro o la hidrocefalia, con sus secuelas de debilidad mental. La enuresis funcional se describe dentro de las afecciones uro-

genésicas y el asma es considerado como una neurosis incluída en el capítulo de patología respiratoria.

Un tema importante es el de la histeria infantil. Hay una descripción clínica minuciosa. Distingue dos formas: convulsiva y psíquica, además de una fase prodrómica, con comportamiento inestable y estado de ánimo variable. En algún momento puede parecer que hay confusión con la epilepsia, hablando incluso de aura, pero remarca claramente que en la histeria no hay pérdida de conciencia. Señala la importancia de una buena educación en su profilaxis.

Otro tema importante es la epilepsia. Describe los cuadros de pequeño y gran mal y considera como factor fundamental en su origen la herencia.

En la lección 98 Jover trata de la manía y la lipemanía, esto es patología de la afectividad. Este dato es interesante porque, después y durante bastantes años, muchos autores sostenían que la depresión, o lipemanía en terminología de la época, no se daba en la infancia. Debe señalarse que la depresión infantil ya era conocida. El texto de Jover es otra prueba y además se relaciona con el suicidio.

El estudio de la enuresis también es detallado, separando la incontinencia continua y la enuresis funcional. Considera más el factor psicológico en la enuresis nocturna, mientras que si es diurna valora más el factor orgánico.

Las deficiencias mentales también son analizadas, pero esto era un tema más general. Señala la posible coincidencia, en los denominados idiotas, con la manía, melancolía y sobre todo epilepsia. Esto nos hace pensar en el concepto de "doble diagnóstico" que puede tomarse como una adquisición actual, cuando ya hace un siglo se había observado y se tenía en cuenta.

Importa también la referencia amplia que hace del hipnotismo, que describe como un sueño nervioso determinado por medios artificiales. Su descripción se inspira en la obra de Charcot.

Jover dedica un tema a la etiología de las afecciones mentales en la infancia. Señala tres grandes aspectos: la herencia, las causas morales y las causas físicas. La herencia es el factor causal de primer orden. Este determinismo está probablemente influido por la obra de Moreau de Tours. Jover señala que el niño puede presentar una patología distinta de la de los padres. El alcohol, el opio, incluso el tabaco "de mala calidad" pueden ser factores importantes. Entre los factores morales está la fatiga, el estudio forzado.

El tema del tratamiento es analizado muy someramente. Se acepta que es esencial la separación del niño de su familia. Sólo excepcionalmente puede curarse el niño loco en la compañía de sus padres. Y entre las medidas complementarias, que también deben servir para los adultos, señala la hidroterapia, masajes, paseo, y algunos más.

En resumen, Jover demuestra el interés de los pediatras por la patología mental infantil. En este sentido su trabajo está en la línea del texto de Charles West a mitad de siglo. Sin reali-

zar grandes aportaciones personales, que no vendrían entonces del campo de la pediatría sino más de la pedagogía, esta es quizá la mejor vía para que los médicos conozcan, durante su tiempo de formación, la importancia de valorar los factores psicopatológicos en los niños. El problema era la escasez de posibilidades terapéuticas que hacía hasta cierto punto poco eficaz su estudio.

**E. Domenech-Llaveria**

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Jover Puig, A: "Lecciones de enfermedades de los niños" Barcelona (Impr. Henrich) 1893.
2. Doménech, E; Corbella, J: "El contingut de psiquiatria infantil en el llibre de malalties de nens d'Antoni Jover (1893)", Gimbernat, 1998 (\*\*), 30, pp. 153-163.

### TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN LA INFANCIA

Describimos tres casos que nos sorprendieron, tanto por su impacto, gravedad y aparición simultánea en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil en el año 1989, como porque al buscar referencias bibliográficas nos encontramos con escasas publicaciones nacionales sobre el tema.

Si bien desde entonces hemos intervenido en numerosos casos de *abuso sexual*, en la mayoría de ellos no se cumplen los criterios suficientes para el diagnóstico completo de Trastorno por Stress Postraumático, aunque sí hemos verificado en todos ellos una huella psicológica de larga duración. En uno de los casos que presentamos, las secuelas psicológicas se han mantenido de forma crónica.

#### CASO 1

**Motivo de consulta:** Niña de 13 años que es asaltada en la escalera de su casa por un vecino y forzada sexualmente. Consultan en nuestro servicio al cabo de pocos días presentando los siguientes síntomas:

Trastorno del sueño (se despertaba asustada, gritando), dificultades para concentrarse, irritabilidad y agresividad, conductas de evitación, dejó de salir a la calle, dejó de ir al colegio y mostraba un gran nerviosismo cuando iba por la escalera.

**Antecedentes personales y familiares:** Destacamos que es la 5ª de 6 hijos, de padres separados desde hacía 9 años. Una hermana hizo diversos intentos de suicidio por ahorcamiento, presenciados por ella hacía varios años.

**Exploración:** Se valoró alteración depresiva con C.D.I. de 23, alto nivel de ansiedad, dificultad para concentrarse, fatiga e ideas autolíticas.

**Tratamiento:** psicoterapéutico y farmacológico -(imipramina 10 mg.)- durante 6 meses.

**Evolución a corto plazo:** Mejoró notablemente, reanudando la escolaridad.

La familia puso denuncia, el agresor era reincidente, y tras pasar 10 días en prisión se consiguió que éste cambiara de domicilio.

A pesar de estar pendientes del juicio, la niña no lo vivía con ansiedad.

**Evolución a largo plazo:** A los 20 años, en 1995, acude a consulta por sintomatología ansiosa-depresiva con ideas autolíticas, inhibición social, aislamiento, alteraciones del humor, etc.. Mantenía recuerdo persistente del asalto sexual. En 1996 continuaba en tratamiento con fluoxetina y benzodiazepinas.

#### CASO 2

Niña de 12 años que padeció abusos sexuales por parte de un hombre de 50 años, vecino de la casa de verano, que la amenazaba si desvelaba lo sucedido.

**Motivo de consulta:** Consultan, procedente del neuropsiquiatra, porque, después de múltiples exploraciones con resultado negativo, por parte del especialista de corazón y pulmón, persiste el dolor en tercio medio de la unión condro esternal izquierda, de aparición brusca, acompañado de tos, disnea y ciertas inspiraciones profundas de predominio vespertino. Ante la repetición de una de estas crisis en el momento de la exploración psiquiátrica fue remitida al servicio de pediatría. Allí se procedió a nuevas exploraciones: RX de tórax, E.E.G., analítica general, gammagrafía ósea; todas ellas con resultados normales. Mientras estaba ingresada se inició tratamiento con clomipramina y tioridacina. A los 20 días del alta persistían sus crisis de dolor, pero con menor intensidad.

**En la exploración psicológica se observó:** Alteración depresiva: tristeza, apatía, cansancio, desesperanza, ideas autolíticas, inhibición, replegamiento, inseguridad, miedo ante el tema sexual. En el CDI obtuvo una puntuación de 22.

A los 7 días de esta exploración es cuando confiesa el ataque sufrido, cesando los síntomas anteriores y apareciendo un revivir del suceso con trastornos del sueño y trastorno disociativo con autoagresiones, lesionándose en las piernas. Presentaba igualmente gran ansiedad y nerviosismo, pérdida de apetito, imposibilidad de asistir al colegio, perdiendo finalmente el curso.

**Evolución a corto plazo:** Los padres deciden poner la denuncia y comienza el circuito de comisaría, juzgado y aplazamientos, detención del agresor y salida a los 21 días de arresto.

Al año de la confesión, la paciente recae durante tres días de forma espectacular en su sintomatología inicial. Y es al cabo de pocos meses de esta recaída cuando se enfrenta a la tramitación definitiva del juicio con previas exploraciones y entrevistas por el forense.

Se mantuvo en seguimiento durante cuatro años en nuestra Unidad con agudización de la ansiedad en los días de citación en el juzgado.

**Evolución a largo plazo:** A los 19 a., en 1996, desarrolla sintomatología anoréxica, manteniendo en la actualidad tratamiento psicoterapéutico.

#### CASO 3

**Motivo de consulta:** Niño de 7 años que presencia el suicidio de su padre después de que éste hubiese disparado a la madre. Consultan en nuestro servicio a los 15 días del suceso, acompañado por su tía, (la madre permanecía aún en la U.C.I.), presentando los siguientes síntomas:

Trastorno del sueño, tristeza, gran apatía, no preguntaba por su madre -esto es lo que más angustiaba a los familiares-, ocultaba lo sucedido realmente y hacía una interpretación defensiva del honor del padre, del cual no quería hablar, diciendo que la madre había tenido un accidente de moto. Asistía a la escuela con gran dificultad, no jugaba y apenas hablaba.

**Antecedentes personales y familiares:** De los antecedentes destacamos que es el menor de tres varones, de una pareja mayor, siendo el padre 10 años mayor que la esposa. Cuando él tenía 6 años se produjo la separación de sus padres tras varios meses de agresiones, amenazas y malos tratos. La madre y el hijo quedan a vivir en la casa de los abuelos maternos y mantienen visita semanal con el padre. Empezaba a tener dificultades de aprendizaje escolar. Dadas las resistencias del niño se decidió aconsejar a la familia y esperar. Al mes había fallecido la madre. El niño seguía triste, inhibido e inquieto.

**Exploración:** Se procedió a ludoterapia individual intensiva y asesoramiento a la tía materna con la que pasó a vivir.

La exploración psicológica se realiza una vez iniciado el tratamiento psicoterapéutico. Había restablecido su estado emocional, se mostraba alegre, espontáneo y colaborador. En los tests proyectivos expresó sus deseos de recuperar la figura paterna, afectuosa y atenta, como había tenido en tiempos anteriores; igualmente era explícito en su demanda de atención materna.

**Evolución a corto plazo:** Llegó a reproducir el suicidio del padre con una escopeta de juguete e incluso a través del dibujo. Se fue trabajando el duelo e intentando recomponer la imagen tan deteriorada del padre. Necesitó refuerzo pedagógico y mejoró mucho en sus aprendizajes. No requirió tratamiento farmacológico.

**Evolución a largo plazo:** Consultó a los 14 a. por presentar dificultades escolares en los últimos meses. El niño había cambiado de domicilio y ahora vivía con uno de sus hermanos. En la exploración psicológica, mediante el C.P.Q., no se observan alteraciones emocionales. Mediante el STAIC se valoraron unos niveles normales de ansiedad. Expresaba preocupación por su situación familiar. Ceden los síntomas con breve tratamiento psicoterapéutico.

### Resultados

En el primer caso de *abuso sexual*, la niña pudo referir a la madre lo sucedido enseguida. A pesar del tratamiento, la paciente presentó secuelas psicológicas a largo plazo en forma de rememorización ansiosa del asalto sexual, además de desarrollar sintomatología depresiva.

