

Año 1998

Nº 4

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

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

Centro Psicológico Gaudí
Avda. 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 3½ 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 un 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 internacional.
- d) Número del año, volumen y páginas.

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

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	Trastorno de conducta: la fuga <i>J. Tomás, M. S. Ampudia, M. Bargadá y A. Bielsa</i>	213
Artículos originales	Malos tratos en la infancia. A propósito de dos casos <i>R. Alonso</i>	219
	Tasas de alexitimia en anorexia nerviosa <i>C. Farré, M. Font, M. D. Pérez-Salamero y J. Toro</i>	225
	La risperidona en el tratamiento del síndrome de Gilles de la Tourette <i>J. Moreno y J. L. Pedreira</i>	231
	Terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria <i>M^a L. Fernández</i>	238
	Estrategias de solución de problemas en los adolescentes y educación para la salud comunitaria <i>A. Benito, M. Aparicio, A. Briones y M^a J. Ruiz</i>	245
Artículos de revisión	Psiquiatría infantil e intervención sobre el desarrollo, atención temprana <i>P. M. Ruiz, P. J. Ruiz y A. Bonals</i>	256
	Intervención familiar en las conductas suicidas adolescentes <i>E. M. Garcés, M. A. Quintanilla, I. Olza, A. Bonals y J. M. Velilla</i>	263
Casos clínicos		269
Reseñas terapéuticas		277
Comentario de publicaciones		279
Agenda		280

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Short commentary	Conduct disorder: The runaway <i>J. Tomás, M. S. Ampudia, M. Bargadá and A. Bielsa</i>	141
Original articles	Maltreatments in the childhood. About two cases <i>R. Alonso</i>	219
	Alexithymia ratings in anorexia nervosa <i>C. Farré, M. Font, M. D. Pérez-Salamero and J. Toro</i>	225
	Risperidone treatment of children with Gilles de la Tourette Syndrome <i>J. Moreno and J. L. Pedreira</i>	231
	Interpersonal therapy applied to a group of family patients with eating disorders <i>M^a L. Fernández</i>	238
	Coping strategies in adolescents and community health education <i>A. Benito, M. Aparicio, A. Briones and M^a J. Ruiz</i>	245
Review articles	Children's psychiatry and intervention on the development, early attention <i>P. M. Ruiz, P. J. Ruiz and A. Bonals</i>	256
	Family therapy of adolescent suicidal behavior <i>E. M. Garcés, M. A. Quintanilla, I. Olza, A. Bonals and J. M. Velilla</i>	263
Clinical cases		269
Therapeutical summary		277
Publications commentary		279
Calender		280

J. Tomás
M. S. Ampudia
M. Bargadá
A. Bielsa

Trastorno de conducta: la fuga

Conduct disorder: the runaway

Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia:

J. Tomás
Unidad de Paidopsiquiatría
Hospitals Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, s/n
08035 Barcelona

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

En la mayoría de estudios sobre el tema se pone de manifiesto que predomina en estos jóvenes:

- a. Sentimientos de desmoralización.
- b. Déficit de autoestima, con una pobre noción de identidad.
- c. Actitud bravucona y de desafío (reactivo a la inseguridad y temor).
- d. Se ven a sí mismos como personas inadaptadas: desde un punto de vista escolar (suelen tener una larga historia de fracasos), ocupacionalmente (escasa ocupación y poca experiencia en este sentido), socialmente (no han aprendido habilidades sociales o no se las han enseñado) e interpersonalmente (siendo perdedores y escogiendo siempre mal sus compañeros).
- e. Tienen muy poca capacidad de repercusión entre los que les rodean.
- f. Se sienten incapaces de modificar la actitud de sus padres, tanto si estos son abandonistas e indiferentes, como si son controladores excesivos y con tendencia al abuso.
- g. Creen que nadie es capaz de valorarlos.
- h. En muchos casos, el abandono del domicilio familiar es un "esfuerzo" que les "permite aumentar su autoestima".
- i. Muy a menudo se aprecia la existencia de distimia o depresión (se estima una prevalencia según los trabajos entre un 20% y un 80%. Un tercio de ellos presenta intentos de suicidio.
- j. Existe una alta incidencia de un abuso sexual anterior o concurrente con la fuga, en ambos sexos; en 2/3 chicas y 1/3 chicos. La explotación sexual influencia extraordinariamente este desarrollo sintomático. Esta experiencia desencadena un cuadro de angustia que luego da lugar a una depresión o directamente una depresión. El cuadro de angustia se manifiesta por: angustia, episodios disociales, disfunción sexual, abuso de drogas, trastornos de conducta, miedo a la gente adulta o mayor y dificultad en establecer una relación estable entre dos o tres personas.

Nota de la Redacción:

El presente Comentario Breve es la continuación del publicado en el número 3/98, con el mismo título y los mismos autores.

214

- k. Cuando aparecen conductas autodestructivas, de alguna forma significa que el cuadro clínico y situacional ha empeorado.
- l. A veces el consumo de drogas ocupa toda la panorámica clínica y parece ser la causa aparente de la expulsión de casa.
- m. Desde un aspecto conductual-relacional, domina una cierta tendencia a la actitud errática o vagabundeo, asociado a actitudes opositoras y provocativas. Cuando, en edades más tempranas, ya en casa o fuera, aparecen trastornos de conducta intrafamiliar o sociales, más fácilmente se van y el tiempo de estancia, en estos casos, es más largo. Muy frecuentemente, la perturbación en estos adolescentes es mucho más grave que en los otros.

A nivel psiquiátrico, desde una perspectiva psicopatológica, destaca la presencia nada infrecuente de: trastornos de conducta, depresión, abuso de sustancias psicoactivas, junto a trastornos de ansiedad, trastorno de hipercinesia, trastornos del aprendizaje lectográfico (dislexia). Las alteraciones de tipo psicóticas son poco frecuentes. En un porcentaje muy pequeño se aprecia la presencia de una actitud existencial, ya que la fuga es una aventura, consecuencia de la toma de conciencia de ciertos valores en adolescentes, que presentan índices de inadaptación muy leves y cuyas actitudes antisociales son mínimas. En otros no se aprecia ninguna diferencia de un adolescente normal, presentan una buena relación con los padres y familia en general, con relación afectiva en los límites de lo satisfactorio, su rendimiento escolar es totalmente aceptable y no existen manifestaciones de tipo psicopatológico.

VALORACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR

La dinámica parental es fundamental, quizá es el aspecto más importante. Suelen presentarse tres formas características de relación, si bien en cada caso pueden estar combinadas o complementarse una a otra en forma distinta.

- La pobreza en la relación padre-hijo da lugar a que se negativice la comunicación entre ambos, llevando a los padres a una actitud de ausencia de apoyo y gratificación suficiente hacia sus hijos.
- En otras ocasiones hay abusos verbales, imposiciones aleatorias, exigencias disciplinarias inconstantes y contradictorias, que combina actitudes de sobre-dirección constante y permanente con otras de desinterés total y falta de supervisión o control de la conducta y responsabilidades que el adolescente va adquiriendo en su desarrollo.
- Por último, en ciertos casos, predomina una actitud familiar de falta de tiempo de dedicación hacia los hijos, los padres están completamente absortos en "sus problemas y deseos", están en "sus necesidades de realización específica", en algunos casos justificado como sacrificio por parte de ellos hacia los hijos. Esta "ausencia" psicológica no permite la actividad de ayudas, no hay apoyo en las actividades escolares o para otras cuestiones.

En muchos casos, no es nada infrecuente que en los padres sea detectable la presencia de alteraciones psicopatológicas tales como: personalidad antisocial, con tendencia o abuso de drogas o alcohol e inestabilidad y desorganización parental-familiar, debido a la presencia de procesos de tipo depresivo, psicótico o de tipo borderline. Lo más frecuente es que los padres necesiten ayuda.

ETIOPATOGENIA

Fuga y ruptura o situación de crisis

La patología mental no es la primera causa de la fuga, sobre todo en los adolescentes, sino que aparecen con una función significativa de ruptura, de crisis, frente al grupo social familiar o de la sociedad. La mayor parte la realizan en respuesta a problemas familiares. A las carencias afectivas de todo tipo, hoy se añade muy a menudo la presencia de abusos sexuales en el seno de la familia. Por ello, las perturbaciones psicopatológicas

son más frecuentes entre los adolescentes fugados. Las características de la fuga varían según su función. De acuerdo con este criterio se distinguen dos tipos básicos: la fuga breve e impulsiva, con retorno espontáneo, que reviste una función de huida ("marcharse de ...") y las fugas de más larga duración sin intención de regreso, en que lo importante es "ir", no es "marchar", importa el destino de la fuga ("partir hacia...").

La fuga de los adolescentes no deberá nunca banalizarse a priori. Ciertos estudios muestran la existencia de una correlación entre este trastorno de conducta y un aumento de los riesgos de hospitalización por enfermedad, así como el incremento de mortalidad.

El alejamiento del domicilio y la duración de la fuga son factores de riesgo importantes. La asociación a otros trastornos de conducta (delictivo especialmente), las manifestaciones depresivas, los antecedentes de tentativas de suicidio, son frecuentes. Se genera o acentúa el uso de drogas (así como del alcohol) y la contaminación sexual o por inyección del virus de la inmunodeficiencia humana. En estos jóvenes, la exposición al riesgo del SIDA se ha evaluado como unas seis veces superior al de los que viven en casa de sus padres.

Otro agravante es el que estos adolescentes no piden ayuda antes de estar en una situación de crisis. Hay una gran heterogeneidad entre los jóvenes en ruptura, por ello una gran parte escapan a la definición clásica del adolescente fugitivo.

El comportamiento errante sin voluntad de retorno se articula a partir de la fuga. En su mayoría son chicos, nacidos en medios urbanos que se reúnen en lugares estacionales de tipo festivo, con una búsqueda constante de dinero, que se lo procuran a través de pequeños oficios, o con conductas delictivas menores, particularmente la reventa de drogas que ellos mismos consumen junto con alcohol. Adoptan una actitud de desprecio total a la prevención especialmente al SIDA, que algunos aceptan con fatalismo y resignación como una salida de su existencia. La valoración psicopatológica muestra un humor depresivo constante, rasgos de carácter psicopático y estructuras psicóticas, en ocasiones enmascaradas por drogas alucinógenas. La relación social se reduce a la mínima expresión

de demandas inmediatas, imperativas, con una actitud global de desconfianza frente a las instituciones (hospital, servicios sociales, etc) frente a las cuales eligen y prefieren las asociaciones de tipo caritativo. Pocos de ellos manifiestan deseo de ser atendidos, y "viven" la situación como "una fuga ilusoria sin fin", es para lo demás "una vida gris, sin alegría, suicida".

215

Patología del "viaje", "viajes patológicos"

Con el desarrollo del transporte y la facilidad de desplazamiento, ha aparecido una patología ligada "al viajar", que es sensiblemente diferente de las conductas de fuga, aunque también consiste esencialmente en un desplazamiento del lugar de origen. Se distinguen tres tipos de "desplazamiento-viaje": el viaje patológico simple, cuya función es obedecer al delirio sin integrarse en él en ningún aspecto, el viaje patológico secundario, que se integra al contenido del delirio y el viaje patológico puro, conjunción de los precedentes.

No siempre es fácil distinguir cual es el factor desencadenante de la patología, si el viaje o algún aspecto concreto de él o bien un cierto comportamiento psicopatológico desde su inicio. La facilidad actual para viajar enmascara motivaciones psicopatológicas bajo el aspecto de una conducta adaptada. Esta situación está estimulada, en ocasiones, por el entorno, médico o publicitario, que suelen presentar el viaje como una posible terapia antidepressiva. Los estados delirantes agudos motivan el 50% de las repatriaciones sanitarias psiquiátricas. En la mayoría de casos aparece en sujetos sin antecedentes. La anamnesis, muestra que la decisión de partir ya estaba inscrita en una problemática orientada hacia la descompensación. Por lo tanto, no se trata simplemente de un deseo de ruptura con el medio habitual, sino de la manifestación de una ruptura con la experiencia vivenciada, conservada secretamente, cuyo origen es anterior al viaje o a la fuga-viaje. El sentimiento de extrañeza es previo al inicio. Se produce en cualquier país, mejor si es lejano y con connotaciones misteriosas, especialmente Asia, la atracción por su cultura, religión, filosofía y costumbres se convierte a partir de este momento en el tema deli-

216 rante con interés místico o filosófico. No le anima la curiosidad por aprender, sino la certeza de que la verdad se encuentra al final del viaje, en la armonía reencontrada entre su experiencia interior y el entorno que le seduce. En la mayor parte de estos casos se encuentran mayoritariamente estados psicóticos, con una proporción importante de trastornos bipolares. Estos trastornos aparecen en mayor frecuencia entre pacientes, de edad mediana y en varones.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA FUGA

Una fuga, aparentemente reactiva a una situación conflictiva en un adolescente, puede, de hecho, revelar una patología mental. Cada una de estas conductas, sea cual sea su contexto clínico, encuentra su significación propia en la historia personal de cada sujeto.

Procesos de tipo neuropsiquiátrico

La forma de aparición y su desarrollo revelan el estado de conciencia o de las capacidades cognitivas. Bruscas, inesperadas, realizadas sin preparación alguna, acompañadas por otros trastornos graves de conducta y de la relación. Suelen consistir en deambulaciones caóticas.

La fuga en el curso de un estado confusional

Se produce como una reacción a alucinaciones de tipo onírico muy angustiantes. Se acompaña de amnesia. Está ligada a perturbaciones de origen tóxico, infeccioso, traumático o metabólico. También puede tener un origen psicógeno, debido a las manifestaciones emocionales, que aparecen como consecuencia de una catástrofe.

La fuga epiléptica

No es muy frecuente. En ocasiones, precede o sigue a las crisis generalizadas. Inicia de forma inesperada, brutal y cuando reaparece la conciencia se acompaña de una amnesia del episodio. La historia clínica y el estudio EEG facilitan el diagnóstico. Generalmente, son más frecuentes entre los

episodios críticos, sobre todo cuando se aprecia la existencia de bradipsiquia y tendencia a reacciones explosivas. Una situación conflictiva puede actuar como desencadenante.

La fuga en el retraso mental

Debido a sus escasas posibilidades de elaboración cognitiva, con hipersensibilidad y emotividad, generalmente dependientes, reaccionan muy a menudo con una conducta de fuga, frente a situaciones conflictivas, que aparecen dentro de un ambiente de abandono o rechazo. A veces, este accidente inicia una situación que lo convierte en víctimas potenciales, al ser tan sugestionables.

Trastornos Psicóticos

En el curso del episodio de tipo *maníaco*, la presencia de ideas delirantes en el seno de la hipertimia expansiva acrecienta el riesgo de fuga; suele evolucionar como viaje patológico, ligado a temas delirantes mesiánicos o de persecución. La *inhibición psicomotriz del melancólico* en las formas ansiosas o delirantes, favorecen la aparición de una fuga; existe en este caso un gran riesgo de suicidio, hasta el punto que en cierta ocasiones es su única motivación. En las *psicosis crónicas* es frecuente una inestabilidad con fugas reiteradas o viaje patológicos en relación íntima con las alucinaciones o los contenidos delirantes. Hay fugas auténticas en la *esquizofrenia*, tanto en las formas distímicas como en la hebefrénica, pero mucho más todavía en las que presentan formas de entrada insidiosas y subaguda; hay que buscar pequeños signos de actividad delirante insidiosa, bajo las expresiones de oposición al orden establecido o de elección filosófica o religiosa.

Trastornos Neuróticos

Fundamentalmente en las formas de tipo histéricas. Va de la seducción a la evitación, alterna seducción y retraimiento, vive en el escenario que le ofrece la mirada del otro. La fuga es una forma de dirigirse al otro, la respuesta frente a una situación vivida como abandono o rechazo. Aparece en sujetos muy reactivos coléricos, que "pasan al".

La fuga puede aparecer bajo un estado crepuscular de la consciencia, no desestructurada, con amnesia posterior. Una fabulación puede dar un aspecto romántico. Esta fabulación se diferencia de la mentira, conscientemente elaborada para engañar.

CONSECUENCIAS Y CONDUCTA PATRÓN

La mayoría de adolescentes dejan su casa con un plan más o menos elaborado. La partida suele ser en la mayoría de las ocasiones precipitada. Generalmente van a casa de un amigo que suele residir a una distancia relativa de su casa, habitualmente no muy lejos. En otras ocasiones van a un lugar concreto que les interesa conocer o a una ciudad que les resulta atractiva por cualquier razón.