En el segundo caso, por existir amenazas del agresor, la paciente recurre a la somatización, y hasta seis meses después no pudo verbalizar lo ocurrido. Creemos que en parte fue debido a que el agresor era un vecino conocido por la familia, unido al temor a no ser creída. Las secuelas a corto y largo plazo debidas, por un lado, a la demora a la resolución judicial, y por otro al mezclarse intereses económicos, además de los familiares, en su caso. En el tercer caso, si bien durante su infancia el niño fue compensado afectivamente por los cuidados de su abuela y tía maternas, es en la adolescencia cuando resurgen dificultades en el aprendizaje escolar, en parte producidas por la renuncia al rol maternal de la familia, al creer que el niño "debía hacerse adulto".

### Conclusiones

El seguimiento evolutivo a largo plazo de los tres casos que presentamos nos permite plantear las siguientes conclusiones:

El tratamiento de los casos de Trastorno por Estrés Postraumático debe ser lo más precoz posible.

En nuestros dos casos de abuso sexual existen secuelas a los 7 años del suceso a pesar del tratamiento adecuado.

Los casos de abuso sexual deberían tener acceso a una solución judicial más rápida que la actual.

En el tercer caso, de la pérdida de ambos padres, el apoyo afectivo por el resto de familiares ha suplido parcialmente y durante varios años la carencia parental. Sin embargo necesitó nuevo apoyo psicológico al inicio de la adolescencia.

Factores de distocia socio-familiar favorecen la presentación de vivencias traumáticas, así como la deficiente resolución evolutiva de las secuelas del trauma.

Concluimos reclamando que, tanto en los niños que padecen abuso sexual como en los niños que sufren un alto grado de tensión, ya sea por accidentes, separaciones, divorcios, violencia..., se proceda al diagnóstico y al tratamiento adecuados de la forma más precozmente posible.

### BIBLIOGRAFÍA

1. R. Peter Mogielnicki, MD; N. Poffenberger Mogielnicki, MPH, CHA; J.E. Chandler, MD; M. Weissberg, MD.: Impending child abuse. Psychosomatic symptoms in adults as a clue. *JAMA* 237, N° 11, 1977.
2. F. Casas: Un programa de serveis socials per prevenir i atendre les situacions d'alt risc social pels infants in adolescents a Catalunya. *Salut Catalunya*, Vol. 2, Núm. 3, 1988.
3. C.Sánchez G<sup>a</sup> del Castillo; R.Balcells y Sánchez: Trastorno por Stress Postraumático en la infancia a propósito de tres casos tratados en el último año. VI Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Sociedad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona 10, 11, 12 de Mayo 1990 (libro de ponencias y comunicaciones).
4. E. M. Ornitz, M.D., and R. S. Pynoos, M.D., M.P.H.: Startle modulation in children with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 146: 7, July 1989.
5. M. Rorty, Ph.D., J. Yager, M.D., and E. Rossotto, M.A.: Childhood sexual, physical, and psychological abuse in Bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 151:8, August 1994.
6. H.G.Pope, Jr., M.D., B.Mangweth, M.A., A.Brooking Negro, M.D., J.I.Hudson, M.D., and T. Athanássios Cordás, M.D.: Childhood sexual abuse and Bulimia nervosa: a comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *Am J Psychiatry* 151:5, May 1994.
7. E.Domenech Llaberia: Evaluación psicopatológica del abuso sexual en el niño. *Revista de Psiquiatría Inf.-juvenil* n° 4/95., Oct/Diciem.1995.
8. P.Sánchez Mascaraque, G. Martínez Junquera, A. Torija Colino: Abusos sexuales en niños atendidos en el programa de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcalá de Henares. *Revista de Psiquiatría inf.-juvenil* n° 4/95.

264

9. J.M.Velilla Picazo, P.Ruiz Lázaro: Los abusos sexuales en la infancia. Revista de Psiquiatría inf.-juvenil nº 3/95.
10. E. Sardinero García, J. L. Pedreira Massa: Características del maltrato en la edad escolar. Revista Psiquis nº 1/95. Vol 16, Año XVII.

11. C.J.Wurr and I.M.Partridge: The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. Child abuse and neglect, vol.20, nº9, 1996.

Concluye en este número el resumen de algunos artículos del monográfico sobre psicofarmacología pediátrica publicado por la Academia Norteamericana de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

### ANTIDEPRESIVOS NO TRICÍCLICOS: TENDENCIAS ACTUALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Graham E, et al. Nontricyclic antidepressants: current trends in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:517-528, 1999.*

Como todos sabemos la llegada de los antidepresivos no tricíclicos (básicamente los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, abreviadamente ISRS) supuso un avance importante en la psiquiatría. Aunque no se ha demostrado su superioridad, poseen menos efectos secundarios, menor toxicidad y un potencial terapéutico más amplio.

Los datos más consistentes sobre eficacia y seguridad en niños y adolescentes provienen de estudios en fase aguda, y todavía siguen necesitándose estudios de tratamientos a largo plazo, al igual que otros destinados a aclarar la farmacocinética de estos fármacos durante el desarrollo evolutivo

*Eficacia de los ISRS:* Depresión: La mayoría de la información disponible en niños y adolescentes se refiere a la fluoxetina (aunque hay estudios positivos no publicados, según el artículo, con sertralina y paroxetina). Globalmente los datos confirman la eficacia a corto plazo de los ISRS en la depresión mayor grave y persistente. Trastorno Obsesivo Compulsivo: La FDA norteamericana aprueba el uso de Fluvoxamina y Sertralina en el tratamiento de TOC en niños, en coherencia con los estudios que demuestran su eficacia en este trastorno. La utilización de ISRS en otras conductas semejantes al TOC (rituales del autismo, compulsiones en el síndrome de Prader-Willy, conductas autolesivas o tricotilomanía, por ejemplo) está menos documentada aunque hay referencias de utilización exitosa. Mutismo selectivo: Un par de estudios en la última década sugieren la posibilidad de mejoría del mutismo selectivo (descenso de la ansiedad, aumento del habla) con fluoxetina (dosis 10-60 mg/día) en un 65-75% de los pacientes. Trastorno de Tourette: Algunos estudios han mostrado mejoría en la sintomatología de este trastorno (tanto en tics como en obsesiones). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Acorde con la patofisiología supuesta del TDAH (catecolaminérgica) los intentos de tratamiento con fármacos serotoninérgicos han resultado mayoritariamente infructuosos, sin embargo algunos autores han comunicado su utilidad en el control de síntomas afectivos y comportamentales.

*Eficacia de otros antidepresivos no tricíclicos:* Depresión: Los estudios de eficacia de Venlafaxina y Nefazodona en niños y adolescentes están en marcha. Hasta la fecha el único estudio con venlafaxina publicado (n=32) no encontró diferencia frente a placebo. Y el único con Nefazodona afirma que mejora al 56% de los niños con depresión refractaria. TDAH: La mayoría de los estudios se han realizado con bupropión, con resultados dispares. Aunque la mayoría de los estudios confirman en su eficacia, no queda clara su utilidad en comparación con los estimulantes. Respecto a la Venlafaxina, los datos preliminares en adultos parecen confirmar su eficacia, y también en niños y adolescentes (los pacientes, de 8-17 años, mejoraron significativamente en las escalas para padres de impulsividad e hiperactividad del cuestionario de Conners).

*Eficacia de los IMAO:* Depresión: El único estudio citado (datado en 1988) demostró una eficacia clínica de los IMAO irreversibles en el 70% de una muestra de 23 adolescentes (21 de los cuales se incluyeron con el calificativo de resistentes al tratamiento con antidepresivos tricíclicos). Trastornos de ansiedad: Aunque existen varios estudios de la eficacia de los distintos IMAO (reversibles e irreversibles) en la fobia y ansiedad social, trastornos por evitación, etc, los autores del artículo no encontraron ninguno que estudiara la eficacia de estos fármacos en niños o adolescentes. TDAH, tipo residual: Los estudios realizados con IMAO clásicos demuestran una eficacia semejante a la de los estimulantes en el control de los síntomas. Menos claros son los resultados obtenidos con otros IMAO, como la Selegilina (IMAO-B); la mayoría de los estudios no han conseguido demostrar una eficacia superior al placebo, sin embargo hay un estudio en el que el 90% de los pacientes (con TDAH y Tourette comórbido) mejoraron con dosis bajas. En un estudio alemán con Moclobemida (IMAO-A reversible) se produjo una mejoría significativa en 9 de los 12 niños tratados (dosis óptima 150 mg/día).

*Efectos adversos:* Inhibidores selectivos y no selectivos de la recaptación de serotonina: La mayoría de los efectos adversos son semejantes a los vistos en adultos. De entre ellos destacan uno: la hipomanía. La preocupación principal respecto a los cuadros maníacos estriba en saber si el tratamiento precoz puede inducir una bipolaridad en individuos que de otra manera jamás la hubieran desarrollado. El resto de efectos secundarios principales (síntomas gastrointestinales e insomnio), generalmente son de corta duración y es raro que conduzcan a la supresión del tratamiento. El insomnio, generalmente aliviado por el tratamiento, en algunos casos puede mantenerse o incluso empeorar. Inhibidores de la MAO: Los IMAO reversibles tienen numerosas ventajas sobre los clásicos, tanto en sus escasas interacciones alimentarias y farmacológicas, como en la ausencia de efectos sobre la función cognitiva.

**266** *Propiedades farmacológicas y farmacocinéticas:* ISRS: Los distintos fármacos de este grupo (paroxetina, fluvoxamina, sertralina y fluoxetina) se comportan de forma diferente en cuanto a potencia inhibitoria y afectación de otros neurotransmisores in vitro. Sin embargo, in vivo, estas diferencias no parecen derivar en variaciones de eficacia. Sólo la fluoxetina tiene metabolitos activos que son hasta cuatro veces más potentes que la propia molécula original. La unión a proteínas plasmáticas es de superior al 90%, excepto la fluvoxamina que es inferior. La vida media plasmática más larga es la de la fluoxetina (2 días tras dosis única y 8 días tras dosis repetidas, con metabolitos activos hasta 19 días después). Existen pocos datos sobre el efecto de la edad en la absorción, metabolismo, niveles terapéuticos y potenciales interacciones farmacológicas, sin embargo parece que en niños y adolescentes se necesitarían mayores dosis relativas (miligramos por kilogramo de peso) que en adultos. Otros antidepresivos no tricíclicos: El bupropión, la venlafaxina, la trazodona y la nefazodona tienen diferentes modos de acción, pero perfiles de efectos secundarios similares (escasos). La venlafaxina tiene una vida media corta (3-7 horas) por lo que se administra en dos dosis diarias (o en una en la forma de liberación retardada); a diferencia de los ISRS inhibe con mucha menor intensidad el citocromo D450; en niños y adolescentes una dosis diaria de 2 mg/kg genera una concentración media plasmática de 110 ng/ml., claramente inferior a la conseguida en adultos (160 ng/ml con la misma dosis). La absorción de la nefazodona es máxima a la hora y tres horas (dos picos) de su administración oral, y se consiguen niveles estables tras 3-4

días de tratamiento (dos dosis al día); la dosis media utilizada en un estudio con niños y adolescentes (8 a 15 años) fue de 3.4 mg/kg de peso. IMAO: Sólo los IMAO-A irreversibles conducen a crisis hipertensivas tras la ingesta de sustancias que contienen tiramina. Su vida media es corta (hora y media a cuatro horas), pero carece apenas de importancia en su eficacia (pues esta deriva del porcentaje de MAO bloqueada). Se consiguen bloqueos irreversibles a los 5-10 días de iniciado el tratamiento y pueden necesitarse hasta dos semanas para regenerar MAOs activas. Los efectos clínicos de las IMAO hidracidas (isocarboxácida y fenelcina) suelen aparecer más tarde (por término medio a las 3-4 semanas) que los de las no hidracidas (tranilcipromina; inicio de acción promedio a los 10 días).

*Efecto de los psicotropos sobre el desarrollo cerebral:* No existen estudios sobre los efectos a largo plazo del tratamiento con psicofármacos en el desarrollo del SNC, aún cuando ésta es una de las principales preocupaciones de los psiquiatras infantiles. En el momento de prescribir un fármaco la decisión debe basarse en sopesar el riesgo de evolución y desarrollo alterado en relación con la propia enfermedad y la información existente respecto al fármaco. Los estudios realizados en animales no son concluyentes ni fácilmente extrapolables a los humanos. Parece que la capacidad de síntesis y almacenamiento monoaminérgico persiste durante el desarrollo madurativo, pero algunos estudios apuntan la posibilidad de regulaciones al alza (up-regulation) compensatorias al tratamiento tanto de los lugares de recaptación como de los receptores serotoninérgicos, cuya repercusión real (clínica) no está aclarada.

**L'INTERPRÉTATION EN PSYCHOTHÉRAPIE  
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS**

*J. Manzano (Dir.)*

*Editions Médecine et Hygiène. Chêne-Bourg. 1997.*

Juan Manzano nos tiene acostumbrados a pequeñas y sabrosas píldoras de saber clínico. En estos tiempos en que el pragmatismo y la simplicidad inundan las ofertas bibliográficas, se arriesga a publicar un texto de recopilación sobre psicoterapia psicoanalítica en niños/as y adolescentes. Al menos hay que reconocerle valor y coherencia.

Los últimos quince años no han sido, precisamente, los mejores para la perspectiva psicoanalítica. No obstante los coautores de este pequeño texto declaran con un optimismo, a todas luces encomiable, que esta modalidad terapéutica es la escogida para la mayoría de los trastornos mentales de estas edades. Por esta razón, aducida y defendida por este grupo de autores europeos, es por lo que pretenden actualizar el recurso técnico central y clave: la interpretación del inconsciente.

Se exponen trabajos con una doble perspectiva técnica: por una parte desde el proceso de desarrollo, en el concepto psicoanalítico (primera infancia, la latencia y la adolescencia) y un segundo bloque se dedica a las técnicas terapéuticas: individuales, grupales psicodramáticas y la interpretación de los sueños infantiles.

El último capítulo pone el dedo en la llaga de la dificultad técnica de las psicoterapias en la infancia y la adolescencia: "Nosotros (por los psicoterapeutas infantiles) no tenemos el confort relativo del análisis de adultos con su escucha flotante". En efecto en la infancia se puede estar flotando (mayormente de despiste a desconocimiento), pero es muy difícil permanecer flotante. Los niños/as requieren al psicoterapeuta, lo cuestionan, lo ponen en evidencia.

El esfuerzo de este libro es encomiable. Nadar contracorriente de los tiempos y encontrarse a gusto es toda una hazaña. Reconfirma esta opción de los autores y es loable la dedicatoria del Director.

Hace unos años el propio Diatkine había publicado un texto parecido, pero era denso, duro. Este texto es más llevadero y práctico, menos teórico y más clínico. Pero no por ello menos riguroso. Simplemente: está adecuado a los tiempos actuales. Psicoterapeutas en formación y con experiencia lo agradeceremos.

Es un libro para estar en la mesilla de trabajo y en la estantería de la ilusión. Una ven más, gracias Juan.

**LA CONSTELACION MATERNAL**

*D. N. Stern*

*Paidós. Barcelona, 1997*

La psicoterapia, mejor diría las psicoterapias, están en un momento comprometido. De la complejidad ininteligible y abstracta del purismo psicoanalítico al simplismo de algunas recetas conductuales o sistemáticas parecía que no había nada o cabía todo.

En el presente texto un autor riguroso y arriesgado expone un principio de realidad clínica: la psicoterapia es una técnica que puede y debe emplearse para abordar los trastornos de la infancia... Con esta premisa el autor se sumerge en la piscina de cómo hacerlo. Para abordar esta difícil cuestión debe revisar los planteamientos de las diferentes perspectivas teóricas, Stern lo hace y ¡cómo lo hace! Es original hasta en la forma de hacerlo, se aleja de hacer una mera exposición por perspectivas teóricas o por técnicas de aplicación, realiza una aproximación según la aplicación estructural de la técnica psicoterapéutica. Es decir plantea el tema desde dos perspectivas: o se modifican las representaciones parentales o se modifican las conductas interactivas.

Con esta aproximación a la estructura misma de la psicoterapia, la perspectiva teórica o meramente técnica ya no tiene tanta importancia. El debate estéril y esterilizante sobre quién y cómo hacer una psicoterapia en la infancia adquiere una nueva dimensión en base a los fundamentos clínicos y a la experiencia contrastada. Lo importante pasa a ser la vía de entrada en la estructura de las funciones parento-filiales: o la interacción o la representación.

Este cambio de enfoque origina una nueva vía de entrada: la labor de filtro o mediadora de la función materna y que Stern, con un gran sentido, la denomina "constelación maternal". En efecto, no es sólo una figura, ni siquiera una persona, ni tampoco es subsidiaria de ser una único sexo, ni siquiera la mera relación biológica es una constelación compleja donde todo lo anterior tiene su lugar, pero también lo tiene sus expectativas, sus representaciones del ser madre, padre e hijo/a.

Un libro bello, sugerente, serio y riguroso, pero al mismo tiempo de apertura. Solo la experiencia clínica, el saber investigador y la gran intuición de Stern podría ponernos en el disparadero de la ilusión psicoterapéutica. Es un libro de inquietudes, no se puede permanecer indiferente. Ni siquiera el lector, por muy anodino e indolente que sea, puede permanecer a la expectativa o en la incredulidad. Este texto es un revulsivo que los profesionales agradecemos.

268 **LES DÉPRESIONS CHEZ L'ENFANT ET  
L'ADOLESCENT. Faits et questions**

*Varios autores dirigidos por:  
Marie-Christine Mouren-Simeoni  
Rachel G. Klein  
Expansion Scientifique Publications. París 1997*

Este libro se ha producido por iniciativa francesa, de M. C. Mouren-Simeoni que fue discípula de Dugas, procurando una ordenada colaboración entre expertos muy alejados, tanto por sus países de procedencia como por su formación teórica y sus métodos de práctica clínica. Francia, Gran Bretaña, Canadá, Bélgica y Estados Unidos aportan los 26 autores de la obra.

Dentro de una estructura cartesiana se desarrollan ocho apartados precedidos de un emotivo prólogo de M Dugas.

El apartado I, Tipologías clínicas, que consume un tercio del espacio del libro, está dividido en cinco secciones que acogen a) el Trastorno depresivo mayor con especial atención a la psicopatología del desarrollo, b) el discutido Trastorno Distímico, c) las depresiones "atípicas" de la infancia y la adolescencia, d) los trastornos de adaptación con fondo depresivo y, e) los Trastornos afectivos estacionales; aportación esta última novedosa y amplia.

Un segundo apartado se dedica a la epidemiología de la depresión en estas edades, analizada fundamentalmente desde la perspectiva norteamericana y con la triste ausencia de los notables estudios en España (como único estudio europeo figura el de G. Esser et al. en Alemania); la segunda sección trata sobre la inevitable comorbilidad, que discute y analiza M. Kovacs.

El apartado III, dedicado a la evaluación de la depresión, ofrece un análisis extenso de entrevistas (6) y escalas (más de 17); aunque puede resultar insuficiente en para la práctica clínica respecto a recomendaciones sobre la entrevista personal o las distinciones diagnósticas, así como en las consideraciones etiológicas y la consecuente estructuración terapéutica.

La evolución de los trastornos del humor hasta la edad adulta se estudia en el cuarto apartado; separando la depresión, la enfermedad bipolar y la relación suicidio-depresión.

La biología de la depresión está desarrollada en dos capítulos. Uno es otra obra póstuma de Joaquim Puig-Antich (Neurobiología de la depresión en el niño y el adolescente) que estructura las posibles contribuciones de la neurobiología para la comprensión de la depresión infantil; el otro aborda los conocimientos sobre el sueño y la depresión en la edad adulta y en los menores.

El sexto apartado comprende tres capítulos que revisan ampliamente la vulnerabilidad para sufrir trastornos depresivos, tanto genética como temperamental y psicosocial. La relatividad y la importancia de unos y otros factores son contrastadas y pormenorizadas.

Los aspectos terapéuticos (psicofarmacológicos, psicodinámicos, cognitivo-conductuales, interpersonales y familiares) construyen el último apartado. Entre todos ellos recogen 204 referencias bibliográficas, lo que permite ampliar las carencias que puedan señalarse según la inclinación doctrinal, la profundidad teórica o la experiencia práctica de cada lector.

El prólogo y dos capítulos de la obra, proporcionan el primer testimonio amplio de M Dugas, quien nos ofrece sus puntos de vista fundamentales sobre los trastornos depresivos en estas edades. En homenaje a su esfuerzo antes poco comprendido, conviene recordar que ha estudiado los trastornos depresivos desde los años sesenta, defendiendo su existencia y analizando sus múltiples y aún difusos elementos promotores, fermentadores, inductores y conservadores. Recoge también testimonios de su dilatada práctica clínica comprometida siempre con sus convicciones racionales respecto a las depresiones infantiles y juveniles. Gracias.

Entre una oferta editorial cada vez más extensa, este libro recoge datos y criterios que contribuyen al conocimiento, la duda, el interés y el progreso en el tema que desarrolla.

*P. Rodríguez-Ramos*

## JORNADAS DE PSICOPEDIATRÍA

Barcelona, del 17 al 19 de enero del 2000.

*Sede:* Salón de Actos del Pabellón Docente de los Hospitales Vall d'Hebrón.