Si son chicas, lo más frecuente es que se vayan con su "amigo", el cual es el que suele darle cobijo y dinero. Lo más habitual es que el episodio termine cuando el dinero termina. En ocasiones, la policía es quien advierte y facilita el retorno a casa, en otras ocasiones es un conocido quien los encuentra. Cuando no se producen "daños", la experiencia incluso puede resultar beneficiosa si la adolescente que se fuga reside en un ambiente funcional correcto y sano. Las actitudes punitivas son nefastas y suelen poner en marcha un espiral de desastres; por ello, es muy importante ser capaz de "recibir" percibiendo, procurar "entender" todo lo que subyace como "demanda" en el comportamiento adoptado.

Cuando la estancia en la calle es larga, no permite ser tan optimistas y, generalmente, suele ser menos benigna. Pocos adolescentes pueden sobrevivir sin "daño" en la calle. Si la estancia es "superior a un mes", la necesidad es muy importante y las posibilidades de que se cometa algún delito son prácticamente seguras: robos, venta de drogas, explotación de otros o extorsión, pornografía, prostitución, etc. Si la estancia es más larga y se cronifica entonces hay que considerar que 3/4 parte de los adolescentes se ven forzados a implicarse en prostitución, 3/4 partes entran en actividades más o menos importantes de venta de drogas y 3/4 partes son o serán detenidos y retenidos por diversos motivos por la justicia. Desde un

punto de vista físico, el riesgo es muy importante: violación, asaltos, palizas, etc, con los daños físicos asociados que tal tipo de situaciones comportan; sin olvidar la probabilidad de que aparezcan embarazos, heridas continuas, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad por mal estado de salud secundario al abandono y desorden, muerte, infecciones de piel, parasitosis, trastornos respiratorios y digestivos, malnutrición. A mayor abundamiento, todo este conjunto de alteraciones y accidentes físicos no suelen recibir ninguna atención de los servicios de salud.

En US unos 900.000 adolescentes se implican en prostitución anualmente. En Cataluña correspondería, si existiera el mismo problema y la misma proporción, a 22.000 adolescentes. No todos los adolescentes que se implican en prostitución son fugitivos. El inicio sexual en US se sitúa entre los 12-13, en Cataluña entre los 15-17; la prostitución aparecería entre los 14-15 en US, generalmente en un inicio traumático, por maltratos, abuso o violación. Se calcula que sólo el 50% de los adolescentes, que crónicamente permanecen en la calle, podrían volver a reintegrarse en su casa.

PREVENCIÓN

Los fugitivos deben ser objeto de medidas de protección y de cuidado. Hay que renunciar a la concepción idealizada y algo romántica de la fuga juvenil que ha prevalecido hasta ahora. Es necesario reconocer los riesgos a los que esta conducta expone. La prevención organizada por una política social de la ciudad, por una política educativa, remite a opciones económicas que sobrepasan el marco de los especialistas. El descubrimiento de los desarreglos familiares no está siempre al alcance de los educadores, médicos o servicios sociales. Muchos casos escapan a toda vigilancia, más en ambientes con retraimiento y depresión. La "fuga iniciática" es un "momento clave". Está en una restauración todavía posible de la relación con el mundo de los adultos, mientras va hacia los riesgos implícitos en la ruptura definitiva del vínculo social. Es el momento en que el trabajo de campo y la disponibilidad de los centros de acogida en-

220 INTRODUCCIÓN

Aunque últimamente se habla mucho del tema de los malos tratos y salen a la luz más casos, parece que se avanza poco en el conocimiento de los motivos que llevan a alguien a maltratar a un niño. Este punto es de gran interés para poder elaborar algún programa de intervención, que permita prevenir el maltrato, si es posible, o al menos evitar la reincidencia de las agresiones.

Se entiende por *malos tratos* la violencia física intencionada o la falta voluntaria de cuidados por parte de los padres o los adultos hacia los niños que tienen a su cargo, produciéndoles golpes, heridas e incluso la muerte (L. Kreisler). El maltrato psíquico incluye no sólo el abandono afectivo, la omisión de los cuidados debidos, sino también las amenazas, humillaciones, insultos y desvalorizaciones que se infligen a los niños y que, en muchas ocasiones, son mantenidas durante largos periodos de tiempo al formar parte de criterios educativos.

El tema de los malos tratos es complejo pues se inscribe en contextos culturales, sociales, religiosos, incluso judiciales, tan diferentes que hacen difícil marcar el límite de lo que se considera maltrato y delimitar las posibles intervenciones.

Afortunadamente se está produciendo un cambio de actitud en la sociedad que es muy importante y que se traduce en modificaciones legislativas, que penalizan cualquier forma de maltrato, permitiendo una protección más adecuada de los niños.

Todos los autores se muestran de acuerdo en considerar que la etiología de los malos tratos es la resultante de la combinación de varios factores de riesgo, sin que ninguno de ellos sea determinante en sí mismo.

Se agrupan estos factores en tres grandes bloques:

- Factores de carácter *individual* (del agresor y/o del niño).
- Factores de carácter *familiar*.
- Factores de carácter *social*.

En los casos que a continuación se exponen van a tener especial relieve los factores de riesgo de

tipo individual, pero veremos que también van a participar los otros tipos de factores en su evolución y pronóstico.

MATERIAL

Caso Nº 1

Varón de 11 a. de edad, tiene una hermana un año mayor. El niño ha sido objeto de maltrato físico y emocional por parte de su padre, que por el contrario no observaba la misma conducta hacia la niña.

Los malos tratos que incluyen golpes, amenazas, insultos y gritos atemorizantes, comienzan en los primeros meses de vida, con un violento rechazo de este bebé varón. La madre tiene una actitud de defensa débil y asustada. Cuando el niño tiene 3 a. la madre decide una separación temporal para forzar al padre a acudir a tratamiento psicológico. Sólo acude un mes, se reanuda la vida familiar y continúan los malos tratos hacia al niño (golpes, amenazas..) hasta que el niño cumple 8 a. y la madre, severamente alarmada y ante la negativa del padre de recibir ayuda, decide la separación definitiva, lo que supone el traslado de ella y los niños a su lejana ciudad de origen. Es apoyada por su familia con la que reside inicialmente, busca trabajo y al cabo de unos meses vive en un piso propio ella y los niños. La familia es de clase media.

Es traído a consulta por conductas agresivas, intolerantes y descontroladas, dirigidas en especial a la hermana. Tiene un aspecto físico, indumentaria y conductas adaptativas adecuadas a su edad, (8 a. 6 m. en aquel momento); sólo se destaca, en ocasiones, una modulación de la expresión verbal como de niño pequeño y un aspecto medroso. En la exploración se aprecia una grave depresión, con fuertes sentimientos de culpa e identificación con el agresor.

Es atendido en psicoterapia durante un año, después la familia suspende un año la terapia por mejoría del niño y dificultades para asistir al centro, reanudándose tras un retroceso después del período de verano.

Del padre sabemos que se queda huérfano a los ocho años, tras lo cual su madre se une a otro hombre con el que ya tenía relaciones y que la maltrata a ella y a sus hijos, esta situación, unida a dudas sobre la filiación del hermano que le sigue, es lo que hace que este hombre tenga muy mala relación con su madre y su nueva pareja. Parece que desde su matrimonio el padre ha mostrado una actitud celosa hacia la mujer que se incrementó tras el nacimiento de Santiago y fue aislando la familia de otras relaciones sociales.

Caso Nº 2

Varón de 5 a., tiene una hermana menor (3 a.). Este niño es objeto de malos tratos físicos y emocionales por parte de su padre que, sin embargo, se mostraba afectuoso, tolerante y amable con la niña. El niño ha llegado a sufrir lesiones que motivaron denuncias judiciales.

La familia pertenece a un medio social muy primario, la madre responde a la situación enfrentándose con violencia al padre, con fuertes discusiones y peleas, poniéndole denuncias y, finalmente, planteando la separación legal y marchándose, junto con sus hijos, a vivir con su familia de origen a una localidad próxima.

Es traído a consulta por ensuciarse encima en relación con las visitas del padre. Va vestido con chaleco, corbata y pantalón largo, lo que le da un curioso aspecto de hombrecito, se muestra impositivo, muy alerta y pendiente de la madre y de lo que ella relata, a lo que asiente y añade detalles remarcando "cosas malas" del padre.

Desde la separación viven en el domicilio de los abuelos maternos, en situación de hacinamiento, lo que favorece la negativa del niño a separarse de la madre y la exigencia de dormir con ella. La madre no tiene proyectos independientes de futuro ni busca trabajo, solo ayudas institucionales. Desde que el niño tiene 3 a., la madre realiza numerosas consultas pediátricas por motivos muy dispares (abdominalgias, cefaleas, teste en ascensor, trastornos del sueño...), que a posteriori podríamos valorar como demandas encubiertas.

El padre acude una sola vez a consulta, en respuesta a nuestra citación expresa. Se trata de un

hombre muy tosco que parece muy afectado por la situación, pero que considera que sólo trata de educar a su hijo al que la madre y la familia malcrían y considera una injusticia que no le permitan estar con sus hijos. Procede de un medio en que la violencia era algo cotidiano por parte de su propio padre, situación que empuja a su madre a la bebida.

221

ANÁLISIS

Factores individuales

De la Víctima

- En ambos casos la víctima es únicamente el hijo varón, no recibiendo maltrato ni la hija ni la esposa.
- En el primer caso el maltrato tiene lugar desde la primera infancia hasta bien entrado el período de latencia, viviendo después el niño en un ambiente de relaciones normalizadas.
- En el segundo caso las agresiones cesan en el período edípico, pero persiste un ambiente de agresividad en el entorno familiar.
- En el primer caso se aprecia patología conductual, y en el segundo hay además somatizaciones.
- Ninguno de los dos sufrió lesiones graves y solamente fueron evaluadas de manera médico-legal en el 2º.

Del Agresor

- Ambos padres tienen un violento rechazo del hijo que muestran mediante progresivas agresiones verbales (insultos, exigencias desmedidas, desvalorizaciones, amenazas...) y físicas (golpes, en ocasiones con objetos).
- Ambos padres arrastran historias personales en las que aparecen los malos tratos y la violencia por parte de sus propios padres.
- Ambos padres muestran actitudes celotípicas, que van aislando el núcleo familiar que ya vivía en un desarraigo inicial.
- Sólo el padre del primer caso aceptó, aunque de forma discontinua e irregular, recibir tratamiento personal.

222 Factores familiares

Madre

- En ambos casos la madre tiene una reacción inicial de protesta, tolerancia y protección personal del niño y en un segundo tiempo concretan esa protección en acciones efectivas.
- En el primer caso, la madre considera la actuación del padre como enfermedad y trata de que éste reciba atención especializada.
- En el segundo caso, la madre inicia una serie de denuncias contra el padre, que desencadenan intervenciones policiales y judiciales, en que se ve implicado el niño.
- Ambas madres deciden la separación matrimonial y piden ayuda a su familia de origen.
- Ambas madres sienten que sus actuaciones para proteger a su hijo de un "padre malo", privan a su hija de un "padre bueno".

Familia Materna

- En el primer caso, las hermanas de la madre la ayudan, vuelven a vivir temporalmente en casa de los abuelos, mientras consigue un trabajo y una vivienda independiente para ella y sus hijos. La familia no ataca la figura del padre y son posibles las visitas, aunque la madre se muestra muy angustiada ante ellas.
- En el segundo caso, también la madre vuelve con sus hijos a casa de los abuelos, pero allí viven en condiciones de hacinamiento, el resto de los miembros de la familia atacan a la figura del padre y mantienen con él situaciones de violencia física y verbal que el niño presencia. Las visitas paternas se realizan por decisión judicial, con la presencia de la madre, que permanece silenciosa y vigilante.
- En el primer caso, el niño vive en un entorno acogedor y estable, donde no se ataca a la figura del padre, sino que se le explica como "enfermo", el niño mantiene contactos y comunicación telefónica esporádicas con el padre. El chico quiere mantener la relación con el padre que, a su vez, desde que comen-

zó su terapia parece haber cambiado algo su actitud hacia el chico, no hay conductas agresivas pero se muestra despegado, descuidado y desafectivo. Los padres, de forma conjunta, han explicado al niño que se han separado por sus propias razones, pero que él no es culpable de nada.

- En el segundo caso, el medio familiar es muy primario, de familia extensa en la que hay una respuesta violenta de todos los miembros de la familia materna en contra del padre, lo que provoca, peleas, discusiones, insultos, denuncias, que el niño presencia y en las que se ve involucrado, así como en sus consecuencias (reconocimientos forenses, juicios,...). En este caso, el padre es vivido por el niño como alguien atemorizante en extremo, con el que no quiere relacionarse, lo que le lleva a no tolerar la separación de la madre-protectora hacia la que adopta el doble papel de bebé dependiente/hombre sustituto.

Factores sociales

- Ambas familias viven en una localidad distinta de las familias de origen y no tienen soporte de amigos. Los padres van aislando al núcleo familiar con sus conductas celotípicas.
- El primer caso es una familia urbana, de clase media y nivel de formación de FP, en la que trabajan ambos padres. Tras la separación la madre busca y consigue un trabajo con el que mantenerse de forma independiente.
- El segundo caso es una familia de medio rural, los padres apenas escolarizados trabajan de forma irregular como temporeros del campo. La madre no busca formas de independizarse con sus hijos.
- En el primer caso, la madre ayudada por su familia trata de resolver sin que trascienda el tema de malos tratos al exterior.
- En el segundo caso, hay una gran "publicidad" de lo que está sucediendo en la familia.

DISCUSIÓN

Estos casos serían una muestra de cómo el maltrato a los niños aparece de forma similar independientemente del estrato social, si bien parece que en los medios sociales más favorecidos trata de ocultarse más. También vemos que en ambos casos hay unos elementos comunes en la figura del agresor, lo que nos hace reflexionar sobre la necesidad de evaluar las características psicológicas del autor de los malos tratos como único medio de evitar reincidencias.

Se señalan como características generales que habitualmente son personas jóvenes, que raramente tienen perturbaciones mentales específicas, que suelen ser considerados responsables legalmente.

Sin necesidad de que exista una perturbación mental característica en el maltratante, vemos que la existencia de una historia propia de malos tratos hace que cuando aquellos niños son adultos y tienen sus propios hijos, se pongan en marcha los mecanismos de identificación con el agresor, escisión y proyección y la transferencia a su hijo de sus propios conflictos de infancia, convirtiendo así las exigencias educativas en una forma de acoso.

Es frecuente la atribución al hijo, por parte del padre, de sentimientos cargados de intencionalidad hacia él, perciben los comportamientos infantiles como agresivamente dirigidos hacia él, dando una interpretación persecutoria a conductas adecuadas a la edad de los niños (mancharse, dar ruido, romper algo...). Con frecuencia hay fases de rechazo que alternan con otras de manifestaciones de amor de características casi fusionales, pasando de una a otra de manera imprevisible y que mantiene al niño en un estado de angustia y confusión.

El otro miembro de la pareja parental mantiene un grado de complicidad variable, pero casi constante.

Los malos tratos, tanto físicos como psicológicos, constituyen un factor de enorme influencia en la evolución ulterior de un niño. Tal como señala A. Miller a un niño no le *está permitido* odiar a su padre, en virtud de una ley moral, tampoco *puede* odiarlo porque teme perder su cariño y *no quiere* odiarlo porque le quiere. Por eso, el niño está dispuesto a perdonarlo todo, a asumir la

culpa de lo que sucede, a intentar portarse mejor para tratar de satisfacer a ese padre tan exigente, incluso a ocultar lo que está pasando.

Pero reprimir los sentimientos de rabia y frustración tiene un precio, y ese precio es que los sentimientos reprimidos se manifestarán como conductas destructivas hacia sí mismo o hacia los demás.

Cuanto más temprano sufran los malos tratos, más difícil le resultará al niño ponerlos en palabras y se verá impelido a escenificarlos.

En ambos casos, los malos tratos han empezado a sufrirse en edades muy tempranas, lo que aumenta su capacidad patógena. En el primer caso ha habido una exposición larga a los malos tratos, lo que hace que se hayan establecido procesos de identificación con el agresor, sentimientos de culpa y celos fraternos que van a tener consecuencias importantes en la maduración psicológica del niño. Pero, por otro lado, la respuesta de la madre y la familia ha actuado como factor de protección. En el segundo caso, el tiempo de exposición ha sido menor pero la actitud del entorno, que mantiene una actitud muy conflictiva con el padre, actúa como factor de riesgo mantenido que produce al niño altas tasas de ansiedad y le enseña a rentabilizar la situación, manipulando a los adultos entre los que consigue, en ocasiones, provocar discusiones y/o conductas violentas entre ellos, por causa de él.

Todos los autores revisados están de acuerdo en que los niños que han sufrido malos tratos tienen riesgo de presentar graves trastornos psicopatológicos, pero hay pocos estudios sistematizados que hayan seguido la evolución a largo plazo de estos niños, prácticamente todos se refieren a las consecuencias inmediatas.

CONCLUSIONES

Como conclusiones diríamos que, ante un caso de Malos Tratos en la Infancia, nuestro plan de intervención debería seguir 5 líneas generales:

- Cuando se detectan los malos tratos, actuar de forma decidida pero sensata para proteger al niño.

226 *criteria for anorexia nervosa (N = 46) with a control group of healthy adolescents (N = 88), using the Toronto Alexithymia Scale (TAS) as the primary assessment instrument; we calculated the TAS total score and the scores of the four subfactors. Alexithymia rating scale scores were significantly higher for patients with anorexia nervosa than for controls. The prevalence of alexithymia in the anorexia nervosa group was 67.4% compared with a prevalence of 18.2% in the control group. We conclude that the results are similar than the observed in the adult patients, and we can to establish a relationship betwin alexithymia and the eating disorders. Longitudinal studies are needed to assess whether alexithymia is a predisponent-trait to eating disorders or is secondary to a state effect.*

KEY WORDS

Anorexia nervosa; Alexithymia; Personality; Toronto Alexithymia Scale (TAS).

INTRODUCCIÓN

El término alexitimia ⁽¹⁾ fue acuñado por Sifneos en 1972 (del griego: "ausencia de palabras para las emociones"), para referirse a alteraciones específicas en el procesamiento emocional. Se manifiesta clínicamente por un síndrome caracterizado por la dificultad en identificar y comunicar emociones, y diferenciar éstas de las sensaciones corporales, así como por una pobreza de fantasías y tendencia a preocuparse de acontecimientos externos (pensamiento operativo).

El constructo alexitimia ⁽²⁾ se ha propuesto como un modelo teórico, relacionado clásicamente con las enfermedades psicosomáticas, y más recientemente con un amplio rango de enfermedades médicas y psiquiátricas, tales como los trastornos de la conducta alimentaria.

En 1992, Bourke et al ⁽³⁾ hallaron una tasa de prevalencia de alexitimia del 77% en un grupo de

50 pacientes con anorexia nerviosa; las puntuaciones obtenidas en la *Toronto Alexithymia Scale (TAS)* por el grupo de pacientes eran más altas que las de los controles, de forma estadísticamente significativa.

Cochrane et al ⁽⁴⁾ compararon las tasas de alexitimia entre distintos trastornos alimentarios (AN: 6%, BN: 56%, AN + BN: 61%, Tr. Conducta Alimentaria no Especificados: 64%), concluyendo que no existían diferencias significativas entre ellos; sin embargo, las puntuaciones de la TAS del grupo total de pacientes con trastornos alimentarios era significativamente mayor que las de un grupo control.

Schmidt et al ⁽⁵⁾ realizaron un estudio similar al anterior, obteniendo diferencias en los resultados: las pacientes con AN tipo restrictivo tenían puntuaciones significativamente mayores que las pacientes con BN; igual que en los trabajos previos, las puntuaciones medias de las pacientes de los tres grupos de trastornos alimentarios diferían de las mujeres y varones control.

En 1994, Jimerson et al ⁽⁶⁾ hallaron unas tasas de alexitimia del 40% en un grupo de bulímicas, usando la TAS; las pacientes puntuaron más alto que las controles de forma significativa.

Groot et al ⁽⁷⁾ estudiaron las relaciones entre alexitimia, depresión y bulimia nerviosa. La puntuación media en la TAS fue significativamente mayor entre mujeres con BN, y la proporción de mujeres con BN (61,3%) que puntuaron en el rango de alexitimia (≥ 74) fue significativamente mayor que entre controles. Se observó que la TAS correlacionaba de forma significativa con el *Beck Depression Inventory (BDI)*; en particular existía una correlación positiva entre el BDI y el factor I y el factor II de la TAS.

El objetivo de este estudio es comparar las tasas de alexitimia en un grupo de pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa, con un grupo control de adolescentes de la población general. Este trabajo forma parte de un estudio más amplio, que pretende comparar la prevalencia de alexitimia en los distintos subtipos de trastornos alimentarios, así como estudiar la relación existente entre la alexitimia y otras características de los trastornos alimentarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

Grupo de estudio

Muestra de pacientes diagnosticadas de Anorexia Nerviosa (N = 46), según criterios DSM-IV, en el momento de admisión en la Unidad de Trastornos Alimentarios de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Se seleccionan las pacientes de sexo femenino, con un rango de edad entre 12 y 18 años. Se realizan dos subgrupos: AN tipo restrictivo (N = 36) y AN tipo purgativo (N = 10). Los criterios de exclusión utilizados fueron: abuso de sustancias en el momento de inicio del estudio; comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (salvo depresión); Retraso Mental o CI límite.

Grupo control

Adolescentes de la población general (N = 88), seleccionadas en Institutos y Colegios privados de Barcelona y alrededores, del mismo sexo y rango de edad que el grupo de estudio. Se excluyeron los sujetos con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria (previo o actual); sujetos en grupo de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria: puntuación en el *Eating Attitudes Test* ≥ 20 , y/o Índice de Masa Corporal $< 17,5$; sujetos con diagnóstico psiquiátrico actual; Retraso Mental o CI límite.

Procedimientos

Tras la entrevista inicial diagnóstica, todas las pacientes son talladas y medidas. Se recogen datos sociodemográficos generales y de constelación familiar actual. Se efectúa un protocolo de exploración para los trastornos alimentarios, que incluye medidas de psicopatología general (BDI o CDI según edad, STAIC, Leyton-20), medidas de trastornos de la conducta alimentaria (EAT, EDI, BSQ, CIMEC), evaluación de la imagen corporal (TEIC) y evaluación de la personalidad (EPQ-J).

Como medida primaria de alexitimia se utiliza la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS), administrán-

dose en el momento de admisión en el estudio (entre el inicio del tratamiento y un mes). Se calcula la puntuación total y la de los cuatro subfactores de la escala ⁽⁸⁾:

- Habilidad en identificar y distinguir entre emociones y sensaciones corporales.
- Habilidad en describir sentimientos.
- Capacidad para elaborar fantasías.
- Pensamiento orientado hacia el exterior (pensamiento operativo).

La *Toronto Alexithymia Scale* tiene una buena consistencia interna, fiabilidad y validez de criterio y de constructo ⁽⁹⁾, y es superior a otras medidas autoadministradas de alexitimia ⁽¹⁰⁾. Aunque la alexitimia es una variable continua, una puntuación en la TAS superior o igual a 74 se considera típicamente un punto de corte para alexitimia ⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 1, las pacientes anoréxicas y el grupo control eran similares en edad y sexo, pero diferían significativamente en el peso y en puntuaciones en el *Eating Attitudes Test* (EAT). Las figuras 1 y 2 muestran otros datos sociodemográficos.

Un 56,5% de las pacientes fueron atendidas ambulatoriamente, mientras un 43,5% requirió ingre-

Tabla 1 Características clínicas y demográficas de pacientes con anorexia nerviosa y controles sanos

	Anorexia nerviosa (N = 46)	Controles sanos (N = 88)	p
Edad: años	15,0 (1,2)	15,3 (1,2)	0,144
Sexo*	F: 46	F: 88	
EAT	52,1 (28,7)	11,3 (6,2)	0,000
IMC	15,7 (1,5)	21,3 (2,9)	0,000

* Se seleccionó a los sujetos de sexo femenino.

EAT: Eating Attitudes Test.

IMC: Índice de Masa Corporal (peso/ altura²).

228

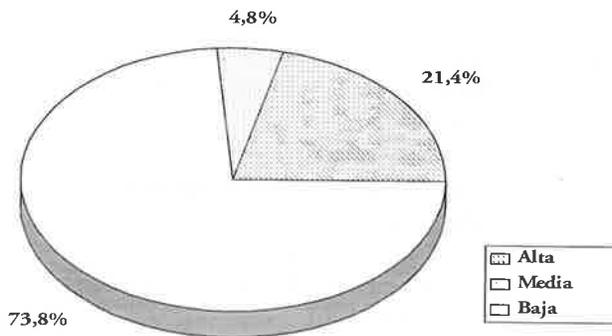


Figura 1. Clase social AN.

so inmediatamente o durante el primer mes de tratamiento. El porcentaje medio de pérdida ponderal fue de 21,6 kg (ds: 6,4), y el tiempo medio de duración de la enfermedad era de 14,6 meses (ds: 14,2). Las puntuaciones medias del *Beck Depression Inventory* (BDI) fueron 21,8 (ds: 10,8) ($n = 14$), y para el *Children Depression Inventory* (CDI) de 16,9 (ds: 8,1) ($n = 26$); no se disponen de datos de cuatro pacientes para esta medida.

Un 67,4% de las pacientes anoréxicas obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 74 (umbral de alexitimia), un 17,4% puntuaron entre 62-73 (p. intermedia), y sólo el 15,2% obtuvo puntuaciones inferiores a 62 (no alexitimia). En la población control: el 18,2% presentó un rango alexitímico, 40,9% obtuvieron una puntuación intermedia, y un 40,9% puntuó por debajo de 62 (Fig. 3); las diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2 = 49,5$, $gl = 2$, $p = 0,000$).

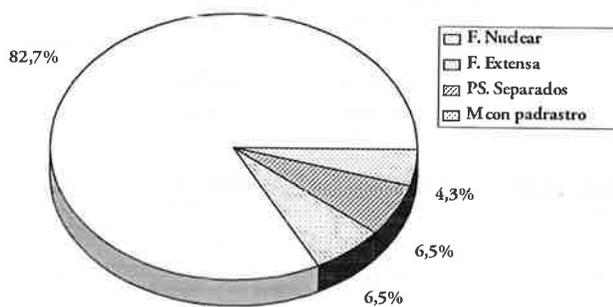


Figura 2. Estructura familiar AN.

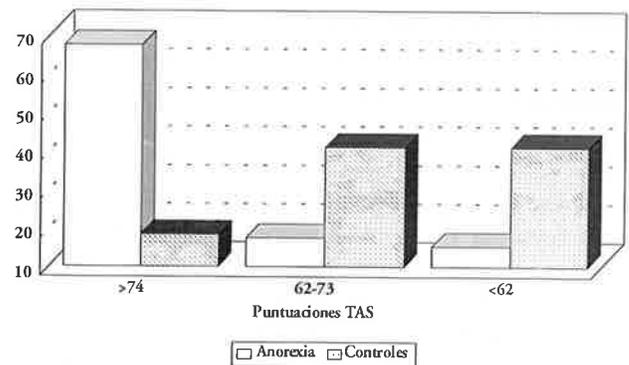


Figura 3. Tasas de alexitimia.

La puntuación media total de la TAS y de los cuatro subfactores, para el grupo de pacientes y el grupo control se muestra en la tabla 2. Las diferencias en la puntuación total entre ambos grupos fueron altamente significativas ($p = 0,000$), analizadas mediante test t de Student.

Respecto a las puntuaciones de los subfactores, se hallan diferencias significativas entre pacientes y controles en el factor I y II de la *Toronto Alexithymia Scale*, que hacen referencia a la dificultad en identificar y distinguir entre emociones y sensaciones corporales, y a la inhabilidad en describir sentimientos. (Fig. 4).

No existen diferencias significativas entre ambos subgrupos de anorexia nerviosa (AN restrictiva y AN purgativa), en puntuación total de la

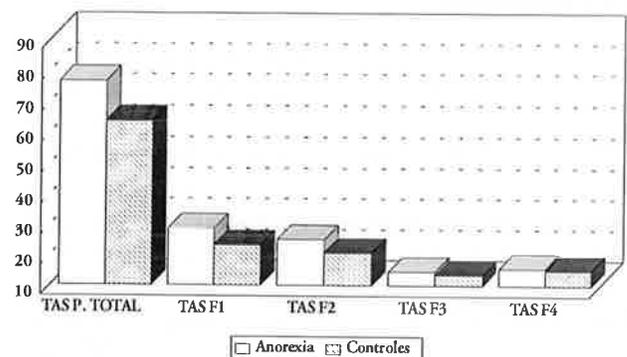


Figura 4. Puntuaciones medias TAS.

Tabla 2 Puntuaciones de alexitimia en pacientes con anorexia nerviosa y controles sanos

<i>Toronto Alexithymia Scale</i>	<i>Anorexia nerviosa</i> (N = 46)	<i>Controles sanos</i> (N = 88)	<i>Significancia</i> (gl = 132)
Puntuación total	76,0 (11,9)	63,5 (11,3)	t = 4,79, p = 0,000
Factor I: Diferenciar entre emociones y sensaciones corporales	28,7 (6,0)	23,2 (6,4)	t = 4,79, p = 0,000
Factor II: Habilidad en describir sentimientos	25,1 (7,3)	20,7 (6,7)	t = 3,47, p = 0,000
Factor III: Capacidad para elaborar fantasías	14,5 (3,1)	13,5 (3,2)	t = 1,69, p = NS
Factor IV: Pensamiento orientado hacia el exterior	15,7 (4,6)	15,1 (3,6)	t = 0,74, p = NS

Todos los resultados se expresan en media; entre paréntesis: desviación estándar.

TAS, ni en las puntuaciones de los subfactores (tabla 3).

CONCLUSIONES

La tasa de prevalencia de alexitimia (TAS superior o igual a 74) en una muestra de 46 pacientes con anorexia nerviosa es del 67,4%, siendo significativamente superior a la tasa de una muestra control (18,2%).

El grado de alexitimia medido con la TAS es significativamente más alto en pacientes con ano-

rexia nerviosa, independientemente del subtipo, comparado con una muestra de estudiantes sanos de la población general.

Los resultados confirman la impresión clínica de que las pacientes con anorexia nerviosa manifiestan una marcada dificultad para identificar emociones y para diferenciar éstas de las sensaciones corporales, puesto de manifiesto por una mayor puntuación en los factores I y II de la *Toronto Alexithymia Scale*. Estos hallazgos son concordantes con los obtenidos previamente por Groot et al ⁽⁷⁾ en un grupo de pacientes bulímicas (diferencias significativas en los factores I y II de

Tabla 3 Puntuaciones de alexitimia en pacientes con AN restrictiva y AN purgativa

<i>Toronto Alexithymia Scale</i>	<i>Anorexia nerviosa</i> <i>restrictiva</i> (N = 36)	<i>Anorexia nerviosa</i> <i>purgativa</i> (N = 10)	<i>Significancia</i>
Puntuación total	76,2 (12,1)	75,4 (11,7)	t = 0,18, NS
Factor I: Diferenciar entre emociones y sensaciones corporales	28,5 (5,6)	29,6 (7,7)	t = -0,49, NS
Factor II: Habilidad en describir sentimientos	24,2 (7,5)	28,8 (5,8)	t = -1,79, NS
Factor III: Capacidad para elaborar fantasías	14,7 (3,0)	13,6 (3,5)	t = 1,05, NS
Factor IV: Pensamiento orientado hacia el exterior	16,1 (4,7)	14,2 (3,8)	t = 1,19, NS

Todos los resultados se expresan en media; entre paréntesis: desviación estándar.

230 la TAS). Por tanto, no podemos confirmar la impresión clínica de que estas pacientes presentan además una pobreza en la actividad imaginativa y un pensamiento externamente orientado.

En la bibliografía revisada, todos los trabajos se han realizado con pacientes anoréxicas de edad media superior a la de nuestro estudio, y el hecho de que nuestros resultados sean similares nos permite sugerir que existe una relación entre la alexitimia y los trastornos de la alimentación, a cualquier edad.

Según el Constructo Alexitimia, el déficit en la conciencia emocional se trataría de un rasgo de personalidad que podría predisponer a múltiples trastornos, y en este caso a los trastornos de la

conducta alimentaria; es preciso realizar estudios de seguimiento para poder determinar si la alexitimia constituye un rasgo predisponente o si se trata de un factor estado-dependiente, secundario a los distintos procesos asociados a la anorexia nerviosa, como serían la desnutrición, la sintomatología depresiva, obsesiva o ansiosa, etc.

En este sentido, sería interesante realizar aproximaciones terapéuticas en los pacientes con anorexia nerviosa, que planteen como objetivo el aumento de su habilidad en identificar y expresar sus emociones, así como la diferenciación de éstas y sus sensaciones corporales, sin olvidar por supuesto las consideraciones necesarias para el tratamiento integral (médico y psicológico), adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981;43:531-43.
2. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct. A potential paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1991;32:153-64.
3. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nerviosa. A preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 1992;161:240-3.
4. Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, Hodges EL. Alexithymia in the eating disorders. *Int J Eating Dis* 1993;14:219-22.
5. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry* 1993;34:54-8.
6. Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Covino NA, Sifneos PE. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosom Med* 1994;56:90-3.
7. Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1995;36:53-60.
8. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, Loiselle C. Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 1990;34:47-51.
9. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA. Validation of the alexithymia construct: a measurement based approach. *Can J Psychiatry* 1990;35:290-7.
10. Bagby RM, Taylor GJ, Atkinson L. Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *J Psychosom Res* 1988;32:107-16.
11. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA, Doody KF, Keefe P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988;50:500-9.