*Secretaría técnica:* Nuria Basas. Unitat de Psiquiatria. Hospital Materno - Infantil Vall d'Hebrón. Pg. Vall d'Hebrón, 119-129. 08035 Barcelona. Telf.: 93 458 31 00, exts. 3345 y 3149. Fax: 93 489 30 39.

## JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

Barcelona, del 20 al 23 de enero del 2000.

*Sede:* Salón de Actos del Pabellón Docente de los Hospitales Vall d'Hebrón.

*Secretaría técnica:* Nuria Basas. Unitat de Psiquiatria. Hospital Materno - Infantil Vall d'Hebrón. Pg. Vall d'Hebrón, 119-129. 08035 Barcelona. Telf.: 93 458 31 00, exts. 3345 y 3149. Fax: 93 489 30 39.

## VI SYMPOSIUM INTERDISCIPLINARIO DE PEDIATRÍA PSICOSOCIAL

Barcelona, 10 y 11 de marzo del 2000

*Organiza:* Hospital San Rafael. Barcelona.

*Tema:* Actualizaciones en Psicopediatría.

*Secretaría técnica:* GUIA. Centre Psicopediàtric i d'Orientació (Santiago Batlle). C/ Valencia, 377-379, ent. 2ª. 08013 Barcelona. Telf.: 93 458 10 41. Fax: 93 457 70 72.

## VII SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE ACTUALIZACIONES Y CONTROVERSAS EN PSIQUIATRÍA. DELIRIOS.

Barcelona, 30 y 31 de marzo del 2000.

*Organiza:* Unitat de Psiquiatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Servei de Psiquiatria. Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge.

*Secretaría técnica:* Grupo GEYSECO. C/ Marina, 27. 08005 Barcelona. Telf.: 93 221 22 42. Fax: 93 221 70 05. Internet: [www.geyseco.com/delirios2000.htm](http://www.geyseco.com/delirios2000.htm). E-mail: [geybcn@adv.es](mailto:geybcn@adv.es).

## 37 REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Girona, 18-20 de mayo del 2000.

*Organiza:* Dr. Josep Cornellá i Canals. C/ Riu Guell, 22. 1º-3º. 17005 Girona. Telf.: 97 220 86 70. E-mail: [cornella@comg.es](mailto:cornella@comg.es).

## I SIMPOSIO INTERNACIONAL FRONTERAS EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA. ANOREXIA NERVIOSA

Madrid, 14, 15 y 16 de junio del 2000.

*Sede:* Palacio de Congresos. Pº. de la Castellana, 99. Madrid.

*Secretaría técnica:* Grupo GEYSECO. C/ Mauricio Legendre, 6. 1º A. 28046 Madrid. Telf.: 91 323 37 01. Fax: 91 323 49 36. E-mail: [geymad@adv.es](mailto:geymad@adv.es). <http://www.geyseco.com>.

## 1º CONGRESO EUROPEO DE PSICOTERAPIA

Barcelona, del 6 al 9 de septiembre del 2000.

*Secretaría técnica:* Mensa Molinos Relacions Publiques. C/ Porta de l'Angel, 4 - 3ºB. Telf.: (34) 93 301 65 78/ 412 57 97. Fax: (34) 93 301 65 78. 08002 Barcelona. E-mail: [mena-molinos@bcn.servicom.es](mailto:mena-molinos@bcn.servicom.es).

## ESTADÍSTICA AVANZADA EN EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Granada, del 8 de enero al 28 de febrero del 2001.

*Secretaría técnica:* Red Maristá. Dpto. Psiquiatria. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Avda. Madrid, 1. 18071 Granada. Telf.: (34) 95 827 26 51. Fax: (34) 95 827 52 14. Prof. F. Torres González. [Ftorres@goliat.ugr.es](mailto:Ftorres@goliat.ugr.es).

## ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

### 37ª REUNIÓN ANUAL

*Girona, 18 – 20 de mayo de 2000*

**Presidente:** Dr. J. Cornellá i Canals. Tf.: 972 20 86 70. E-mail: cornella@comg.es

### PROGRAMA

#### Jueves 18 de mayo

18,00 h. SIMPOSIUM DE PSICOPEDIATRÍA in memoriam Prof. Lluís Folch i Camarasa

**"Los límites del diagnóstico en psicopediatría"** Moderador: Dr. J. L. Pedreira

20,00 h. ACTO INAUGURAL. Acto Oficial In Memoriam Prof. Lluís Folch i Camarasa

#### Viernes 19 de mayo

09,00 h. PONENCIA

**"Avances terapéuticos en el primer episodio esquizofrénico del adolescente"**

Moderador: Dr. X. Gastaminza

12,00 h. CONFERENCIA INAUGURAL

**"El adolescente en la sociedad postmoderna: factores de riesgo y de protección en la esfera psicosocial"**

Prof. Gustavo A. Girard (Hospital de Clínicas. Buenos Aires, Argentina)

13,00 h. HOMENAJE AL Dr. Vicente López-Ibor Camós

16,00 h. MESA REDONDA

**"Trastornos Asociados a las separaciones/divorcios y reconstrucciones familiares en niños y adolescentes"**

Moderadora: M<sup>a</sup>. T. Pi i Ordóñez

16,00 h. COMUNICACIONES LIBRES

18,30 h. H. TALLER DE INVESTIGACIÓN

Moderador: Dr. J. L. Alcázar

#### Sábado 20 de mayo

09,00 h. MESA REDONDA

**"Trastornos de identidad sexual"**

Moderador: Dr. C. Antolín

12,00 h. ASAMBLEA ADMINISTRATIVA

12,45 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA

**"Las trampas psicológicas en la adolescencia"**

Prof. J. Rodríguez Sacristán

13,45 h. CLAUSURA DE LA REUNIÓN. ENTREGA DE PREMIOS



# Risperdal

TRADemark

RISPERIDONA

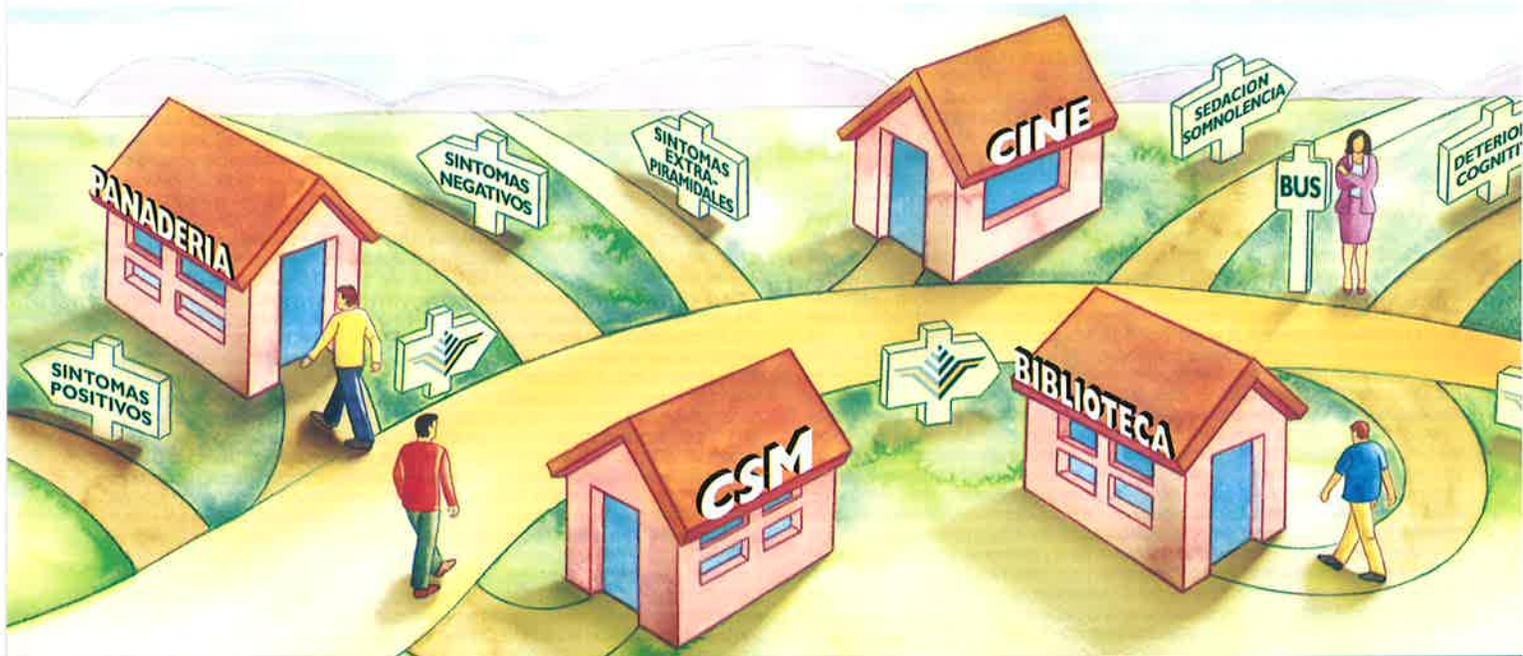
**1. Nombre del medicamento:** RISPERDAL (Risperidona). **2. Composición cualitativa y cuantitativa:** RISPERDAL 1 mg, comprimidos: Risperidona 1 mg/comprimido. RISPERDAL 3 mg, comprimidos: Risperidona 3 mg/comprimido. RISPERDAL solución oral: Risperidona 1 mg/ml. **3. Forma farmacéutica:** Comprimidos recubiertos orales: 1 mg de risperidona como comprimido oblongo, ranurado, blanco. 3 mg de risperidona como comprimido oblongo, ranurado, amarillo. Solución oral: 1 mg de risperidona por mililitro. **4. Datos clínicos:** **a) Indicaciones terapéuticas:** RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la psicosis esquizofrénica aguda y crónica, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERDAL también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. **b) Posología y forma de administración:** RISPERDAL está disponible en comprimidos y solución oral. Cuando RISPERDAL va a reemplazar a otros antipsicóticos, se recomienda, si es apropiado desde el punto de vista médico, interrumpir de forma gradual el tratamiento previo, al mismo tiempo que se inicia la terapia con RISPERDAL. También, y si es adecuado desde el punto de vista médico, cuando se trate de interrumpir un tratamiento con antipsicóticos depot, se puede iniciar la terapia con RISPERDAL, reemplazando al siguiente interiny programado. Se debe evaluar periódicamente la necesidad de continuar con la medicación antiparkinsoniana que ya exista. **Adultos** RISPERDAL se puede administrar una vez al día o dos veces al día. Se debe ajustar la dosis hasta 6 mg, de forma gradual a lo largo de tres días. Todos los pacientes tanto los que presentan esquizofrenia aguda como crónica, deben comenzar con 2 mg/día de RISPERDAL. En el segundo día se incrementará la dosis hasta 4 mg, y en el tercer día hasta 6 mg. Después de esto la dosis se puede mantener sin cambios o bien individualizarse, si fuera necesario. La dosis óptima habitual está entre 4 y 8 mg/día. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse de dosis inferiores. Un ajuste de dosis más lento puede ser clínicamente adecuado. Los dosis por encima de 10 mg/día, no han demostrado ser más eficaces que las dosis más bajas y pueden ser causa de síntomas extrapiramidales. Dado que no se ha evaluado la seguridad para dosis mayores de 16 mg/día, no se deben utilizar dosis por encima de este nivel. Si adicionalmente se requiere un efecto sedante puede administrarse RISPERDAL con una benzodiacepina. **Anchianos** Se recomienda una dosis inicial de 0,5 mg dos veces al día. Esta dosis puede individualizarse mediante incrementos de 0,5 mg, 2 veces al día, hasta 1-2 mg, dos veces al día. RISPERDAL es bien tolerado en este grupo de pacientes. **Niños** Se carece de experiencia en niños menores de 15 años. **Enfermedad renal o hepática** Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis de 0,5 mg, dos veces al día. Esta dosis puede individualizarse mediante incrementos de 0,5 mg, 2 veces al día, hasta 1-2 mg, dos veces al día. RISPERDAL debe usarse con precaución en este grupo de pacientes hasta que se posea más experiencia. **c) Contraindicaciones** RISPERDAL está contraindicado en pacientes con conocida hipersensibilidad al producto. **d) Advertencias y precauciones especiales de empleo** Debido a la actividad  $\alpha$ -bloqueadora de RISPERDAL, puede manifestarse hipotensión ortostática, especialmente durante el período inicial de ajuste de la dosis. RISPERDAL debe usarse con precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares (p.e. insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, alteraciones de la conducción, deshidratación, hipovolemia o enfermedad cerebrovascular) y seguir las recomendaciones de ajuste gradual de la dosis (ver Posología y método de administración). Si se manifiesta hipotensión debe considerarse una reducción de la dosis. Los fármacos poseedores de propiedades antagonistas del receptor de la dopamina han sido relacionados con la inducción de discinesia tardía, la cual se caracteriza por movimientos rítmicos involuntarios, fundamentalmente de la lengua y/o cara. Se ha comunicado la aparición de síntomas extrapiramidales como un posible factor de riesgo en el desarrollo de la discinesia tardía. Dado que el potencial de RISPERDAL para inducir síntomas extrapiramidales es más bajo que el de los neurolepticos clásicos, el riesgo de inducir discinesia tardía se reduce en comparación con estos últimos. Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, deberá considerarse la suspensión del tratamiento con todos los fármacos antipsicóticos. Con los neurolepticos clásicos se ha informado del llamado Síndrome Maligno de los Neurolepticos, caracterizado por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad automática, alteraciones de la conciencia y aumento de los niveles de CPK. En caso de producirse deberá suspenderse el tratamiento de todos los fármacos antipsicóticos, incluido RISPERDAL y se enviará urgentemente al paciente a un centro hospitalario. En caso de pacientes geriátricos o defectos de insuficiencia renal o hepática se recomienda disminuir a la mitad tanto la dosis inicial como los posteriores incrementos de dosis. RISPERDAL debe prescribirse con precaución a pacientes con parkinson ya que, teóricamente, puede causar un empeoramiento de esta enfermedad. También es conocido que los neurolepticos clásicos disminuyen el umbral de convulsiones. Se recomienda prudencia cuando se trate a pacientes epilépticos. Debe aconsejarse a los pacientes que se abstengan de realizar comidas excesivas, dada la posibilidad de aumento de peso. Risperdal comprimidos contienen lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en este preparado no es probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas debe de consultarse a su médico. **e) Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han evaluado de forma sistemática los riesgos de utilizar RISPERDAL en combinación con otros fármacos. Dado los efectos básicos de RISPERDAL sobre el SNC debe usarse con precaución cuando se utilice en combinación con otros fármacos de acción central. RISPERDAL puede antagonizar el efecto de la levodopa así como de otros agonistas de la dopamina. Se ha demostrado que la carbamacepina disminuye los niveles plasmáticos de la fracción antipsicótica activa de RISPERDAL. Se han observado efectos similares con otros inductores de los enzimas hepáticos. En la interrupción de carbamacepina u otros inductores enzimáticos hepáticos se debe de reevaluar la dosis de RISPERDAL y si es necesario disminuirla. Fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos y algunos betabloqueantes pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de risperidona pero no la fracción antipsicótica. Cuando RISPERDAL se administra conjuntamente con otros fármacos de fuerte unión a proteínas plasmáticas no se produce un desplazamiento significativo de ninguno de los fármacos de los de las mismas. Los alimentos no afectan la absorción de RISPERDAL. **f) Embarazo y lactancia** Embarazo: Categoría B3. No se ha comprobado la seguridad de RISPERDAL durante el embarazo en humanos. Aunque, en animales de experimentación, risperidona no ha mostrado toxicidad directa sobre la función reproductora, se han observado ciertos efectos indirectos mediados por prolactina y Sistema Nervioso Central. No se ha detectado ningún efecto teratogénico en ningún estudio. No obstante, sólo debe usarse RISPERDAL durante el embarazo cuando los beneficios justifican los riesgos. Se desconoce si RISPERDAL se excreta por la leche humana. En estudios en animales, risperidona y 9-hidroxi-risperidona se excretan por la leche. Consecuentemente, no se administrará RISPERDAL a madres lactantes. **g) Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar maquinaria** RISPERDAL puede

de interferir con aquellas actividades que requieran alerta mental. Consecuentemente, debe aconsejarse a los pacientes no conducir ni manejar maquinaria hasta conocer su susceptibilidad particular al producto. **h) Reacciones adversas** Basándose en una experiencia clínica muy amplia que incluye tratamiento de larga duración, RISPERDAL es generalmente bien tolerado. RISPERDAL es generalmente bien tolerado y en la mayoría de los casos resulta difícil diferenciar los efectos adversos de los síntomas de la enfermedad subyacente. A continuación se listan los efectos adversos observados asociados con el uso de RISPERDAL. **Comunes** Insomnio, agitación, ansiedad, jaqueca. **Menos comunes** Somnolencia, fatiga, mareos, falta de concentración, estreñimiento, dispepsia, náuseas/vómitos, dolor abdominal, visión borrosa, priapismo, disfunción de la erección, de la eyaculación y orgásmica, incontinencia urinaria, rinitis, rash y otras reacciones alérgicas. RISPERDAL posee una menor tendencia que los neurolepticos clásicos a inducir síntomas extrapiramidales. No obstante, en algunos casos, pueden manifestarse los siguientes síntomas: temblores, rigidez, hipersalivación, bradicinesia, acatisia, distonía aguda. Estos síntomas son habitualmente leves y reversibles al disminuir la dosis y/o al administrar, en caso necesario medicación antiparkinsoniana. Ocasionales, durante el tratamiento con RISPERDAL se han observado hipotensión (ortostática), taquicardia (refleja) o hipertensión (ver precauciones). Se ha informado de una disminución ligera del recuento de neutrófilos o/y trombocitos. RISPERDAL puede inducir un aumento dosis-dependiente de las concentraciones plasmáticas de prolactina, por lo cual pueden manifestarse galactorrea, ginecomastia, alteraciones del ciclo menstrual y amenorreas. Durante el tratamiento con RISPERDAL se ha observado aumento de peso, edema, y aumento de los niveles de enzimas hepáticas. Como los neurolepticos clásicos, ocasionalmente se ha informado de los siguientes efectos en pacientes psicóticos: intoxicación acuosa debido o bien a polidipsia psicogénica o bien al síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética (SIADH), discinesia tardía, síndrome neuroleptico maligno, falta de regulación de la temperatura corporal y convulsiones. **i) Sobre dosis/interacción** **Síntomas** En general, los síntomas comunicados son aquellos resultantes de una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del producto incluyendo mareos, sedación, taquicardia, hipotensión y síntomas extrapiramidales. Se ha comunicado sobre dosis/interacción por encima de 360 mg. Los datos de que se disponen sugieren un amplio margen de seguridad. En un paciente con hipocalcemia concomitante que tomó 360 mg, se comunicó un prolongamiento del intervalo QT. En caso de sobre dosis/interacción aguda debe tenerse en cuenta la posible implicación de polimedicación. **Tratamiento** Deben mantenerse libres las vías respiratorias y asegurarse una ventilación y oxigenación adecuadas. Debe considerarse la posibilidad de lavado gástrico (tras intubación si el paciente está inconsciente) y administración del carbón activo conjuntamente con un laxante. Debe establecerse inmediatamente monitorización cardiaca, la cual incluirá monitorización electrocardiográfica continua con el fin de detectar posibles arritmias. No existen antídotos específicos para RISPERDAL. Consecuentemente, deberán utilizarse las medidas de soporte adecuadas. La hipotensión y el colapso respiratorio deberán tratarse con medidas adecuadas tales como fluidos intravenosos y/o agentes simpaticomiméticos. En caso de presentarse síntomas extrapiramidales graves, se administrará una medicación anticolinérgica. Debe mantenerse monitorización interna y supervisión médica hasta que el paciente se recupere. **5. Propiedades farmacológicas a) Propiedades farmacodinámicas** RISPERDAL es un antagonista monoaminérgico selectivo con propiedades únicas. Posee una alta afinidad por los receptores 5-HT<sub>2</sub>, serotonérgicos y D<sub>2</sub>, dopaminérgicos. RISPERDAL se une también a los receptores  $\alpha$ -adrenérgicos, y con baja actividad a los receptores H<sub>1</sub>, histaminérgicos y  $\alpha$ -adrenérgicos. Risperidona, no tiene afinidad por los receptores colinérgicos. Aunque RISPERDAL es un potente antagonista D<sub>2</sub>, lo cual se considera que mejora los síntomas positivos de la esquizofrenia, causa una menor depresión de la actividad motora e inducción de cataplejía que los neurolepticos clásicos. El equilibrio antagonista central de serotonina y dopamina puede disminuir el riesgo de efectos secundarios extrapiramidales y extender su actividad terapéutica a los síntomas negativos y afectivos de la esquizofrenia. **b) Propiedades farmacocinéticas** RISPERDAL se absorbe completamente tras su administración por vía oral, alcanzando concentraciones plasmáticas máximas entre 1 y 2 horas. Los alimentos no afectan a su absorción, por lo cual, RISPERDAL puede administrarse con o sin comidas. RISPERDAL se metaboliza parcialmente a 9-hidroxi-risperidona la cual tiene una actividad farmacológica similar a la de risperidona. Risperidona y 9-hidroxi-risperidona forman pues la fracción antipsicótica activa. Otra vía de metabolización de RISPERDAL es la N-desalquilación. Tras la administración oral a pacientes psicóticos, la risperidona se elimina con una semivida de alrededor de 3 horas. La semivida de eliminación, tanto de la 9-hidroxi-risperidona como de la fracción antipsicótica activa es de 24 horas. El estado de equilibrio ("steady state") de risperidona se alcanza, en la mayoría de los pacientes, durante el primer día. El estado de equilibrio de la 9-hidroxi-risperidona se alcanza dentro de los 4 ó 5 días de tratamiento. Las concentraciones plasmáticas de RISPERDAL son proporcionales a la dosis administrada, dentro del rango de dosis terapéuticas establecido. RISPERDAL se distribuye rápidamente. El volumen de distribución es de 1-2 litros por kilo. En plasma RISPERDAL se une a la albúmina y a las  $\alpha$ -glucoproteínas ácidas. La unión de risperidona a proteínas plasmáticas es del 88% y de la 9-hidroxi-risperidona del 77%. Una semana después de su administración, el 70% de la dosis se ha eliminado por vía urinaria y el 14% por las heces. En la orina, risperidona y 9-hidroxi-risperidona representan el 35 - 45% de la dosis administrada. Los demás metabolitos son inactivos. Un ensayo de dosis única mostró mayores concentraciones plasmáticas activas y una eliminación más lenta de RISPERDAL en pacientes geriátricos y en pacientes con insuficiencia renal. La concentración plasmática de RISPERDAL es normal en pacientes con insuficiencia hepática. **c) Datos preclínicos de seguridad** No hay ningún hallazgo que comunicar que sea relevante y que no esté incluido en otras secciones. **6. Datos farmacéuticos a) Relaciones de excipientes** **Comprimidos:** Núcleo del comprimido Lactosa Almidón de maíz; Celulosa microcristalina Hipromelosa 2910 15mPa.s<sup>20</sup>; Estearato magnésico Sílice anhídrido coloidal Lauril sulfato sódico. **Recubrimiento** Hipromelosa 2910 5 mPa.s<sup>20</sup>; Propileno glicol Dióxido de titanio (E171)<sup>20</sup>; Talco<sup>20</sup>; Amarillo de quinoleína (E104)<sup>20</sup>; Sólido en comprimidos de 1 y 3 mg. <sup>20</sup> Sólido en comprimidos de 3 mg. **Solución oral:** Ácido tartárico Ácido benzoico Hidróxido sódico Agua purificado **b) Incompatibilidades** **a)** Incompatibilidades RISPERDAL es incompatible con el té. **c) Período de validez** RISPERDAL 1 mg y RISPERDAL 3 mg, comprimidos: 3 años en todos los zonas climáticas cuando se acondiciona en blísters de PVC-PE-PVDC/Al. RISPERDAL solución oral (1 mg/ml): 2 años para todas las zonas climáticas protegido de la congelación. **d) Precauciones especiales de conservación** RISPERDAL comprimidos se almacenarán entre 15°C y 30°C. RISPERDAL solución oral se almacenará entre 15°C y 30°C y se protegerá de la congelación. Mantener fuera del alcance de los niños. **e) Naturaleza y contenido del recipiente** Los comprimidos se acondicionan en blister PVC-PE-PVDC/Al consistentes en una hoja de aluminio de 20  $\mu$ m con un recubrimiento de sellado térmico de 6  $\mu$ m<sup>2</sup> y una hoja de tres capas: PVC 200  $\mu$ m, LDPE 25  $\mu$ m, PVDC 90  $\mu$ m<sup>2</sup>. Cada blister se acondiciona en una caja de cartón (2 ó 6 blister por caja). La solución oral se envasa en un frasco de vidrio tapado con cierre de plástico a prueba de niños. RISPERDAL solución oral de 1 mg/ml se suministra en frascos de 100 ml y 30 ml con una jeringuilla de 3 ml, calibrada en miligramos y mililitros. El volumen mínimo es de 0,25 ml. El volumen máximo es de 3 ml. **f) Nombre o razón social del titular de comercialización:** Janssen-Cilag, S.A. Paseo de Los Doce Estrellas, 5-7. 28042 Madrid 7. Condiciones de prestación Farmacéutica del S.N.S. Con receta médica. A estas especialidades les corresponden APOR-TACION REDUCIDA (CICERO). **8. Presentaciones y P.V.P. (IVA)** 20 comprimidos 1 mg: 3.152 Ptas. N.M.; 60 comprimidos 1 mg: 9.272 Ptas. N.M.; 20 comprimidos 3 mg: 9.251 Ptas. N.M.; 60 comprimidos 3 mg: 27.570 Ptas. N.M.; 30 ml 1 mg/ml: 4.681 Ptas. N.M.; 100 ml 1 mg/ml: 15.601 Ptas. N.M. **Texto Revisado: Julio, 1998**