J. Moreno¹
J. L. Pedreira²

La Risperidona en el tratamiento del síndrome de Gilles de la Tourette

- 1 MIR de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantil del Área Sanitaria de Avilés. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA).
2 Paidopsiquiatra.

Risperidone treatment of children with Gilles de la Tourette Syndrome

Correspondencia:

J. Moreno-Vela
Unidad de Salud Mental Infantil
Polígono la Magdalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

RESUMEN

El SGT es un cuadro neuropsiquiátrico de gran complejidad, se caracteriza clínicamente por movimientos motores periódicos y tics fonatorios.

Método: Criterio de caso: CIE-10. Se recogieron 5 casos (4 chicos y una chica). El tratamiento seguido fue: Risperidona más psicoterapia.

Conclusiones: la Risperidona, neuroléptico que actúa en la recaptación de serotonina y dopamina, representa un tratamiento efectivo en la reducción de la frecuencia e intensidad de los tics en los niños afectos con SGT, también mejora los aspectos relacionales.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Gilles de la Tourette; Tics;
Trastornos obsesivo-compulsivos; Risperidona.

ABSTRACT

GTS as an complex neuropsychiatric disorder characterized by the cardinal features of fluctuating motor and fonic tics.

Method: Diagnosis criteria: ICD-10th. Number of patients: 5 patients (four boys and one girl). Treatment: Risperidone more Psychotherapy.

Conclusions: Risperidone, a neuroleptic with both serotonin and dopamine-blocking properties, appears to be effective in reducing ti frequency and intensity in children with GTS.

KEY WORDS

Gilles de la Tourette Syndrome; Tics; Obsessive-compulsive disorder; Risperidone.

232 INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) está descrito como el cuadro más severo dentro de los tics, cuya prevalencia no está bien determinada, representando un cuadro de gran complejidad y de difícil tratamiento. El cuadro clínico fue descrito inicialmente por Gilles de la Tourette en el año 1885 ⁽¹⁾, sobre una caracterización realizada sesenta años antes por Itard ⁽²⁾. Desde entonces la descripción clínica apenas se ha modificado, ya que los sistemas de clasificación actuales [CIE-10 ⁽³⁾ y DSM-IV ⁽⁴⁾] sólo han incluido como novedad los criterios de exclusión (la no existencia de lesión neurológica y la ausencia de un cuadro psicopatológico psicótico, obsesivo-compulsivo grave o retraso mental), lo que ya representa una definición de caso más precisa ⁽⁵⁾.

En la etiología del cuadro se han invocado múltiples teorías (factores genéticos, neuroquímicos, endocrinos y neuroendocrinos, perinatales y psicológicos) ⁽⁶⁾, y se han intentado múltiples tratamientos (terapias conductuales, farmacología) ⁽⁶⁾. No es objetivo de este trabajo realizar un análisis de las teorías psicopatológicas de este interesante cuadro clínico, sino exponer un tratamiento de este proceso que aporta una mejoría clínica importante y, por lo tanto, posibilita un abordaje psicosocial y relacional en mejores condiciones.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Criterio de caso: seguimos los criterios CIE-10 ⁽³⁾, que lo incluye en la categoría F95.2 con la denominación de *trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)*.
2. Se recogieron los casos que cumplían los criterios en los dos últimos años y que acudieron por primera vez a consulta durante ese periodo a la Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.
3. El instrumento de evaluación clínica fue la ESPI ⁽⁷⁾.

4. Se utilizaron otras escalas de evaluación psicopatológica, según la presentación clínica, siendo la escala Yale-Brown para niños, adaptada al español la más usada ⁽⁸⁾.
5. Pauta seguida de tratamiento con risperidona:
 1. Dosis de inicio: 1 mg/día.
 2. Incremento semanal: 0,5 mg/día.
 3. Dosis máxima: 6-7,5 mg/día.
 4. Duración dosis inicial: 6 meses.
 5. Dosis mantenimiento: disminución semanal de 0,5 mg/día, hasta que el paciente no presentaba clínica.
 6. Duración de dosis mantenimiento: indeterminada.
6. Se realizó una terapia de tipo cognitivo con la familia y una psicoterapia de apoyo al niño durante todo el periodo en que duró el tratamiento medicamentoso.
7. Metodología: clínico-descriptiva.

RESULTADOS

Se recogieron en este periodo 5 casos, que cumplían los criterios de SGT, lo que supuso una tasa de prevalencia tratada de 0,71%. El sexo y edad de los casos se exponen en la figura 1, lo que supone una edad media de 9,5 años y una proporción niños/niñas de 4/1.

La figura 2 resume las características clínicas de los tics: se presentaron tics complejos de cabeza y faciales con una intensidad entre moderada e importante. Las características de brusquedad de esos

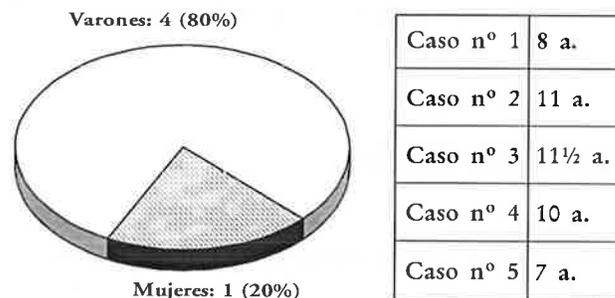


Figura 1. Edad y sexo.

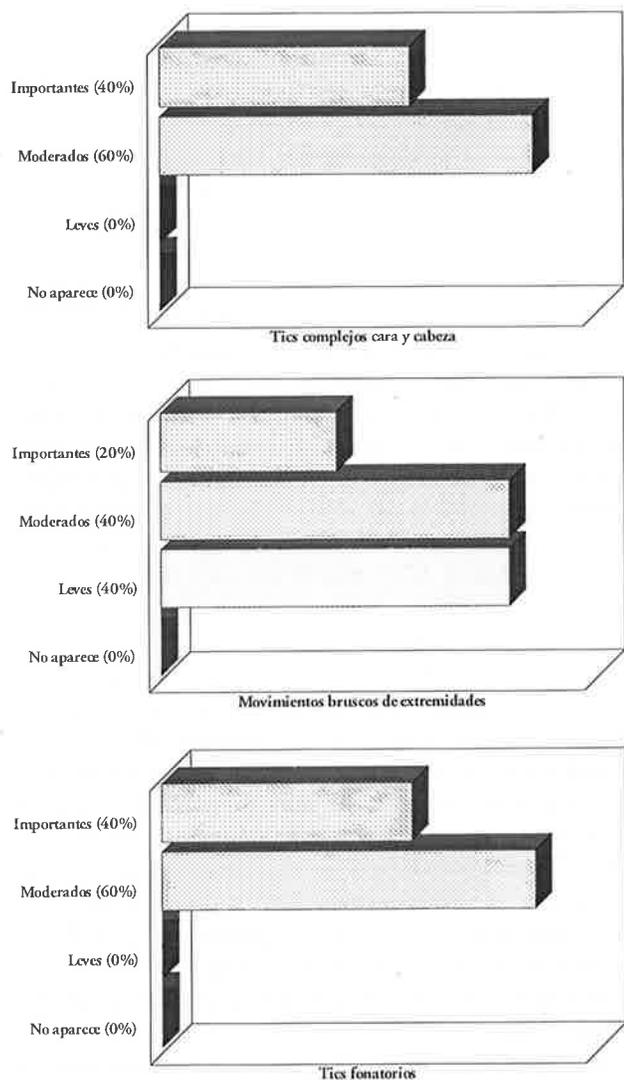


Figura 2. Características clínicas.

movimientos eran de forma leve a moderada y los tics fonatorios aparecieron de forma moderada en el 60% y de forma importante en el resto.

Presentaron clínica obsesivo-compulsiva leve el 60% de los casos, siendo moderada el resto, según puntuaciones obtenidas en la adaptación española de la escala de Yale-Brown⁽⁸⁾. Trastorno de conducta desafiante leve apareció en el 60% de los casos, siendo moderado en el 20%. En cuatro de cada cinco casos se presentaron proble-

Tabla 1 Otra clínica

TOC (Yale-Brown):	• 60% leve
	• 40% moderado
Trastornos esfinterianos:	• 20% enuresis nocturna
Trastornos de conducta desafiante:	• 60% leve
	• 20% moderado
Trastornos relacionales:	• 80% moderado
	• 20% importante

mas relacionales de tipo moderado, al menos, tanto con los pares como con la familia y otras personas adultas (tabla 1).

El grado de seguimiento del tratamiento con Risperidona fue del 100% (tabla 2); no se observaron efectos secundarios extrapiramidales y sólo se detectó un incremento de apetito en dos casos (40%) y en uno un incremento significativo de peso (20%). Sobre las características clínicas se evidenció una mejoría subjetiva en la totalidad de los casos, siendo constatada dicha mejoría a nivel familiar y de la conducta en el 80% y en menor medida en los aspectos relacionales (60%).

La secuencia de la mejoría en nuestros casos fue: lo primero en mejorar fueron los signos fonatorios, que disminuyeron de forma significativa, como media, al mes de inicio del tratamiento con Risperidona. La brusquedad de los movimientos fue el siguiente síntoma en obtener una mejoría apreciable en un periodo comprendido entre los

Tabla 2 Respuesta terapéutica

Efectos secundarios:

- Extrapiramidales: no aparecieron
- Incremento de apetito: 2 casos
- Incremento de peso: 1 caso

Sobre clínica:

- Mejoría clínica subjetiva: 100%
- Mejoría clínica familiar: 80%
- Mejoría relacional: 60%
- Mejoría en conducta: 80%

Secuencia:

- 1ª mejoría: tics fonatorios (\pm 1 mes)
- Disminución de brusquedad (\pm 2-3 m.)
- Disminución amplitud tics (\pm 4 m.)

- 234 1½-3 meses. Siendo lo más tardío en desaparecer la amplitud y frecuencia de los tics, que se obtuvo a los 2-4 meses.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los estudios epidemiológicos existentes sobre el SGT son escasos y son datos extrapolados desde muestras clínicas de Psiquiatría Infantil, lo que origina un sesgo en los datos. No obstante, se publica que los tics en general tienen una prevalencia comprendida entre 1-13% en chicos y 1-11% en chicas ⁽⁶⁾. En cuanto al SGT de forma específica existen datos poco concordantes: 2,9 por 10.000 en el Estado de New York ⁽⁹⁾ hasta cifras del 59 por 10.000 en California ⁽¹⁰⁾. Estudios más cuidadosos desarrollados por Apter et al ⁽¹¹⁾ en Israel aportan tasas del 4,5 por 10.000 en jóvenes de 16-17 años de edad. En todas las muestras se señala que la frecuencia es mucho mayor en chicos que en chicas, con una proporción de 9/1 en la infancia y la adolescencia y de 3/1 en la edad adulta. Ni la demografía, ni la clase social ha aportado resultados relevantes en la presentación de este cuadro clínico, y solamente algunos autores han señalado que los tics son más frecuentes en las razas caucásicas que en las asiáticas ⁽⁶⁾. Extrapolando nuestros datos a población, la tasa equivaldría a 2,39 por 10.000 y una relación chicos/chicas de 3/1 (Fig. 1).

En cuanto al diagnóstico clínico, ya hemos señalado que nuestro criterio de caso responde a criterios CIE-10, pero incluyendo los criterios de exclusión y no sólo los de inclusión. Hemos completado el proceso de diagnóstico diferencial con un recorrido algorítmico publicado por Arnold ⁽¹²⁾ y modificado por Pedreira ⁽⁸⁾.

Desde nuestra perspectiva clínica interesa señalar la visión multiaxial del cuadro clínico, por lo que no hacemos referencia sólo a la comorbilidad. En términos similares se pronuncian Wodrich et al ⁽¹³⁾, ya que estos autores concluyen diciendo que la prevalencia y manifestaciones psicopatológicas en niños/as con SGT en la práctica clínica de psiquiatría infantil no se correspondía con la que se comunicaba en las publicaciones científicas. Los

psiquiatras infantiles deberían estar atentos, de forma particular, a las manifestaciones depresivas y expectantes ante la aparición de problemas de conducta al comparar niños/as con y sin SGT. Es interesante la utilización del lenguaje: "manifestaciones depresivas" y "problemas de conducta", lo que excluye la comorbilidad, puesto que evita, de forma explícita, la denominación específica de trastornos; por lo tanto, hay que contemplarlo como formas de expresión clínica acompañante del cuadro inicial, sobre todo ante los posibles handicap relacionales que origina el SGT, tal y como hemos detectado en nuestra muestra (tabla 1). Éste es nuestro criterio de multiaxialidad en los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia, al referirla no sólo a cuadros clínicos categoriales, sino incluir el punto de vista dimensional. Creemos que el SGT puede ser un buen exponente para este planteamiento, según lo descrito en los cuadros clínicos de la literatura científica, tanto a nivel nacional ^(14,15) como internacional ^(5,6,13,16).

El tratamiento más utilizado desde la década de los cincuenta ha sido el Haloperidol, cuyos resultados en solitario o en combinación con otros productos ha sido más satisfactorio que la utilización de otros procedimientos terapéuticos. Pero la gran incidencia de efectos secundarios que provocaba el Haloperidol, sobre todo los de tipo extrapiramidal, retraía de su aplicación y los abandonos terapéuticos no eran excepcionales, tanto más cuanto menor era la edad de presentación del cuadro clínico.

La aparición de la Risperidona, como nuevo neuroléptico con un doble efecto bloqueante a nivel de los receptores $5HT_{2A}$ de la serotonina y de los receptores D_2 de la dopamina, demostrado por PET (Figs. 3 y 4) ⁽¹⁷⁾, que posee escasos efectos secundarios, ha abierto una nueva vía de investigación terapéutica.

La primera referencia de utilización de Risperidona para el SGT fue realizada en 1993 por Van der Linden, Bruggeman & Van Woerkom ⁽¹⁸⁾, que trataron cinco pacientes adultos (edad media: 33,2 años). Los primeros trabajos de Risperidona en niños/as y adolescentes con diagnóstico de SGT fueron publicados en 1995 por el equipo de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Yale ^(19,20), de

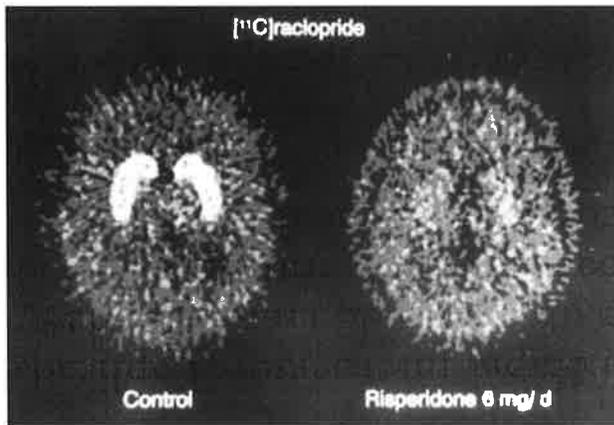


Figura 3. Risperidona. PET SCAN [¹¹C] raclopride. La ocupación de los receptores in vivo se puede determinar por "PET scan" (tomografía de emisión de positrones). Se realiza administrando un radioligando, el raclopride, que se fija a los receptores D₂ de la dopamina y que se pueden observar en los colores amarillo/rojo de la imagen de la izquierda. En la imagen de la derecha se ve cómo tras la administración de risperidona, al tener este fármaco gran afinidad por los receptores D₂, desplaza al raclopride y desaparece el color amarillo/rojo.
Imagen cortesía del departamento médico de Janssen-Cilag.

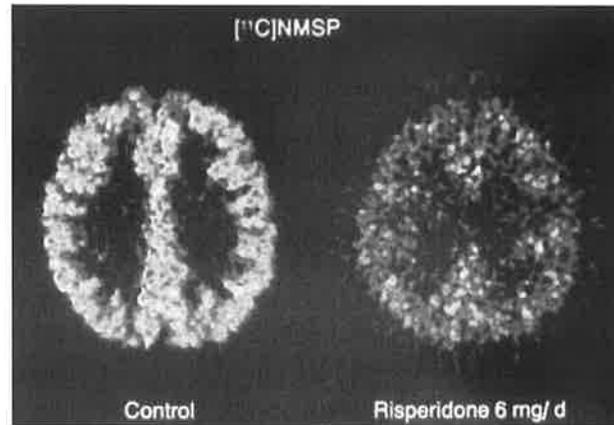


Figura 4. Risperidona. PET SCAN [¹¹C] NMSP. Mediante PET scan también se puede determinar la ocupación in vivo de los receptores 5HT₂ de serotonina. En este caso se utiliza otra sustancia como radioligando, el ¹¹C NMSP. En la imagen de la izquierda se observa cómo el radioligando se fija a la zona donde se encuentran estos receptores, dando un color amarillo/rojo. En la imagen de la derecha se ve de nuevo cómo, tras la administración de risperidona, desaparece este color amarillo/rojo debido al desplazamiento del radioligando por risperidona.
Imagen cortesía del departamento médico de Janssen-Cilag.

estos autores tomamos el protocolo de administración del fármaco, aunque los plazos de actuación y de eficacia terapéutica fueron modificados. Los escasos trabajos existentes sobre el particular han sido sobre adultos (21-23) o sin especificar ningún rango específico de edad (24).