**JANSSEN-CILAG, S.A.**  
Paseo de las Doce Estrellas, 5 - 7  
28042 - Madrid

# En el camino de la reintegración



Eficaz en el control de síntomas positivos,  
negativos y afectivos



Baja incidencia de efectos extrapiramidales



Baja incidencia de sedación



Mínimo aumento de peso



Ausencia de efectos anticolinérgicos

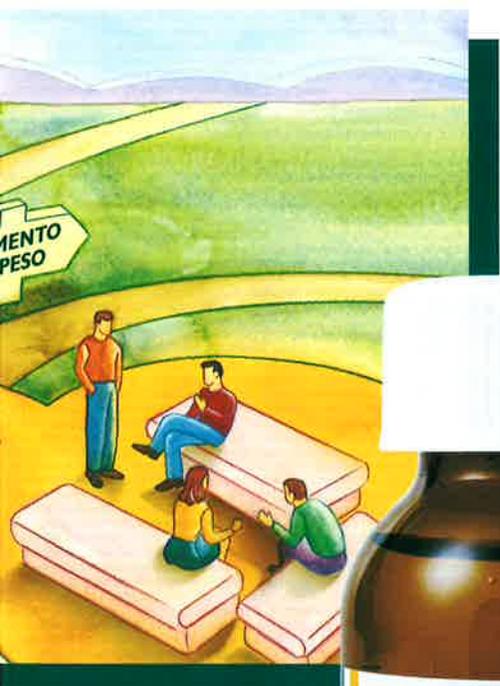


# Risperdal

TRADEMARK

## RISPERIDONA

*El antipsicótico de primera línea*



**El único  
antipsicótico atípico  
en Solución Oral**



*Una vez al día*

FICHA TÉCNICA AREMIS Sertralina NOMBRE DEL MEDICAMENTO AREMIS 50 AREMIS 100 COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Cada comprimido contiene como principio activo: AREMIS 50 Sertralina (DC) (Ectodina) 50 mg/100 mg Lista de excipientes. Cada comprimido contiene como excipientes: Fosfato cálcico dibásico, celulosa microcristalina, hidroxipropilcelulosa, almidón glicolato sódico, estearato magnésico, hidroxipropilmetilcelulosa, polietilenglicol, polisorbato, ácido de titanio (E171). FORMA FARMACÉUTICA Comprimidos recubiertos ranurados. DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas AREMIS (Sertralina) está indicado para el tratamiento de los síntomas de la depresión. Tras alcanzar una respuesta satisfactoria, la continuación del tratamiento con AREMIS (Sertralina) es eficaz para prevenir las recaídas del episodio inicial de depresión o la recurrencia de nuevos episodios depresivos. AREMIS (Sertralina) está también indicado en el tratamiento de los Trastornos Obsesivo Compulsivos (TOC). AREMIS (Sertralina) está también indicado para el tratamiento de los Trastornos de Pánico, con o sin agorafobia. AREMIS (Sertralina) está también indicado en el tratamiento de los Trastornos Obsesivo Compulsivos (TOC) en pacientes pediátricos. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN Uso en adultos AREMIS (Sertralina) debe administrarse por vía oral en una sola dosis diaria, en la mañana o la noche, con o sin alimento. El modo de administración de AREMIS (Sertralina) debe tratarse sin más, con ayuda de un poco de líquido. La dosis terapéutica habitual para la depresión es de 50 mg/día. Para los Trastornos Obsesivo Compulsivos (TOC) y los Trastornos de Pánico, la dosis mínima efectiva recomendada es de 50 mg/día. Sin embargo, el tratamiento para los Trastornos de Pánico debe comenzar con 25 mg/día, incrementándose hasta 50 mg/día después de una semana. Se ha observado que la eficacia de AREMIS (Sertralina) es superior a la de otros fármacos serotoninérgicos en el tratamiento de los Trastornos de Pánico. La dosis diaria para todas las indicaciones puede incrementarse de 50 a 50 mg a lo largo de un período de semanas. La dosis máxima recomendada de Sertralina es de 200 mg/día. La aparición del efecto terapéutico puede observarse en 7 días, aunque normalmente se necesitan dos a cuatro semanas para observar el efecto. Incluso un período mayor en el caso de TOC, para obtener una actividad terapéutica completa. Durante los períodos prolongados de tratamiento de mantenimiento, la dosis debe ajustarse al nivel mínimo eficaz, con ajustes posteriores dependiendo de la respuesta terapéutica. Uso en niños: Se ha establecido la seguridad y eficacia de Sertralina en pacientes pediátricos (6-17 años) con TOC. La administración de Sertralina en pacientes de 13 a 17 años de edad con TOC debe iniciarse con 50 mg/día. El tratamiento de los pacientes de 6 a 12 años de edad con TOC debe iniciarse con 25 mg/día e incrementarse a 50 mg/día tras 1 semana. En caso de no obtener respuesta, las dosis pueden incrementarse de 50 a 50 mg hasta un máximo de 200 mg/día. Sin embargo, el menor peso corporal de los niños en comparación con el de los adultos debe tenerse en cuenta al aumentar la dosis por encima de 50 mg con el fin de evitar una dosis excesiva. Dado que el modo de eliminación de Sertralina es de 24 h, los cambios de dosis no deberían hacerse en intervalos de menos de 1 semana. Uso en ancianos: AREMIS (Sertralina) puede utilizarse en ancianos con el mismo rango de dosis empleado en pacientes jóvenes. CONTRAINDICACIONES AREMIS (Sertralina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al mismo. Está contraindicado el uso concomitante en pacientes que toman IMAOs (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES especiales de empleo - Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO). Se han comunicado casos de reacciones graves, algunas veces fatales, en pacientes que toman Sertralina asociada con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), incluyendo el IMAO selectivo, selegilina, y el IMAO selectivo y reversible, moclobemida. Algunos casos presentaron cuadros semejantes al síndrome serotoninérgico maligno. Casos similares, a veces fatales, se han comunicado durante el tratamiento con otros antidepresivos asociados con un IMAO, y en pacientes que recientemente habían interrumpido el tratamiento antidepresivo o ambivalente y habían comenzado el tratamiento con un IMAO. Los síntomas de una interacción entre un ISRS y un IMAO incluyen: hipertemia, rigidez, mioclonía, inestabilidad autónoma con posibles fluctuaciones rígidas de los signos vitales, cambios del estado mental que incluyen confusión, irritabilidad, y agitación extrema que progresan a delirio y coma. Por consiguiente, no debe administrarse Sertralina en asociación con un IMAO, y deben transcurrir 14 días entre la interrupción del tratamiento con el IMAO y el inicio del tratamiento con AREMIS (Sertralina). A su vez, no deben administrarse inhibidores de la MAO antes de que hayan transcurrido 2 semanas, una vez suspendido el tratamiento con Sertralina. - Otros fármacos serotoninérgicos. La administración de Sertralina con otros fármacos que realzan la neurotransmisión serotoninérgica, tales como triptános o fenilmetilamina, debe realizarse con precaución y evitarse cuando sea posible debido a la potencial interacción farmacodinámica. - Cambio desde otros fármacos Antidepresivos o Antiepilepticos: Se limita la experiencia clínica controlada en relación al tiempo óptimo de cambio desde otros antidepresivos o antiepilepticos a Sertralina. En esta situación, debe realizarse un período clínico cuidadoso y prudente, particularmente cuando el cambio se realice desde fármacos de acción prolongada, tales como fluoxetina. La duración del período de lavado que debe existir antes del cambio desde un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) a otro no ha sido establecida. - Activación de Manía/Hipomanía. Durante los estudios previos a su comercialización se han comunicado casos de manía o hipomanía en aproximadamente el 0,4% de los pacientes tratados con Sertralina. También se ha comunicado activación de manía/hipomanía en un pequeño porcentaje de pacientes con trastorno afectivo severo tratados con otros antidepresivos y antiepilepticos comercializados. - Epilepsia. El uso de Sertralina con otros fármacos antiepilepticos y con algunas clases de fármacos usados para tratar la depresión, los TOC y los Trastornos de Pánico. Las convulsiones se observaron en tres pacientes entre aproximadamente 4000 (alrededor del 0,08%) tratados con Sertralina en el programa de desarrollo para la depresión. Cuatro pacientes de unos 1800 expuestos durante el programa de desarrollo de los TOC (aproximadamente el 0,2%) experimentaron convulsiones. Tres de estos pacientes eran adolescentes, dos de ellos con epilepsia y otro con historia familiar de epilepsia; ninguno de ellos estaba recibiendo medicación anticonvulsiva. En todos los casos, la relación con el tratamiento de Sertralina fue incierta. Puesto que Sertralina no ha sido evaluada en pacientes con un trastorno convulsivo, debe evitarse su administración en pacientes con epilepsia instalada, y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente supervisados. El fármaco debe interrumpirse en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. - Solución. Puesto que la posibilidad de intento de suicidio es inherente a la enfermedad depresiva grave y puede persistir hasta que aparezca una remisión significativa, los pacientes deben ser cuidadosamente supervisados al principio del tratamiento. - Enfermedad cardíaca. Sertralina no produce efectos adversos cardíacos. La frecuencia cardíaca y el intervalo QT no mostraron cambios durante el estudio farmacodinámico de dosis múltiple en sujetos con ritmo estable leve demostró una prolongación de la semivida de eliminación y AUC y Cmax aproximadamente tres veces mayores en comparación con sujetos normales. No hubo diferencias significativas en la unión a proteínas plasmáticas observada entre los dos grupos. El uso de Sertralina en pacientes con enfermedad hepática debe realizarse con precaución. Si Sertralina se administra a pacientes con insuficiencia hepática, debe considerarse una reducción de la dosis o de la frecuencia de administración. - Uso en insuficiencia renal. Puesto que Sertralina se metaboliza ampliamente, la excreción de fármaco sin modificar en orina es una vía de eliminación poco importante. En pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (clarificación de creatinina 20-50 ml/min), o insuficiencia renal grave (tratamiento de creatinina < 20 ml/min), los parámetros farmacocinéticos de las dosis múltiples (AUC0-24 o Cmax) no se diferenciaron de forma significativa respecto a las basales. Las semividas fueron similares y no hubo diferencias en la unión a proteínas plasmáticas en todos los grupos estudiados. Este estudio indica que, como se esperaba de la baja excreción renal de Sertralina, no hay razones farmacocinéticas para ajustar las dosis de Sertralina al grado de insuficiencia renal. - Uso en ancianos. Más de 700 pacientes ancianos (≥ 65 años) han participado en estudios clínicos que demuestran la eficacia de Sertralina en esta población de pacientes. El perfil y la incidencia de reacciones adversas en ancianos no fueron similares a los de los pacientes jóvenes. - Uso en niños. Sertralina no produce efectos adversos cardíacos. TOC. Sertralina en estudios controlados en marcha. El perfil de seguridad de Sertralina en estos estudios en pacientes pediátricos fue comparable al observado en los estudios en pacientes adultos con TOC. No se ha establecido la eficacia de Sertralina en pacientes pediátricos con depresión o trastorno de pánico en ensayos clínicos controlados. No se ha establecido la seguridad y eficacia de Sertralina en pacientes pediátricos menores de 6 años. INTERACCIÓN con otros medicamentos y otras formas especiales de interacción. Sertralina. - Los alimentos no modifican significativamente la biodisponibilidad de Sertralina administrada en comprimidos. Por lo tanto, AREMIS (Sertralina) comprimidos, se puede administrar con o sin alimentos. Inhibidores de la Monoaminoxidasa. - (ver Advertencias y Precauciones especiales de empleo). Fármacos serotoninérgicos. - (ver Advertencias y Precauciones especiales de empleo). Fármacos depresores del SNC y Alcohol. - La administración de 200 mg diarios de Sertralina, no potenció los efectos del alcohol, carbamazepina, haloperidol o lorazepam sobre las funciones cognitivas y psicomotrices en sujetos sanos. Sin embargo, no se recomienda el uso concomitante de AREMIS (Sertralina) y alcohol. Fármacos unidos a las proteínas. - Puesto que Sertralina se une a las proteínas plasmáticas, debe tenerse en cuenta el potencial de Sertralina para interactuar con otros fármacos unidos a las proteínas plasmáticas. Sin embargo, en tres estudios de interacción formales con diazepam, ibuprofeno, y warfarina, respectivamente, Sertralina no mostró tener efectos significativos sobre la unión del sustrato a las proteínas (pero ver también Hipoglucemiantes y Otras interacciones). Hipoglucemiantes. La administración de Sertralina con los inhibidores de la lipasa pancreática inhibe la absorción de los fármacos unidos a las proteínas. Estudios en animales han demostrado una interacción potencial con insulina, desconociéndose el significado clínico de este hecho hasta el momento. No se ha observado interacción con glibenclámida. Otras interacciones. - Se han realizado estudios clínicos de interacción con Sertralina. La administración de Sertralina con diazepam dio lugar a pequeños cambios estadísticamente significativos, de algunos parámetros farmacocinéticos. La administración conjunta con cimetidina provocó una disminución sustancial del aclaramiento de Sertralina. Se desconoce la significación clínica de estos hallazgos. Sertralina no tiene efecto sobre la acción beta-bloqueante del etilodolol. No se ha observado interacción con digoxina. Warfarina. La administración de 200 mg de Sertralina al día con warfarina descendió un pequeño incremento, aunque estadísticamente significativo, del tiempo de protrombina, desconociéndose el significado clínico de este efecto. Por consiguiente, debe controlarse cuidadosamente el tiempo de protrombina cuando se inicia o se interrumpe el tratamiento con Sertralina. (Ver Apartado 4.8. Efectos Secundarios) Fármacos metabolizados por el Citocromo P450 (CYP) 2D6. Existen diferencias entre los antidepresivos en el grado de inhibición clínicamente importante de aquellos fármacos metabolizados por el isoenzima CYP 2D6. En estudios de interacción formales, la dosis crónica de 50 mg al día de Sertralina mostró una elevación mínima (media 30-40%) de los niveles plasmáticos de la desipramina en el estado estable (un marcador de la actividad enzimática del isoenzima CYP 2D6). Fármacos metabolizados por otras enzimas CYP. Estudios de interacción in vitro han demostrado que la administración crónica de 200 mg al día de Sertralina no inhibe la 6-β-hidroxiación de la teofilina ni el metabolismo de carbamazepina ni el de terfenadina mediados por el CYP 3A4. La ausencia de evidencia de efectos clínicamente significativos de la administración crónica de 200 mg al día de Sertralina en las concentraciones plasmáticas de ibuprofeno, fenofibrato, y warfarina, sugiere que Sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 2C9. La ausencia de evidencia de efectos clínicamente significativos de la administración crónica de 200 mg al día de Sertralina sobre las concentraciones plasmáticas de diazepam sugiere que Sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante de CYP2C19. Estudios in vitro indican que Sertralina tiene un potencial pequeño o ninguno para inhibir CYP1A2. Inducción de las enzimas microsómicas. - En base a los estudios realizados sobre la disminución de la semivida de la antipirina administrada concomitantemente con Sertralina, se puede concluir que Sertralina no presenta un efecto inductor clínicamente significativo sobre las enzimas hepáticas. Uro. - En estudios controlados con placebo en voluntarios sanos, la administración combinada de litio y Sertralina no alteró la farmacocinética del litio, pero sí como resultado un incremento de los niveles en el plasma, indicando una posible interacción farmacodinámica. Como en otros ISRS, se recomienda precaución cuando se co-administre Sertralina con otros medicamentos, tales como litio, que pueden actuar vía mecanismos serotoninérgicos. (Ver Apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Tratamiento electroconvulsivo (TEC). - No existen estudios clínicos que establezcan los riesgos o beneficios del uso combinado de TEC y Sertralina. Interacción con lactancia y lactancia. - No se han realizado estudios de reproducción en ratas y conejos a dosis de aproximadamente 10 a 30 veces la dosis máxima diaria en humanos. No se observó interacción entre la lactancia materna y la lactancia materna a ninguna de las dosis. Sin embargo, el nivel de dosis correspondiente a aproximadamente 2,5 a 10 veces la dosis diaria máxima en humanos (mg/kg). Sertralina se asoció con un retraso de la lactación del litio, probablemente secundario a los efectos ocasionales en las madres. Se produjo una disminución de la supervivencia neonatal tras la administración de Sertralina a la madre, a dosis de aproximadamente 5 veces la dosis máxima en humanos (mg/kg). Se han descrito efectos similares sobre la supervivencia neonatal con otros fármacos antidepresivos. El significado clínico de estos efectos es desconocido. No se dispone de estudios en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios de reproducción animal no siempre permiten pronosticar la respuesta humana, sólo debe utilizarse AREMIS (Sertralina) durante el embarazo, cuando los beneficios superen los posibles riesgos. Las mujeres que potencialmente puedan quedar embarazadas, deben emplear un método anticonceptivo si están recibiendo AREMIS (Sertralina). Uso durante la lactancia. Hay pocos datos disponibles relativos a las concentraciones de Sertralina en la leche materna. Estudios anecdóticos en un número muy pequeño de mujeres durante la lactancia y en sus hijos demostraron la presencia de cantidades despreciables o indetectables de Sertralina en el suero del niño, aunque la Sertralina detectada en la leche materna estaba más concentrada que el suero de la madre. No se recomienda su uso en mujeres durante la lactancia a menos que, a juicio del médico, el beneficio supere al riesgo. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria. Los estudios de farmacología clínica han demostrado que AREMIS (Sertralina) no ejerce efectos sobre la función psicomotriz. Sin embargo, como los fármacos usados para el tratamiento de la depresión, TOC o el pánico pueden alterar la capacidad física o mental requerida para el desempeño de tareas potencialmente peligrosas, como la conducción de vehículos o el uso de maquinaria, el paciente debe ser advertido al respecto. EFECTOS SECUNDARIOS. En los estudios realizados con dosis múltiples, los efectos secundarios que aparecieron con una frecuencia significativamente mayor que con placebo fueron: náuseas, diarrea/heces blandas, anorexia, dispepsia, temblor, vértigo, insomnio, somnolencia, incremento de la sudoración, sequedad de boca y distensión sexual masculina (principalmente eyaculación retardada). Informes voluntarios de acontecimientos adversos temporalmente asociados con Sertralina que se han recibido desde su introducción en el mercado y que pueden no tener una relación causal con el fármaco incluyen los siguientes: vómitos, dolor abdominal, trastornos del movimiento (tales como síntomas extrapiramidales y anomalías de la marcha), convulsiones, irregularidades de la menstruación, hipoparatiroidismo, glaucoma, eritema (incluyendo eritema poco frecuente de entena multifome) y, rara vez, páncreas y acontecimientos hepáticos graves (incluyendo hepatitis, ictericia e insuficiencia hepática). Se han comunicado con poca frecuencia casos de reacciones por retirada. Como con otros antidepresivos, los siguientes acontecimientos adversos se han comunicado con poca frecuencia y no pueden distinguirse de los antecedentes naturales de la enfermedad subyacente: parestesia, hipotensión, síntomas depresivos, alucinaciones, reacciones agresivas, agitación, ansiedad y pánico. Con muy poca frecuencia (0,6%) se han comunicado elevaciones anormales de los transaminasas séricas (SGOT y SGPT), asociadas a la administración de Sertralina. Las alteraciones aparecieron normalmente en las primeras semanas del tratamiento y desaparecieron rápidamente tras la interrupción del mismo. Excepcionalmente se han comunicado casos de hiponatremia que fueron reversibles tras la interrupción del tratamiento con Sertralina. Algunos casos se debieron probablemente al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La mayoría de los casos se observaron en pacientes ancianos, y en pacientes que estaban recibiendo diuréticos u otras medicaciones. Se han comunicado casos excepcionales de alteración de la función plaquetaria y/o resultados clínicos de laboratorio anormales en pacientes que tomaban Sertralina. Si bien ha habido informes de hemorragias o purpuras anormales en varios pacientes que tomaban Sertralina, no está claro que Sertralina tuviera un papel causal. El perfil de efectos secundarios comúnmente observado en los estudios doble ciego y bien controlados en pacientes con TOC, fue similar al observado en los ensayos clínicos en pacientes con depresión. SOBREDOSIFICACIÓN. En base a las evidencias disponibles, AREMIS (Sertralina) tiene un amplio margen de seguridad en el caso de sobredosificación. No se han comunicado secuelas graves después de una sobredosis única de Sertralina de hasta 8 g. Aunque no se han comunicado muertes cuando Sertralina fue administrada sola, sí se han comunicado fallecimientos en casos en que se tomaron sobredosis de Sertralina en asociación con otros fármacos y/o alcohol. Por consiguiente, todos los casos de sobredosis deben ser tratados de forma agresiva. No existe tratamiento específico y tampoco antídotos específicos para Sertralina. Se debe establecer y mantener la vía aérea, asegurar una oxigenación adecuada y ventilación. El carbón activado, que puede utilizarse con Sorbixol, puede ser tanto o más eficaz que la emesis o lavado gástrico, y debe considerarse como tratamiento de la sobredosis. Se recomienda la administración de carbón y de los signos vitales por lo menos durante las primeras 24 horas. Debido al gran volumen de distribución de Sertralina, es probable que la diuresis forzada, la diálisis peritoneal y la plasmaterapia no sean beneficiosas. DATOS FARMACÉUTICOS e incompatibilidades. No se han descrito. Caducidad 4 años. Precauciones especiales de conservación. Mantener en lugar seco y a temperatura inferior a 30 °C. Naturaleza y contenido del recipiente. Cada envase contiene: AREMIS 50 (Sertralina): Envase con 30 comprimidos recubiertos ranurados. AREMIS 100 (Sertralina): Envase con 30 comprimidos recubiertos ranurados. Instrucciones de uso/manipulación. No son necesarias instrucciones especiales. Presentaciones y PVP (IVA AREMIS (Sertralina) 50mg envase con 30 comprimidos P.V.P. IVA 4%): 5,411.- Ptas. nuevo M.R. AREMIS (Sertralina) 100 mg: envase con 30 comprimidos P.V.P. IVA 4%): 8,063.- Ptas. nuevo M.R. Con receta médica. Especialidad reembolsable por los Organismos de la Seguridad Social. Aportación reducida. Consulte la ficha completa antes de prescribir. Para más información dirigirse a: Laboratorios Dr. Esteve, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221.08041 Barcelona. Abril 1998