La característica general de estos trabajos consiste en aportar casos aislados acerca de la eficacia del tratamiento con risperidona, así como sus indudables ventajas en relación con el uso de haloperidol. Los trabajos más coincidentes con nuestra práctica son los realizados por el equipo de Yale (19,20), siendo bastante superponibles los resultados a los expuestos aquí y que se han corroborado con resultados parecidos en otros lugares de España, aunque no hayan sido publicados (25).

Es importante señalar que en nuestra muestra no han aparecido efectos secundarios relevantes, pero hemos constatado una ganancia de peso evidente en dos de los cinco casos y en un caso más se incrementó el apetito. No obstante, es preciso

estar vigilantes al seguimiento de este efecto secundario, ya que lo evidente es la mejoría clínica y la ausencia de signos extrapiramidales, lo que hace que el cumplimiento terapéutico sea óptimo. Hay que considerar que en todos los casos se realizó una psicoterapia cognitiva de apoyo, tanto a nivel individual, como con la familia, lo que favorece la adherencia al tratamiento y mejora la comprensión del proceso.

CONCLUSIONES

El SGT es un cuadro complejo de tics crónicos y con mucha clínica psicopatológica asociada, que dificulta discernir si es clínica propia del cuadro de SGT, acompañante de forma simultánea o secundaria al devenir del proceso. Sea de cualquiera de las formas, lo cierto es que causa dificultades en las relaciones sociales de los niños/as con sus

236 pares, baja autoestima y trastornos de adaptación y conducta.

Los tratamientos utilizados hasta el momento actual, tanto los psicoterapéuticos como los psicofarmacológicos han dado resultados muy dispares, con cierta tendencia al desaliento.

La aparición de la Risperidona, un neuroléptico especial con doble acción bloqueante de receptores 5HT_{2A} de serotonina y D₂ de dopamina, presenta esta doble acción sobre los neurotransmisores que se han descrito como uno de los factores etiológicos en el SGT. Se precisa la realización de trabajos doble-ciego con muestras más amplias y/o investigaciones multicéntricas, que investiguen la eficacia terapéutica con este producto.

La risperidona aporta ventajas en la administración, fácil dosificación y ausencia de efectos secundarios relevantes. La secuencia de mejoría, en relación al haloperidol, quizá sea algo más lenta, pero la adherencia al tratamiento es mayor por la

ausencia de efectos secundarios importantes, por lo que la acción terapéutica se consigue de forma más eficaz.

El incremento de peso detectado en algunos pacientes tratados con risperidona, hace preciso que los estudios sobre este particular y sobre la función hepática deban extremarse.

Por fin, señalar que la eficacia de la risperidona no excluye realizar un apoyo psicoterapéutico al niño/a y su familia, así como realizar una orientación al centro escolar al que acuda. También en el SGT los tratamientos integrados deben ser la base.

AGRADECIMIENTOS

La delegación de Laboratorios Janssen-Cilag en Asturias, por la diligencia mostrada a la hora de facilitar la información solicitada para la realización del presente trabajo clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilles de la Tourette G. Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch Neurol* 1985;9(19):158.
2. Itard JMG. Memoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion de la prehension et de la voix. *Arch Gen Med* 1825;8:365.
3. López-Ibor JJ (Dir.). CIE-10. Madrid: Smithkline-Beecham; 1992.
4. American Psychiatric Association: DSM-IV. Whashington: APA; 1994.
5. Cohen DJ, Bruun RD, Leckman JF, eds. Tourette's Syndrome and Tic Disorders. New York: John Wiley & Sons; 1988.
6. Leckman JF, Peterson BS, Pauls DL, Cohen DJ. Tic Disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1997;20(4):839-61.
7. Pedreira JL. Diagnostic Problems in Child and Adolescent Psychiatry. En: Seva A, dir. *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Pressas Universitarias de Zaragoza-Anthropos; 1991. Book I. p. 497-512.
8. Pedreira JL. Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria. Madrid: Aran-Ela; 1995.
9. Caine ED, HcBride HC, Chiverton P, et al. Tourette Syndrome in Monroe County school children. *Neurology* 1986;38:472-5.
10. Comings DE, Himes JA, Comings BG. An epidemiological study of Tourette's Syndrome in a single school district. *J Clin Psychiatry* 1990;51:463-9.
11. Apter A, Pauls DL, Bleich A, et al. An epidemiological study of Gilles de la Tourette's Syndrome in Israel. *Arch Sen Psychiatry* 1993;50:734-8.
12. Arnold LE. Tics and other Stereotyped Movements. En: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, eds. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1990. p. 306-24.
13. Wodrich DL, Benjamin E, Luchar D. Tourette's Syndrome and Psychopathology in a Child Psychiatry Setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(11):1618-24.
14. García Prieto A, Ramos E, Roza M, Díaz Mejido L. Presentación de un caso de Síndrome de Gilles de la Tourette. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1983;1(2):25-8.
15. Lampreave JL, Mardomingo M^aJ, Molina V, Alonso JC, Domínguez P, Almoguera I. SPECT cerebral en el SST: resultados preliminares. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1995; 3:169-73.
16. Golden GS, Hood OJ. Tics Disorders. *Ped Clin North Am* 1982;29(1):95-103.
17. Servicio Científico Janssen-Cilag. Madrid; 1995.
18. Van der Linden C, Bruggeman R, van Woerkom T. Risperidone in the treatment of Gilles de la Tourette's Syndrome.

- 118th Annual Meeting of The American Neurological Association. Boston, october, 1993. *Ann Neurol* 1993;34(2): 263-4.
19. Lombroso PJ, Scahill L, King RA, Lynch KA, Chappell PB, Peterson BS, et al. Risperidone treatment of Children and Adolescents with Chronic Tic Disorders: A preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(9):1147-52.
20. Scahill L, Chappell PB, King RA, Leckman JF, Lombroso PJ. Risperidone treatment of Children and Adolescents with Tourette's Syndrome and Chronic Tic Disorder: A preliminary report. New Clinical Drug Evaluation Unit Meeting. Orlando, may-june, 1995. *Psychopharmacol Bull* 1995;31(3):614.
21. Giakas WJ. Risperidone treatment for a Tourette's Syndrome Disorder Patient with comorbid Obsessive-Compulsive Disorder (Letters to the Editor). *Am J Psychiatry* 1995; 152(7):1097-8. **237**
22. Shulmar LM, Singer C, Weiner WJ. Risperidone in Gilles de la Tourette Syndrome (Letters to the Editor). *Neurology* 1995;45:1419.
23. Stamenkovic M, Schindler S, Aschauer HN, Kasper S. Risperidone in the treatment of Gilles de la Tourette Syndrome. 9th Congress of the European College of Neuropsychopharmacology. Amsterdam, september, 1996. *Eur Psychopharmacol* 1996;6(Suppl 4):163.
24. Martínez MR, Perry PJ, Gaffney GR, Kuperman S. Treatment of Tourette's Syndrome with Risperidone. 149th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New York, may, 1996.
25. Campos-Castelló J. Comunicación personal. XX Congreso Extraordinario Español de Pediatría. Málaga; 1998.

M^a L. Fernández

Terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria

Unidad de Salud Mental. Área 11. Servicio Valenciano de Salud. Gandía (Valencia).

Interpersonal therapy applied to a group of family patients with eating disorders

Correspondencia:
M^a L. Fernández Moreno
Arquebisbe Palau, 17
46700 Gandía (Valencia)

RESUMEN

En este artículo se presenta la Terapia Interpersonal (TIP), aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria (TCA). La familia no tiene por qué ser la causa del TCA, pero la familia afectada puede y suele mantener el problema. Siguiendo las estrategias de la TIP se identifican las relaciones interpersonales y concretamente el área de las disputas como un factor de perpetuación del TCA. Así, las estrategias y técnicas empleadas van dirigidas a un cambio de las relaciones interpersonales familiares, a un cambio de la naturaleza de la interacción familiar con el objetivo de que mejore a su vez el TCA.

PALABRAS CLAVE

Terapia Interpersonal; Trastorno de Conducta Alimentaria; Familia; Relaciones Interpersonales; Factor de perpetuación.

ABSTRACT

This article presents the Interpersonal Therapy (IPT) applied to a group of family patients with Eating disorders. There is no reason why the family has to be the cause of Eating disorders but the affected family may and usually keeps up the problem. Following the IPT strategies, these identify the interpersonal relationships and exactly the area of disputes as a perpetuation factor of the Eating disorders. This way, the used strategies and techniques are straightly addressed to a change in the family interpersonal relationship, to a change in the family interaction nature so that it can make the Eating disorders improve.

KEY WORDS

Interpersonal Therapy; Eating Disorders; Family; Interpersonal relationship.

INTRODUCCIÓN

La Terapia Interpersonal (TIP) fue descrita por Klerman et al como una terapia con un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental. Es una terapia focal, a corto plazo y de duración limitada, que hace énfasis en las relaciones interpersonales del paciente, aunque reconoce el papel de factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad. Klerman et al aplicaron la TIP en pacientes depresivos y Fairbun et al (1991) fueron los primeros autores en aplicar esta terapia en la bulimia.

Actualmente, los trastornos de la alimentación son considerados desde un punto de vista multidimensional. Muchos clínicos han destacado, a lo largo de los años diferentes alteraciones en las relaciones familiares de los pacientes con trastorno de conducta alimentaria. Es difícil lograr unos resultados sin un planteamiento familiar. Ante el tratamiento, Schwartz et al consideran preciso profundizar en el cambio de la situación, tanto para la familia como para el paciente. Diferentes autores (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991), consideran que los grupos para padres parecen ser de gran utilidad para lograr una implicación familiar positiva en el tratamiento y ayudar a los padres a enfrentarse con las emociones y problemas provocados por el trastorno del hijo. Los grupos pueden variar en composición, frecuencia... (Rose y Garfinkel 1980; Vandereycken y Meerman, 1984), pero en conjunto tienen una serie de ventajas.

Considerando así la importancia del papel de la familia y su implicación en el tratamiento, este trabajo presenta un programa de intervención con Terapia Interpersonal en un grupo de familiares de Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA).

El objetivo es: ayudar a los progenitores a favorecer las relaciones interpersonales progenitores-hijos (sólo ha habido un paciente varón), con el fin de que mejore, a su vez, el TCA; que los progenitores sean capaces de cambiar la actitud hacia la paciente, a partir del conocimiento de la enfermedad y de la conducta problema; ganar una razonable independencia por ambas partes (progenitores y pacientes), que favorezca nuevas conductas más adaptativas.

MATERIAL Y MÉTODO

Material

La intervención va dirigida a padres de hijos con TCA en formato de grupo, durante ocho meses con una duración de unos setenta minutos. Los primeros cuatro meses, las sesiones eran con una frecuencia semanal y los siguientes cuatro con una frecuencia quincenal. Actualmente se está realizando el seguimiento con una sesión cada dos meses. El grupo ha estado formado por las madres con asistencia esporádica de algún padre.

Sus respectivos hijos, pacientes con trastorno de conducta alimentaria, todos seguían tratamiento individual ambulatorio psicológico, con una orientación cognitivo-conductual y haciendo énfasis en la autoestima y resolución de problemas. Ninguno de ellos presentaba el peso por debajo del 15% de lo que le correspondía y no habían estado hospitalizados por TCA, aunque sí habían recibido otros tratamientos, pero sí presentaban los restantes criterios de diagnóstico de AN y BN de DSM-IV. Las edades de los hijos oscilaban entre 16-29 años y eran estudiantes de BUP, FP, COU y dos incorporados al mundo laboral.

Método

En el inicio de las sesiones se aplicó una encuesta dirigida a los padres, semiestructurada de respuesta abierta, con el objetivo de evaluar el estado de las relaciones interpersonales y emociones expresadas hacia los hijos, según cinco componentes (comentarios críticos sobre la paciente, sentimientos negativos hacia la paciente, consecuencias emocionales, afecto y comentarios positivos hacia la paciente), basada en la entrevista con los padres del estudio de Szmukler et al (1985). Los resultados de la encuesta son los siguientes según sus apartados:

Comentarios críticos sobre la paciente

En relación al comportamiento con los padres hacen referencia al carácter negativo del paciente (egoísmo, desobediencia, intolerancia, mentiras con la comida...) y al poco afecto. El lenguaje que usan

- 240 los padres es absolutista y exigente. En relación con sus hermanos las características que destacan son las discusiones y los celos y, en relación a ellas mismas, consideran que tienen una baja autoestima, pocas veces se encuentran bien con ellas mismas y un carácter cerrado y negativo (insegura reservada, poco comunicativa, poco cariñosa...).

Sentimientos negativos hacia la paciente

La forma de expresión de los sentimientos negativos es con un estilo agresivo y pasivo-agresivo; predominando más el componente verbal de comunicación, que el no verbal y fundamentalmente con temas relacionados con la enfermedad y el carácter.

Consecuencias emocionales

El 50% de los padres duda sobre su sentimiento de culpabilidad, pero todos los padres se sienten preocupados ante el problema y la mayoría de ellos ha intentado buscar solución.

Afecto

El 50% de los padres dicen que es poca la comunicación de sentimientos afectivos. Suelen mostrar su afecto casi en la mayoría de forma verbal y en una minoría con contacto físico o regalos. En general, dicen mostrar afecto y desavenencias "normales" entre ellos, delante de los hijos.

Comentarios positivos sobre la paciente

Algunos de los padres no nombran ninguna cualidad física y la mitad de los padres sólo nombran una. Al referirse a las cualidades como persona sus respuestas oscilan entre una y cinco.

Los padres que formaban este grupo, era la primera vez que recibían asistencia como familiares.

El *trabajo en grupo* se ha realizado: se trabaja siempre en grupo; se entrega material escrito; tareas para casa; revisión de autorregistros; apoyo con documentación (casos publicados, artículos, video); pizarra.

Las *sesiones* han sido estructuradas según la TIP en tres niveles: el nivel de las estrategias para llevar a cabo determinadas tareas, el de las técnicas y el del estilo terapéutico. En el nivel de las técnicas y del estilo terapéutico, la TIP es igual a

muchas otras terapias, pero la diferencia está en el plano de las estrategias.

ESTRATEGIAS

Las estrategias de la TIP se emplean en tres fases del tratamiento. Durante la fase primera, se identifica el principal problema asociado al inicio del trastorno alimentario y se realiza un contrato con la familia para trabajar esta área problema. En la fase intermedia se trabajan las principales áreas problema interpersonales actuales. En la fase de terminación se habla de la finalización, de los progresos efectuados y del trabajo que resta por hacer.

Siguiendo la estructura de la TIP los objetivos y tareas han sido los siguientes:

- Informar en qué consiste el TCA.
- Informar sobre la importancia del papel de las relaciones interpersonales, dentro de la familia, en el TCA. Identificar el área problema que pueda haber en las relaciones interpersonales dentro de la familia, como un factor de perpetuación del TCA, lo que es fundamental en TIP.
- Aplicar estrategias de la TIP (inventario interpersonal, análisis de las expectativas, etc).
- Aplicar TIP junto con técnicas conductuales específicas: como el Refuerzo positivo y Extinción [El diseño de TIP/TCC/TC ya ha sido aplicado por otros autores como Fairbun et al (1991), Wilfley et al (1993)].
- Aplicar técnicas de comunicación.
- Aplicar técnicas para la resolución de conflicto.

La estrategia se desglosa en tres fases: inicial, intermedia, terminación.

En las sesiones iniciales

Adaptando la TIP a la aplicación de grupo de familiares de TCA, al comenzar las sesiones iniciales los padres describirían lo que les ha motivado a buscar tratamiento, la historia reciente de su condición como padres de hijo con TCA y una revisión de los síntomas que presentan.

Afrontar el TCA

El objetivo es ocuparse del problema de familiares de pacientes con TCA, aclarando que no hay una tipología familiar única y que la familia no es el factor causante del problema, sino que las causas son multifactoriales (factores predisponentes, precipitantes, sociales, familiares...), lo cual ayuda a tranquilizar a los familiares.

A los familiares se les considera como "padres afectados". Se explica a los padres la seriedad del problema y los riesgos físicos y psicológicos del mismo, otorgando así el rol de enfermo al hijo/a.

Relacionar el TCA con el contexto interpersonal

Se relaciona el TCA con el contexto interpersonal, revisando las relaciones interpersonales presentes y pasadas y relacionándolas con los síntomas de TCA.

Se determinará con la familia la naturaleza de la interacción con el enfermo/a, las expectativas del familiar hacia su hijo, los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de las relaciones, así como los cambios que el familiar desearía en sus relaciones con su hijo/a enfermo.

Identificar las áreas problema principales

Se ayuda al familiar a identificar el área problema de la relación y a fijar los objetivos de tratamiento, en función de determinar qué aspectos de la relación están relacionados con el TCA y sería óptimo cambiar.

Resultados de las sesiones iniciales en esta experiencia inicial

En estas sesiones los padres agradecen la información sobre los factores múltiples que influyen en la incidencia de los TCA y el saber que no hay una tipología o patrón único familiar.

Se ha observado y clarificado que las expectativas hacia la hija/o por parte de los padres son absolutistas y negativas. Reconocen que "están muy encima de ellas" y que esto causa problemas de relación, por su insistencia.

Las madres recuerdan muy fácilmente los aspectos insatisfactorios de la relación, pero tienen gran dificultad en recordar los aspectos satisfactorios (en

este grupo en concreto se tardaron tres sesiones en iniciar algún comentario sobre aspectos satisfactorios de las relaciones con las hijas).

La relación con sus hijas/os es conflictiva, sobre todo en relación a cuando hacen críticas, a resolver problemas y al carácter de la hija.

El área problema en la relación familiar, siguiendo la TIP, se centra en el Área de las Disputas Interpersonales, es decir, aquellas situaciones en las que madre-paciente tienen expectativas no recíprocas sobre su relación y en este trabajo se consideran importantes como factor de perpetuación del TAC.

El objetivo fundamental que propone la familia sería: saber como tratar y poder ayudar a sus hijas/os (aunque en principio su objetivo era el deseo de cambio de carácter y conducta del hijo).

En las sesiones intermedias

Centradas en el área problema de *Disputas Interpersonales* (identificada como área problema de la relación interpersonal de los padres en la relación con sus hijas), el objetivo es identificar la disputa, escoger un plan de acción y modificar las expectativas y comunicación para conseguir una solución satisfactoria.

La *estrategia* consiste en ayudar a las madres a identificar la disputa, a relacionar los síntomas de la paciente con la disputa, a entender como las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa.

Se explora cuales son los motivos de la disputa, cuales son las diferentes expectativas y valores, qué desearía de la relación, qué opciones tiene, de qué recursos dispone para cambiar la relación.

El plan de acción ha ido dirigido: *modificar los patrones de comunicación*. Se introducen técnicas de comunicación cognitivo-conductuales: estilos de comunicación, entrenamiento en elogios y refuerzos positivos dirigidos hacia su persona, aspecto físico y habilidades; *reevaluar las expectativas* y se inicia *la información sobre técnicas para la resolución de conflictos*. En este caso se ha introducido la filosofía de resolución de problemas, siguiendo los pasos de Terapia de Resolución de Problemas de D'Zurrilla y Golfried, relacionándolo en todo momento con las estrategias de la TIP.

242 Resultados de las sesiones intermedias

En estas sesiones se logra centrar el objetivo en el cambio y mejora de la relación interpersonal madres-hijas, en lugar de el cambio inminente de alimentación o forma de ser de las hijas como habían pensado y deseado las madres.

Entienden que las expectativas no recíprocas se relacionan con las disputas. Aclaran que las expectativas no coinciden en situaciones en que se exige autonomía y responsabilidad y esto lleva a la disputa. Establecen una relación directa entre los síntomas de TCA en sus hijas y las disputas y aprenden a cambiar la actitud ante los mismos y como consecuencia omiten la disputa.

Han observado que en las disputas relacionadas con la conducta alimentaria, fundamentalmente, su estilo de comunicación era en la mayoría de los casos agresivo y lo han cambiado por el asertivo. No se ha dado el mismo éxito con las madres que utilizaban el estilo pasivo-agresivo a las que el cambio les ha llevado algo más de tiempo.

En el estilo de comunicación hay aceptación por parte de todas las madres de la dificultad que tienen para elogiar y aportar refuerzos positivos a

sus hijas y tras el entrenamiento y aplicación de estas técnicas en su relación, todas coinciden en que las consecuencias son positivas.

El desarrollo de las sesiones intermedias se puede ver de forma gráfica en las figuras 1 y 2.

En las sesiones de terminación

Las 3-4 últimas sesiones se desarrollan con una frecuencia quincenal, se recuerda la terminación del grupo para aprovechar con intensidad las sesiones que quedan y terminar de alcanzar los objetivos propuestos.

Se valora el reconocimiento por parte de las madres de su capacidad de aprendizaje, respecto al manejo del problema y, por tanto, su capacidad de independencia.

Se trabajan las técnicas de resolución de problemas y cómo hacer críticas para la resolución de conflictos, relacionándolas con las estrategias de TIP que se han visto en las sesiones anteriores.

Al finalizar el grupo se inician las sesiones de seguimiento cada dos meses, al mismo tiempo que las hijas siguen su tratamiento habitual.

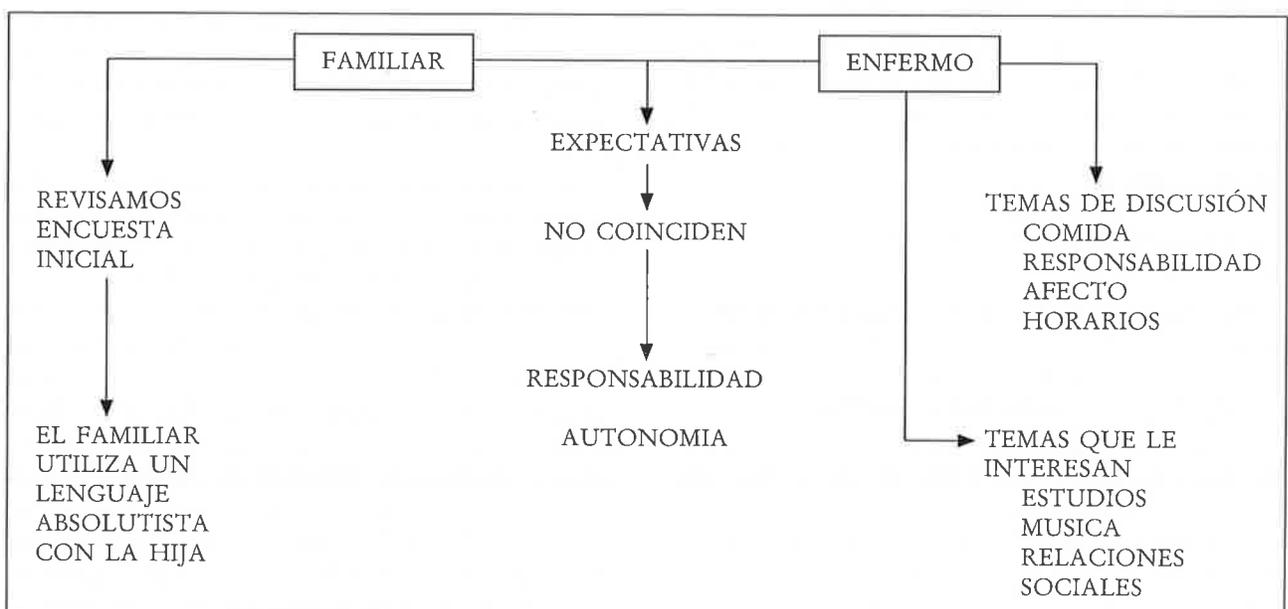


Figura 1. Sesiones intermedias.

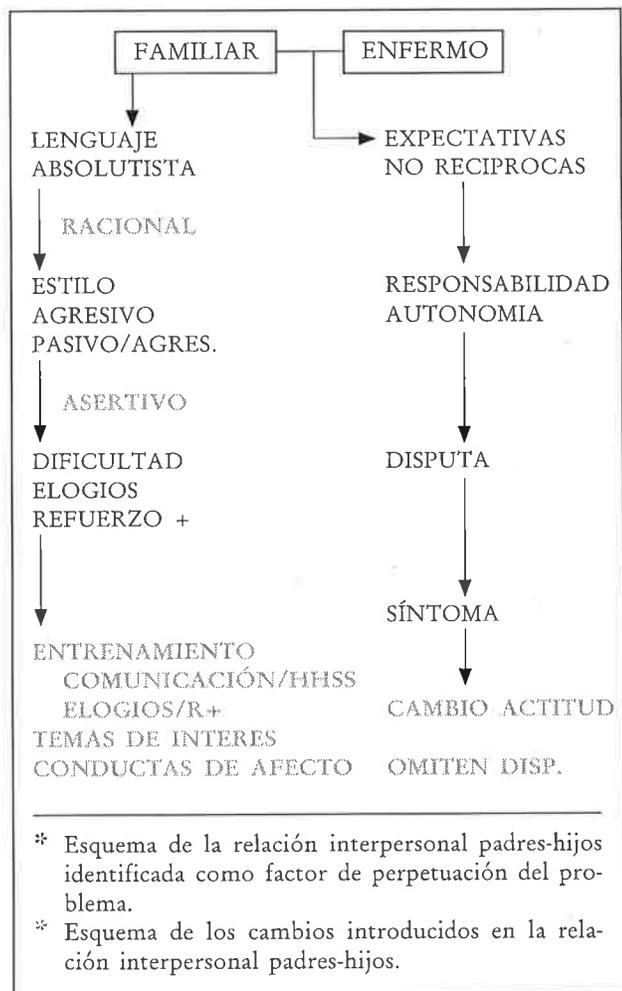


Figura 2. Resultados sesiones intermedias.

RESULTADOS

Al finalizar el grupo se ha administrado un cuestionario de evaluación y los resultados de sus contestaciones son los siguientes:

Respecto al TCA contestan que es una enfermedad psicológica.

Informan que han aprendido a comprender mejor a la hija, a ver las cosas un poco más cerca de ella y a ver en ella las cosas que tiene positivas. En relación a ellas mismas, han aprendido a no mostrar su angustia constantemente, a controlar los nervios, a ser más paciente y al dirigirse a ella, decirle las cosas de otro modo.

Afirman que las relaciones satisfactorias que tienen con las hijas han aumentado en todas ellas desde el inicio del grupo. Han aprendido a percibir y expresar los aspectos satisfactorios de su relación.

Las técnicas que más han usado son: escucha activa, cambiar el estilo de comunicación, comunicar con lenguaje verbal y no verbal los refuerzos positivos y elogios e introducir más comunicación sobre temas diversos de interés de la hija.

El resultado de este cambio lo valoran como positivo, con sensación de estar aprendiendo a manejar el problema, dicen que están todos más relajados, que hay menos peleas y que hay una apreciación de mejoría en las pacientes.

A modo de conclusión, partiendo de los resultados obtenidos hasta la fecha, se podría considerar que la TIP es una herramienta de trabajo positiva, aplicada a los grupos de familiares de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books Inc. Publishers; 1984.
2. Klerman GL, Weissman MM, et al. Psicoterapia Interpersonal. Barcelona: Masson; 1998.
3. Fairburn CG. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. En: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia. New York: Guilford Press; 1985.
4. Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa. En: Garner DM, Garfinkel PE, eds. Handbook of treatment of eating disorders. New York: Guilford Press; 1996.
5. Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1991.
6. Toro J, Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1987.
7. Turón VJ. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson; 1997.
8. Morande G. Atención a la anorexia nerviosa y bulimia. ¿Dónde, quién, cómo? Madrid: Adaner.

- 244
9. Carroble JA. Análisis y modificación de conducta II. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1989.
 10. Fuentes JC, Martínez O, Daroca A; Gándara JJ. Comunicación y diálogo. Ed. Cauce; 1997.
 11. Kelly JA. Entrenamiento en habilidades sociales. Bilbao: DDB; 1987.
 12. Schmidt U; Treasure J. Aprender a comer. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1996.

A. Benito¹
M. Aparicio²
A. Briones³
M^a J. Ruiz⁴

- 1 Psicólogo. C.I.S.-E.S. Mental Infanto-Juvenil del distrito de Tetuán. Madrid.
- 2 Psicóloga. Colaboradora U.C.M. Madrid.
- 3 Psicóloga. Departamento Orientación I.E.S. Tetuán-Valdeacederas. Madrid.
- 4 Pedagoga. Departamento Orientación. I.E.S. N^a S. de la Almudena. Madrid.

Correspondencia:

A. Benito de la Iglesia
Centro Integral de Salud
Aguileñas, 1
28029 Madrid
Tel.: 91 588 66 72/75/89. Fax: 91 588 66 52
E-mail: benito@correo.cop.es

Estrategias de solución de problemas en los adolescentes y educación para la salud comunitaria

Coping strategies in adolescents and community health education

RESUMEN

En el campo de la educación para la salud existe una gran laguna entre la investigación básica y la intervención aplicada. En este artículo se describe una experiencia en la que se conectan investigación y práctica. En el contexto de una intervención comunitaria para la promoción de la salud mental de los adolescentes del distrito de Tetuán (Madrid), utilizando el cuestionario CASQ (Coping-Across-Situations-Questionarie) de Inge Seiffge-Krenke, se investiga, en una muestra de 228 adolescentes de 3^o de Educación Secundaria Obligatoria, las estrategias de afrontamiento que usan estos adolescentes, cuando tienen problemas relacionados con: los padres, los estudios, los amigos, la imagen personal, las relaciones afectivas, el tiempo libre y el futuro. Los resultados se utilizan en un taller de Educación para la Salud para entrenar, a estos mismos adolescentes, en la adquisición de habilidades para el manejo del estrés, la solución de problemas y toma de decisiones, y el uso de los recursos de apoyo social.

También, para que aprendan y practiquen estrategias de afrontamiento adecuadas a los distintos tipos de problemas.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes; Estrategias de afrontamiento; Acontecimientos vitales; Educación para la Salud; Habilidades; Recursos sociales.

ABSTRACT

A continuing concern within the science and practice of health promotion is the insufficient connection between the research carried out and health promotion practice. This experience is aimed at closing the gap between research and practice. In the context of a community health education strategy for improving adolescents' mental health in the Tetuán's district (Madrid) we set out to explore the manner in which adolescents tackle every day events in their lives. A sample of 228

246 adolescents (111 male and 96 female, 14 to 15 years) was measured by the I. Seiffge-Krenke's Coping-Across-Situations-Questionnaire (CASQ).

The founded results are applied to improve the abilities of adolescents in managing stress and using social resources. Also to learn and practice a diversity of coping strategies suitable for different problems.

KEY WORDS

Adolescents; Stressors; Coping strategies; Health Education; Coping Abilities; Social Resources.

INTRODUCCIÓN

En una investigación anterior sobre indicadores cuantitativos de depresión en los adolescentes de nuestro distrito de Tetuán (Madrid) ⁽¹⁾, habíamos encontrado que aquellos adolescentes con más síntomas de depresión solían elegir estrategias disfuncionales (falsas soluciones o soluciones que en lugar de resolver el problema o reducirlo lo complicaban más) o estrategias funcionales pasivas (resignarse, no hacer nada concreto para cambiar la situación o esperar que el tiempo pase), para afrontar los problemas que tienen en la vida diaria, en relación con sus padres, los estudios, los amigos, la imagen corporal, las relaciones amorosas, el tiempo libre y el futuro. Dada la evidencia experimental, cada día mayor, de la estrecha relación entre estilos de vida, estresantes psicosociales, estilos de afrontamiento de problemas y niveles de salud en los adolescentes ⁽²⁻⁹⁾, pensamos que puede ser de una gran utilidad investigar en las poblaciones de adolescentes con las que se trabaja día a día, y sobre las que tenemos responsabilidad profesional de promocionar su salud, qué estrategias de afrontamiento utilizan para resolver los *distintos tipos de problemas* y tenerlas en cuenta a la hora de planificar junto con los profesores y padres ⁽¹⁰⁾ las actividades de Educación para la Salud Comunitaria.

Los adolescentes tienen que saber que las situaciones o conjunto de circunstancias conflictivas que les producen un sentimiento de tristeza, pena,

malhumor, incomodidad, impotencia, indefensión, dolor, sufrimiento, etc., no se resuelven sin hacer nada, esperando que pase el tiempo, evitándolas o huyendo. Tienen que saber que no todas las soluciones son válidas y que hay que esforzarse por encontrar aquella que les ayude a salir de la situación conflicto de la mejor manera posible. Tienen que saber, también, que los problemas no acaban cuando piensan la solución, sino cuando la ejecutan y la llevan a la práctica. El afrontamiento exige respuestas en nivel cognoscitivo, afectivo y de la acción. En definitiva, tienen que aprender a planificar, a anticipar consecuencias de sus acciones, a tomar decisiones y a orientar su conducta hacia algún valor o meta que deseen conseguir.