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
4 números al año

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 2000

### IMPORTE SUSCRIPCIÓN

ESPAÑA 8.500 Ptas  
ESTUDIANTES/MIRES 5.600 Ptas  
EXTRANJERO 150 \$  
Telf. 93 253 05 17 - Fax: 93 253 05 15  
Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

### ENVIAR BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Editorial SIGLO  
Comunidad de Castilla La Mancha, 3-3º  
28230 Las Rozas (Madrid)  
Telf. 91 636 05 53  
Fax. 91 640 63 29  
E-mail: siglo@pulso.com

### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y Apellidos .....  
Dirección ..... Nº ..... Piso .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Especialidad .....

### FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO  
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

### ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....  
Banco ..... /c/ Nº .....  
Caja de Ahorros ..... /c/ Nº .....  
Sucursal ..... Calle ..... Nº .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Teléfono .....

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán acudir en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Editorial SIGLO (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil)

..... de ..... de 2000

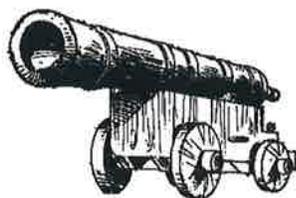
FIRMA DEL TITULAR



La depresión



Aremis



Otros

**Aremis. Trata la depresión en su justa medida.**

- Eficacia comprobada.
- Máxima compatibilidad.
- Excelente tolerabilidad.
- Dosis única diaria.
- Indicación en el tratamiento del T.O.C. y trastorno de pánico.
- Reembolsable por la Seguridad Social.



**aremis**<sup>®</sup>  
Sertralina

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

*Sr. S. Arxé i Closa*

*Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª*

*08012 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 (castellano e inglés)
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor (es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

Es necesario enviar un diskette 3 fi en cualquier procesador de textos para facilitar el trabajo de publicación.

3) Como norma general, cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: resumen y palabras clave (castellano e inglés); introducción en la que se explique el objeto del trabajo; descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que puede seguirse de unas conclusiones.

4) Resumen (castellano e inglés): se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.

5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos clínicos o Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de cinco folios.

6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta; estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.

7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números arábigos y contener el correspondiente título.

8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:

- a) Apellidos e inicial del nombre de los autores.
- b) Título del trabajo en lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón intencional.
- d) Número del año, volumen y páginas.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc, que se efectúen en las sesiones de la Asociación, podrán ser publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de la Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para cada Sección Correspondiente.

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

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

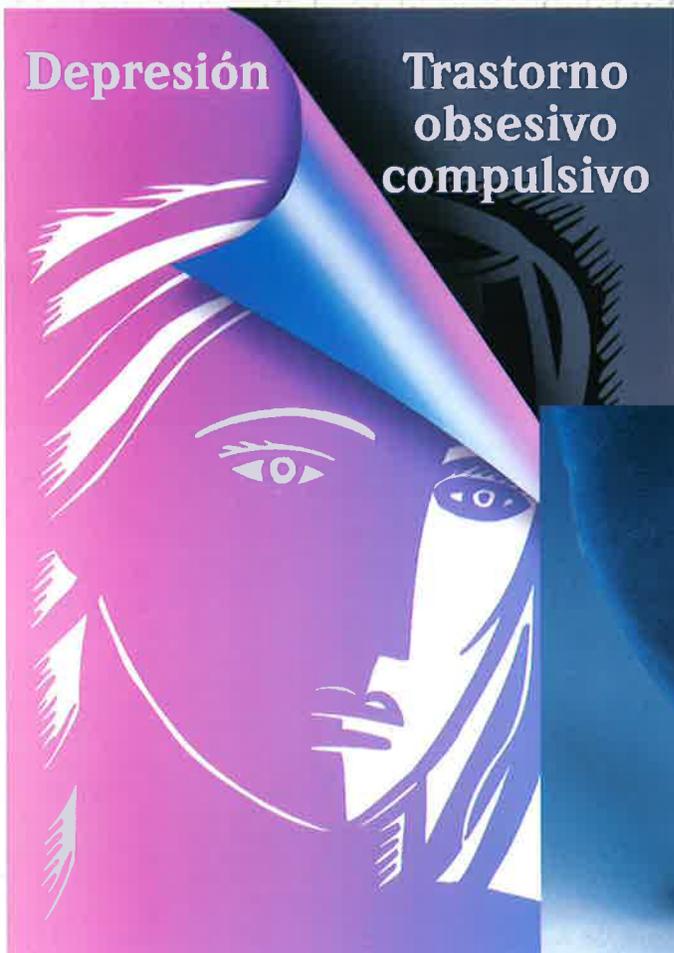
12) Números monográficos. Se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

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

*La "Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil" se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición); Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; Normas de Vancouver, 1997.*

Depresión

Trastorno  
obsesivo  
compulsivo



NUEVO

Para una mejor prescripción  
*Nuevo* comprimido  
ranurado de 100 mg.

Fluvoxamina

**DUMIROX**®



**El antidepresivo ISRS  
que trata los síntomas de ansiedad**  
*también*



Pharmacia  
& Upjohn



DUPHAR, S.A.

**Noches secas**  
para



**Buenos días**

# Minurin<sup>®</sup> Aerosol

Desmopresina

**FERRING**

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Ferring, S.A.  
C/. Saturno, 1 Edificio Saturno  
28224 POZUELO DE ALARCÓN (MADRID)  
Telf. 91 799 47 80 Fax. 91 799 47 90