Los profesionales de la salud y de la educación necesitamos, por tanto, conocer no sólo cómo piensan y sienten, sino también cuáles son sus problemas y sus estrategias concretas de afrontamiento. Así, desde el conocimiento de la realidad del adolescente concreto, podremos eficientemente ayudarles a mejorar o aumentar su competencia personal, necesaria para prevenir las conductas de riesgo para su salud ⁽¹¹⁾. Cuando un adolescente es incapaz de enfrentarse con confianza a las dificultades que le plantea la vida suele elegir frecuentemente, para adaptarse a la situación y sobrevivir, conductas de riesgo para su salud. Falsas soluciones que tienen consecuencias negativas para el propio sujeto, para su familia y para la sociedad.

Desde esta perspectiva nos propusimos investigar, en una muestra de adolescentes de dos institutos de Educación Secundaria Obligatoria, los distintos tipos de estrategias de afrontamiento para cada una de las siete categorías de fuentes de problemas siguientes: los padres, los estudios, los amigos, la imagen personal, las relaciones amorosas, el tiempo libre y el futuro.

Utilizando el cuestionario de Inge Seiffge-Krenke ⁽⁵⁾, que engloba en estas siete categorías las posibles fuentes de problemas que los adolescentes sufren en su vida diaria, nos propusimos los siguientes objetivos:

- Identificar el tipo de estrategias (funcionales activas, funcionales pasivas y disfuncionales) más usadas por los adolescentes cuando se enfrentan a situaciones conflictivas.

- Identificar las estrategias más usadas por los adolescentes, de las 20 estrategias que les proponíamos.
- Identificar, dentro de las situaciones conflictivas que se le plantean, cuáles son las que suscitan mayor número de estrategias de solución de problemas.
- Comparar los resultados entre sexos y conocer si existen diferencias en el uso de las distintas estrategias, para afrontar los problemas relacionados con las áreas que se les plantean.
- Utilizar los resultados para adaptar los contenidos del taller de habilidades sociales y solución de problemas que realizamos con los adolescentes de nuestros institutos de Educación Secundaria, con el objetivo de colaborar, junto con el resto de los educadores, en la prevención de algunos de los problemas de salud mental más frecuentes en los adolescentes.

MÉTODO

En el contexto de la estrategia de intervención comunitaria para promocionar la salud de los adolescentes de nuestro distrito, que el Centro Integral de Salud del distrito de Tetuán (Madrid) viene realizando desde hace 10 años, la Educación para la Salud, en los Institutos de Educación Secundaria, ha sido siempre un objetivo prioritario. El trabajo en equipo y la coordinación de los recursos humanos y materiales con los que contábamos han hecho posible la realización de este tipo de experiencias. En estrecha colaboración con los profesores y el conjunto de la comunidad escolar, sintiendo todos los protagonistas de la comunidad educativa la necesidad de prevenir las conductas de riesgo para la salud del adolescente, desde el principio se implican y participan en la distintas fases de la planificación y ejecución de las actividades programadas.

La responsable del Departamento de Orientación se encarga de pasar los cuestionarios durante el primer trimestre del curso escolar, aprovechando los tiempos más idóneos para no interferir con

el desarrollo de las actividades académicas previstas para el curso. Al mismo tiempo, informa a los alumnos del tipo de experiencia que se pretende realizar. Los alumnos, de esta manera, tienen percepción de control de los resultados de las pruebas y de su utilización. Los cuestionarios son anónimos para asegurarles que los datos son confidenciales. Si quieren conocer sus resultados personales pueden poner un número clave a su cuestionario que sólo sabrá el alumno para poder identificar su cuestionario, si lo desea.

Una vez conocidos los resultados y estudiadas las posibilidades de intervención, se planifican las sesiones del taller de educación para la salud que impartirán el psicólogo del Centro Integral de Salud y la/el responsable del Departamento de orientación.

Participantes

En el estudio participaron en total 228 adolescentes, de los cuales, 111 son hombres (53,6%) y 96 son mujeres (46,4%) y cuya edad media era de 14 años. Los adolescentes eran alumnos de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), pertenecientes a los cursos escolares años 1996/1997 y 1997/1998.

Se eligieron estos grupos de 3º de la ESO porque por nuestra experiencia y según la literatura científica ⁽¹²⁾ éste es un rango de edad en el que los adolescentes se enfrentan a una transición clave en su historia escolar y académica. El paso de los colegios de Educación General Básica o Educación Primaria, según nuevo ordenamiento del sistema educativo, a los Institutos de Educación Secundaria, con frecuencia aparecen serios problemas de adaptación a los nuevos ambientes cuando no son capaces de afrontar las dificultades que se les presentan.

Los adolescentes que asisten a los institutos de este distrito madrileño pertenecen a una clase social media-baja, con indicadores de estatus bajo, en la mayoría de los casos: altos índices de analfabetismo y carencias de estudios primarios completos, bajísima proporción de titulados superiores, pocos profesionales y técnicos entre los ocupados, alto porcentaje de trabajadores manuales y una

248 elevada tasa de desempleo. Desde un punto de vista demográfico se puede decir que pertenecen a una subzona, dentro del distrito, con bajos índices de renovación demográfica, y cada vez con más población inmigrante.

Instrumentos

El instrumento utilizado en este estudio para evaluar las estrategias de solución de problemas, que los adolescentes eligen cuando tienen dificultades, ha sido el *Coping-Across-Situations-Questionnaire (CASQ)* de Inge Seiffge-Krenke ⁽⁵⁾, en su forma resumida (20 ítems), traducida y adaptada para esta investigación por A. Benito (Anexo 1).

Las veinte estrategias que se les ofrecen para elegir están distribuidas en tres categorías: siete ítems corresponden a *estrategias funcionales activas de solución de problemas* (las más adecuadas para resolver un problema personal con más posibilidades de éxito); seis ítems corresponden a *estrategias funcionales pasivas* (son estrategias que se sitúan en el nivel mental y no pasan a ejecutar para que cambie la realidad que les problematiza); siete ítems corresponden a *estrategias disfuncionales de solución de problemas* (son falsas soluciones que no resuelven el problema y, en muchos casos, empeoran la situación conflictiva).

RESULTADOS

Respecto al primer objetivo, conocer qué estrategias son las más usadas por los adolescentes, como se puede observar (tabla 1) las más usadas son las estrategias funcionales activas (1.633), seguidas por las estrategias disfuncionales (1.187) y por las estrategias funcionales pasivas (1.143).

Tabla 1 Totales de uso de las Estrategias de Solución de Problemas

Estrategias	Sumatorio
Estrategias funcionales activas	1.633
Estrategias funcionales pasivas	1.143
Estrategias disfuncionales	1.187

Tabla 2 Uso de Estrategias Funcionales Activas

Estrategias	Totales
1. Discuto el problema con mis padres u otros adultos	434
19. Intento resolver el problema con la ayuda de mis amigos	351
6. Intento hablar del problema con la persona que está implicada	274
2. Hablo inmediatamente del problema cuando aparece y no me preocupo mucho	197
18. Trato de buscar ayuda y comprensión de personas que tienen problemas similares a los míos	168
15. Busco información en libros, revistas, enciclopedias, películas	115
3. Intento buscar ayuda de alguna institución	94

Aunque los adolescentes de nuestra muestra usan los tres tipos de estrategias, y juntas las disfuncionales y funcionales pasivas superan las estrategias funcionales activas, podemos comprobar que estos adolescentes, cuando tienen un problema o situación estresante, eligen una solución adecuada. Esto es, ponen en marcha acciones que tienen muchas posibilidades de conseguir la meta deseada: eliminar la fuente de sufrimiento o malestar. Demuestran tener, en otras palabras, habilidades para superar la situación estresante.

Nuestro segundo objetivo consistía en averiguar cuál de las 20 estrategias planteadas eran las más usadas. En la tabla 2, 3 y 4 se presentan, por orden, los datos de uso de las diferentes estrategias.

Tabla 3 Uso de Estrategias Funcionales Pasivas

Estrategias	Totales
10. Pienso en el problema y trato de encontrar diferentes soluciones	355
5. Acepto mis limitaciones	200
14. Sólo me preocupo del problema cuando aparece	182
13. Me digo a mí mismo que es inevitable tener problemas	167
11. Negocio y busco acuerdos	135
4. Espero que suceda lo peor	104

Dentro de las estrategias funcionales activas, la más usada es "discuto el problema con mis padres u otros adultos", seguida por "intento resolver el problema con la ayuda de mis amigos". Esto indica que nuestros adolescentes tienden a apoyarse en otras personas para resolver aquellos problemas que, en un momento determinado, tienen. Ven a los padres y a los amigos como fuentes de recursos.

Entre las estrategias disfuncionales las más usada es "no me preocupo porque pienso que las cosas pronto volverán a ir bien", seguida por "me comporto como si no pasara nada y todo marchara bien" e "intento no pensar en el problema y olvidarme". El uso de estas estrategias nos hace pensar que muchos de nuestros adolescentes, con frecuencia, huyen de los problemas, los evitan o no hacen nada para resolverlos. Destaca, sin embargo, que el ítem "intento olvidar el problema tomando alcohol u otras drogas", aunque en último lugar, lo eligen como estrategia para resolver un problema.

Por último, en las estrategias funcionales pasivas (ver tabla 4) la más usada es "pienso en el problema y trato de encontrar diferentes soluciones", seguida de lejos por "acepto mis limitaciones". Estos adolescentes que eligen la primera, aunque no aplican ninguna reacción de afrontamiento en consonancia con la situación, al menos piensan que hay soluciones y estarían más dispuestos a iniciar una acción orientada a la solución, que aquellos que se resignan y aceptan sus limitaciones.

Es importante observar que del conjunto de todas las estrategias, en general, la más elegida por nuestros adolescentes es "discuto el problema

Tabla 4 Uso de estrategias disfuncionales

<i>Estrategias</i>	<i>Totales</i>
9. No me preocupo porque pienso que las cosas pronto volverán a ir bien	259
7. Me comporto como si no pasara nada y todo marchara bien	203
16. Intento no pensar en él y olvidarme	198
8. Intento descargar mi agresividad poniendo la música a todo volumen, montando en la moto, bailando descontroladamente, haciendo deporte...)	169
12. Descargo mi rabia y desesperación gritando, llorando, golpeando puertas, dando puñetazos, insultando...	158
20. Evito hacer frente al problema porque pienso que no puedo cambiar la situación de ninguna manera	125
17. Intento olvidar el problema tomando alcohol u otras drogas	66

con mis padres y adultos". Esto nos hace pensar que son los padres su principal fuente de apoyo social.

El tercer objetivo que nos propusimos fue analizar, dentro de las fuentes de problemas que se les plantean diariamente a los sujetos (problemas con los padres, estudios, amigos, imagen personal, relaciones afectivas, tiempo libre y futuro), cuáles son las que suscitan mayor número de estrategias de solución de problemas.

Los resultados muestran (ver tabla 5) que los padres son la primera fuente de conflictos de los

Tabla 5 Número de estrategias usadas ante los diferentes problemas

	<i>Estrategias funcionales activas</i>	<i>Estrategias funcionales Pasivas</i>	<i>Estrategias disfuncionales</i>	<i>Totales</i>
Padres	328	214	260	802
Estudios	247	203	152	602
Amigos	340	185	202	727
Imagen personal	149	148	152	449
Relaciones afectivas	199	123	153	475
Tiempo libre	164	123	125	402
Futuro	206	147	143	496

250 adolescentes. Estos resultados no están en contradicción con el hecho de que también sean los padres la principal fuente de apoyo. Las relaciones paternofiliales, especialmente por las características psicológicas de los adolescentes, se constituyen en un foco permanente de tensiones. Los cambios emocionales bruscos, la gran irritabilidad, el rechazo de la autoridad, el deseo de ser libres, las actitudes hipercríticas, comportamientos característicos de los adolescentes, no siempre son comprendidos, ni manejados inteligentemente por los padres, lo que provoca conflictos, a veces muy graves, entre los miembros del grupo familiar.

El último objetivo específico consistía en averiguar si existían diferencias de sexo en el uso de las diferentes estrategias en cada una de las situaciones conflictivas. Para ello, hemos realizado una diferencia de medias. Los resultados se presentan en las tablas 6, 7 y 8. Diferenciados por estrategias.

Respecto a las estrategias funcionales activas, sólo existen diferencias significativas entre ambos sexos, ante los problemas con los padres, estudios, imagen personal y relaciones afectivas en el uso de la estrategia 19, "intento resolver el problema con la ayuda de mis amigos". En todas las situaciones conflictivas, la media es superior para las mujeres, lo que significa que las chicas usan más esta estrategia ante estos problemas que los hombres.

En relación con las estrategias funcionales pasivas, existen diferencias en el uso de ítem 4 cuando tienen problemas con los padres o la imagen personal; en la estrategia 10 con problemas con los estudios y la imagen personal; y en el ítem 13 en problemas con los padres y el futuro. En todas las situaciones conflictivas la media vuelve a ser más alta para las mujeres. También existen diferencias significativas en el total de las estrategias funcionales pasivas, siendo la media más alta para las mujeres.

Por último, para las estrategias disfuncionales existen diferencias en la estrategia 8, problemas con el futuro; en la estrategia 16 con problemas con los padres y en la estrategia 20 con problemas con los padres. Como en los otros dos tipos, la media es, en todos los casos, superior en las mujeres.

Aunque nuestra investigación es puramente descriptiva para caracterizar una muestra de adolescentes, con los que pretendemos posteriormente realizar actividades de educación para la salud, y no es aconsejable generalizar estos resultados a otras poblaciones; los resultados obtenidos muestran la misma tendencia que los que presenta⁽⁵⁾ en sus investigaciones sobre estrés, afrontamiento y relaciones interpersonales en la adolescencia.

DISCUSIÓN

Adaptar las experiencias de promoción de la salud y de educación para la salud a los contextos y a las características de las poblaciones concretas sobre las que se va a intervenir, es un factor clave para garantizar su eficacia y eficiencia. Otro factor clave, también muy importante, es conectar la investigación y la práctica profesional⁽¹³⁾. Evitar la ruptura, en el proceso, entre el momento de la producción de los resultados de una investigación y su diseminación al campo de la práctica, así como mejorar la comunicación entre investigadores y profesionales de la salud, es fundamental para avanzar en el campo de la educación para la salud.

En nuestra intervención, esta ruptura no se produce. La investigación es aplicada. Los datos que obtenemos con los cuestionarios se utilizan para planificar y realizar un taller de educación para la salud, con los adolescentes que han rellenado los cuestionarios. Y, en este caso, dirigido a la prevención de los estados depresivos y la elección de conductas de riesgo. El resultado de la investigación nos permite caracterizar a los sujetos y elegir los contenidos en consonancia con las necesidades de la población diana. Los resultados nos habían informado de las fuentes de problemas más relevantes y de la competencia personal para manejar las posibles situaciones estresantes. El número de estrategias disfuncionales y funcionales pasivas lo interpretamos como un déficit en la competencia personal para manejar las situaciones psicosociales estresantes. Si tenemos en cuenta la importancia que en la literatura psicológica se le atribuye a estos factores en la manifestación y curso de ciertas patologías (depresión, anorexia, estrés, ansie-

Tabla 6 Diferencias de medias respecto al sexo en Estrategias Funcionales Activas

Estrategias	Problemas	Mujeres	Hombres	Valor T
Total estrategias		7,60	6,55	1,45
1. Discuto el problema con mis padres u otros adultos.	Padres	0,43	0,46	-0,47
	Estudios	0,32	0,43	-1,63
	Amigos	0,24	0,23	0,24
	Imagen pers.	0,20	0,17	0,49
	Rel. afectiv.	0,16	0,14	0,43
	Tiempo libre	0,17	0,23	-1,06
	Futuro	0,35	0,38	-0,36
2. Hablo inmediatamente del problema cuando aparece y no me preocupo mucho.	Padres	0,16	0,25	-1,72
	Estudios	0,13	0,11	0,38
	Amigos	0,24	0,16	1,38
	Imagen pers.	0,07	0,07	0,02
	Rel. afectiv.	0,06	0,09	-0,74
	Tiempo libre	0,13	0,12	0,17
	Futuro	0,08	0,08	0,06
3. Intento buscar ayuda de alguna institución.	Padres	0,04	0,06	0,68
	Estudios	0,12	0,09	0,81
	Amigos	0,04	0,06	-0,68
	Imagen pers.	0,02	0,04	0,65
	Rel. afectiv.	0,03	0,04	0,19
	Tiempo libre	0,03	0,04	-0,19
	Futuro	0,05	0,08	-0,83
6. Intento hablar del problema con la persona que está implicada.	Padres	0,27	0,24	0,45
	Estudios	0,11	0,07	1,04
	Amigos	0,50	0,41	1,23
	Imagen pers.	0,03	0,05	0,51
	Rel. afectiv.	0,29	0,19	1,72
	Tiempo libre	0,06	0,06	-0,02
	Futuro	0,06	0,06	-0,02
15. Busco información en libros, revistas, enciclopedias, películas.	Padres	0,05	0,05	-0,06
	Estudios	0,14	0,09	1,02
	Amigos	0,05	0,03	0,93
	Imagen pers.	0,08	0,05	1,11
	Rel. afectiv.	0,05	0,05	-0,06
	Tiempo libre	0,06	0,06	-0,02
	Futuro	0,08	0,10	-0,39
18. Trato de buscar ayuda y comprensión de personas que tienen problemas similares a los míos.	Padres	0,20	0,11	1,78
	Estudios	0,10	0,10	0,12
	Amigos	0,21	0,13	1,57
	Imagen pers.	0,09	0,07	0,56
	Rel. afectiv.	0,09	0,18	0,32
	Tiempo libre	0,07	0,04	1,15
	Futuro	0,11	0,09	0,58
19. Intento resolver el problema con la ayuda de mis amigos.	Padres	0,41	0,14	4,52 ***
	Estudios	0,23	0,10	2,52 *
	Amigos	0,41	0,30	-1,64
	Imagen pers.	0,25	0,09	3,07 **
	Rel. afectiv.	0,35	0,19	2,68 **
	Tiempo libre	0,24	0,20	0,72
	Futuro	0,20	0,11	1,78

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabla 7 Diferencias de medias respecto al sexo en Estrategias Funcionales Pasivas

<i>Estrategias</i>	<i>Problemas</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Valor T</i>
Total estrategias		5,72	4,19	2,19 *
4. Espero que suceda lo peor.	Padres	0,15	0,03	3,02 **
	Estudios	0,16	0,08	1,65
	Amigos	0,05	0,05	0,23
	Imagen pers.	0,09	0,02	2,33 *
	Rel. afectiv.	0,08	0,03	1,74
	Tiempo libre	0,02	0,02	0,15
	Futuro	0,05	0,05	-0,06
5. Acepto mis limitaciones.	Padres	0,16	0,15	5,06
	Estudios	0,18	0,13	1,01
	Amigos	0,07	0,14	-1,48
	Imagen pers.	0,21	0,15	1,02
	Rel. afectiv.	0,09	0,05	1,08
	Tiempo libre	0,11	0,09	0,58
	Futuro	0,10	0,07	0,81
10. Pienso en el problema y trato de encontrar diferentes soluciones.	Padres	0,30	0,26	0,65
	Estudios	0,39	0,23	2,51 *
	Amigos	0,28	0,23	0,92
	Imagen pers.	0,29	0,14	2,75 **
	Rel. afectiv.	0,26	0,17	1,55
	Tiempo libre	0,15	0,17	-0,49
	Futuro	0,19	0,15	0,65
11. Me resigno. Acepto mis limitaciones.	Padres	0,17	0,14	0,45
	Estudios	0,05	0,08	-0,83
	Amigos	0,10	0,14	0,68
	Imagen pers.	0,01	0,03	-0,86
	Rel. afectiv.	0,03	0,07	-1,34
	Tiempo libre	0,09	0,07	0,56
	Futuro	0,04	0,11	-1,84
13. Me digo a mí mismo que es inevitable tener problemas.	Padres	0,18	0,05	2,75 **
	Estudios	0,12	0,08	1,03
	Amigos	0,15	0,10	1,01
	Imagen pers.	0,11	0,11	0,15
	Rel. afectiv.	0,10	0,07	0,81
	Tiempo libre	0,08	0,05	0,86
	Futuro	0,20	0,06	2,87 **
14. Sólo me preocupo del problema cuando aparece.	Padres	0,19	0,13	1,20
	Estudios	0,16	0,14	0,24
	Amigos	0,20	0,11	1,78
	Imagen pers.	0,06	0,08	-0,51
	Rel. afectiv.	0,03	0,05	0,80
	Tiempo libre	0,11	0,08	0,81
	Futuro	0,17	0,11	1,21

Tabla 8 Diferencias en Estrategias Disfuncionales respecto al sexo

<i>Estrategias</i>	<i>Problemas</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Valor T</i>
Total estrategias		5,95	4,56	1,67
7. Me comporto como si no pasara nada y todo marchara bien.	Padres	0,23	0,15	1,38
	Estudios	0,14	0,12	0,39
	Amigos	0,11	0,13	-0,25
	Imagen pers.	0,18	0,05	2,75
	Rel. afectiv.	0,16	0,15	0,06
	Tiempo libre	0,14	0,06	1,72
	Futuro	0,09	0,11	-0,34
8. Intento descargar mi agresividad (poniendo la música a todo volumen, montando en la moto, bailando descontroladamente, haciendo deporte...)	Padres	0,27	0,14	2,24
	Estudios	0,07	0,07	0,02
	Amigos	0,19	0,12	1,40
	Imagen pers.	0,08	0,05	0,82
	Rel. afectiv.	0,07	0,10	-0,66
	Tiempo libre	0,09	0,12	-0,54
	Futuro	0,09	0,03	1,98 *
9. No me preocupo porque pienso que las cosas pronto volverán a ir bien.	Padres	0,21	0,20	0,48
	Estudios	0,22	0,18	0,69
	Amigos	0,24	0,22	0,40
	Imagen pers.	0,15	0,05	-0,49
	Rel. afectiv.	0,11	0,07	1,04
	Tiempo libre	0,12	0,08	1,03
	Futuro	0,14	0,15	-0,36
12. Descargo mi rabia y desesperación gritando, llorando, golpeando puertas, dando puñetazos, insultando...	Padres	0,28	0,14	2,59 **
	Estudios	0,11	0,05	1,82
	Amigos	0,10	0,10	0,12
	Imagen pers.		0,17	1,74
	Rel. afectiv.	0,12	0,10	0,59
	Tiempo libre	0,04	0,07	-0,93
	Futuro	0,07	0,07	0,02
16. Intento no pensar en él y olvidarme.	Padres	0,22	0,17	0,86
	Estudios	0,13	0,08	1,03
	Amigos	0,17	0,15	0,26
	Imagen pers.	0,17	0,12	1,01
	Rel. afectiv.	0,12	0,08	1,03
	Tiempo libre	0,12	0,07	1,26
	Futuro	0,14	0,05	1,97
17. Intento olvidar el problema tomando alcohol u otras drogas.	Padres	0,09	0,02	2,33 *
	Estudios	0,05	0,02	1,31
	Amigos	0,07	0,03	1,49
	Imagen pers.	0,04	0,02	0,98
	Rel. afectiv.	0,09	0,05	1,08
	Tiempo libre	0,02	0,04	-0,65
	Futuro	0,02	0,05	-1,27
20. Evito hacer frente al problema porque pienso que no puedo cambiar la situación de ninguna manera.	Padres	0,15	0,08	1,45
	Estudios	0,07	0,05	0,85
	Amigos	0,08	0,09	-0,17
	Imagen pers.	0,07	0,05	0,85
	Rel. afectiv.	0,03	0,07	-1,34
	Tiempo libre	0,05	0,08	-0,86
	Futuro	0,10	0,07	0,80

254 dad, conductas adictivas), especialmente desde los modelos psicológicos cognitivo-conductuales^(9,14), está justificado que en el taller nos propusiéramos, como prioritario, entrenar a estos adolescentes en las siguientes áreas:

1. Adquisición de habilidades para el manejo del estrés.
2. Adquisición de habilidades de pensamiento alternativo (pensar distintas alternativas y elegir la más adecuada).
3. Análisis consecuencial.
4. Identificación y uso de los recursos de apoyo social.

En el desarrollo de cada una de las sesiones, se utilizan casos concretos, problemas reales que afectan en la actualidad a los participantes en el taller, para motivarles. De esta manera, se interesan y se implican más en aprender estrategias de solución de problemas, en descubrir la importancia del análisis consecuencial de las conductas, y en apreciar el valor que tiene conocer todos o el mayor número posible de fuentes de recursos sociales en los que apoyarse, cuando uno, por sí mismo, se sienta incapaz de resolver la situación conflictiva. Además, se refuerza que sigan usando las estrategias funcionales activas que ya tienen adquiridas, mientras aprenden y practican diversas estrategias

de afrontamiento, adecuadas para los diferentes tipos de problemas.

Disponer de datos previos y específicos de esta población antes de la intervención permite, por otro lado, realizar una evaluación cualitativa y cuantitativa, al menos de los cambios o aprendizajes que adquieren los participantes con relación a los contenidos desarrollados durante las seis sesiones, una hora semanal, que dura el taller.

CONCLUSIONES

Las particulares características de esta experiencia aconsejan ser prudentes a la hora de generalizar tanto los resultados como los pasos del desarrollo de la intervención. Se demuestra, sin embargo, que, aun con escasos recursos, si se trabaja en equipo y se coordinan los esfuerzos de los profesionales que trabajan en distintos sectores (educación, salud y servicios sociales), es posible realizar intervenciones comunitarias de promoción de la salud mental de los adolescentes, en las que la investigación y la intervención aplicada pueden caminar juntas. Por supuesto, es necesario e imprescindible que toda la comunidad educativa se implique y participe activamente en todo el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benito A, Aparicio ME, Briones A. Indicadores cuantitativos de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud. (En prensa).
2. Hamburg D, Sartorius N, eds. Health and behaviour: selected perspectives. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1989.
3. Shiffman S, Wills FA. Coping and substance use. New York: Academic Press, Inc.; 1985.
4. Ketterlinus RD, Lamb ME. Adolescent problem behaviors. Issues and research. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1994.
5. Seiffge-Krenke I. Stress, coping, and relationships in adolescence. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1995.
6. Mash EJ, Terdal LG. Assessment of childhood disorders. Third Edition. New York: The Guilford Press; 1997.
7. Frydenberg E. Adolescent coping Theoretical and research perspectives. London, New York: Ed. Routledge. Adolescence and Society; 1997.
8. Rachman S. Anxiety. Hove, UK: Psychology Press. Ltd; Publishers; 1998.
9. Hammen C. Depression. Hove, UK: Psychology Press.Ltd. Publishers; 1997.
10. Clay RA. Psychologists seek closer ties with communities they study. Monitor. American Psychological Association; 1997.
11. Roberts MC. Models program in child and family mental health. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1996.
12. Azar B. Schools the source of rough transitions. Monitor. American Psychological Association; 1996.
13. Rychetnik L, Nutbeam D, Hawe P. Lessons from a review of publications in three health promotion journals from 1989 to 1994. Health Education Research,12, 491-504. Oxford University Press; 1997
14. Díaz-Atienza J, Marcos Pérez E, Zapata R, Villegas A, Sánchez MJ, Blázquez MP. Acontecimientos vitales en anorexia nerviosa frente a controles sanos y adolescentes con depresión. An Psiquiatr 1998;14.

ANEXO 1

APRENDER A RESOLVER PROBLEMAS

Seiffge-Krenke I. 1995. Traducción/Adaptación: Amado Benito.

Todos, niños, jóvenes y adultos, tenemos problemas en nuestra vida diaria. Cuando nos preocupan los problemas pensamos o hacemos cosas para resolverlos.

¿QUÉ HACES CUANDO TIENES UN PROBLEMA RELACIONADO CON...?

	Padres	Estudios	Amigos	Imagen personal	Relaciones afectivas	Tiempo libre	Futuro
1. Discuto el problema con mis padres u otros adultos.							
2. Hablo inmediatamente del problema cuando aparece y no me preocupo mucho.							
3. Intento buscar ayuda de alguna institución.							
4. Espero que suceda lo peor.							
5. Acepto mis limitaciones.							
6. Intento hablar del problema con la persona que está implicada.							
7. Me comporto como si no pasara nada y todo marchara bien.							
8. Intento descargar mi agresividad (poniendo la música a todo volumen, montando en la moto, bailando descontroladamente, haciendo deporte...).							
9. No me preocupo porque pienso que las cosas pronto volverán a ir bien.							
10. Pienso en el problema y trato de encontrar diferentes soluciones.							
11. Me resigno. Acepto mis limitaciones.							
12. Descargo mi rabia y desesperación gritando, llorando, golpeando puertas, dando puñetazos, insultando.							
13. Me digo a mí mismo que es inevitable tener problemas.							
14. Sólo me preocupo del problema cuando aparece.							
15. Busco información en libros, revistas, enciclopedias, películas.							
16. Intento no pensar en él y olvidarme.							
17. Intento olvidar el problema tomando alcohol u otras drogas.							
18. Trato de buscar ayuda y comprensión de personas que tienen problemas similares a los míos.							
19. Intento resolver el problema con la ayuda de mis amigos.							
20. Evito hacer frente al problema porque pienso que no puedo cambiar la situación de ninguna manera.							

P. M. Ruiz¹
P. J. Ruiz²
A. Bonals³

Psiquiatría infantil e
intervención sobre el
desarrollo, atención temprana

*Children's psychiatry and
intervention on the
development, early attention*

- 1 Psiquiatría y Toxicomanías. Hospital Real y Provincial Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.
- 2 Pediatra. Centro de Salud Labradores. Logroño.
- 3 Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Correspondencia:
P. M. Ruiz Lázaro
Luis Vives, 8 - 3º A
50008 Zaragoza

RESUMEN

Se revisa el concepto de intervención sobre el desarrollo, atención temprana o precoz. Se comenta su historia. Se discute la utilidad, la importancia de la detección temprana y la posterior intervención. Se apunta el papel a desempeñar por el psiquiatra infantil como médico preocupado por la prevención.

PALABRAS CLAVE

Atención temprana; Desarrollo; Psiquiatría infantil.

ABSTRACT

It is revised the concept intervention on the development, precocious or early attention. It is commented the history. Its is discussed the usefulness, the importance of the early detection and the subsequent intervention. It is noted the paper to perform by the children's psychiatrist as medical concerned by the prevention.

KEY WORDS

Early attention; Development; Children's psychiatry.

CONCEPTO

El concepto de intervención sobre el desarrollo, atención temprana o precoz, incluye el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil, en la pequeña y primera infancia, que presenta o está en riesgo de padecer discapacidades, disminuciones, trastornos o disarmonías en su desarrollo.

La expresión habitual "estimulación precoz" es tan poco afortunada como incierta, pues trata de definir una actuación que se produce en su momento (aunque lo más temprano posible) y no antes de su tiempo (es decir, precozmente) ⁽¹⁾.

Se aplica a lactantes y niños con incapacidades establecidas, síndrome de Down, autismo, discapacidades físicas congénitas (parálisis cerebral) o adquiridas en edad temprana, con traumatismos y deficiencias derivadas de enfermedades infecciosas, o a lactantes y niños que pertenecen a grupos de riesgo ambiental (medio hogareño inadecuado, abandono, maltrato o abuso de sus padres), biomédico (prematuros, con bajo peso neonatal) ⁽¹⁻⁵⁾.

HISTORIA

La intervención temprana (IT), también conocida como estimulación precoz surgió en la década de los sesenta, en el contexto de la intervención comunitaria. En concreto comenzó en 1964 con la ley federal Economic Opportunity Act (Ley de oportunidades económicas) que incluyó el pionero programa norteamericano (1965), para niños de tres a seis años, Head Start, como parte de la iniciativa de la President Lyndon Johnson Great Society. Su consolidación tuvo lugar en los setenta y su generalización a partir de los ochenta ^(2-4,6). En estos últimos treinta años se han acumulado innumerables conocimientos científicos y experiencia práctica ^(4,6,7).

DISCUSIÓN: CRÍTICAS Y UTILIDAD

Sin embargo, continúa actualmente la discusión acerca de la verdadera eficacia a largo plazo

de la intervención temprana sobre sujetos a riesgo (Russman, 1986; Ramey et al, 1990) ^(4,8). Así, Pelechano (1990) afirma que los programas de Intervención temprana (una práctica generalizada y rutinaria) son meritorios desde lo asistencial y lo político, pero no está clara su utilidad y validez desde lo científico por problemas metodológicos al valorar las intervenciones.

Y es que los programas de Intervención temprana han aportado datos sobre su efectividad en la mejora del desarrollo, aunque con poco rigor metodológico en muchos de los estudios ⁽²⁾. La demostración de la eficacia de la intervención para el desarrollo en los primeros años de vida (una empresa compleja en expansión) por los métodos científicos tradicionales ha demostrado ser esquiva por razones prácticas: heterogeneidad de la población estudiada, variabilidad metodológica, mediciones inadecuadas del pronóstico y coste alto de los diseños longitudinales de cohorte. No obstante, pese a estas deficiencias, hay suficiente información acumulada de investigación sobre los tipos de enfoque de intervención con más probabilidades de ser útiles a grupos específicos de lactantes y niños y sus familias ⁽³⁾.

Dadas las evidencias científicas acerca de la plasticidad cerebral infantil ⁽⁹⁾, nadie duda hoy en recomendar, como una necesidad, el diagnóstico precoz o más temprano posible de las desviaciones del desarrollo, del niño con problemas psiconeurológicos, y la puesta en práctica de estrategias de intervención, estimulación o habilitación temprana tanto en los casos cuyo factor de riesgo es socioambiental (los más agradecidos) como en aquellos con daño encefálico manifiesto o muy probable ^(8,10). Los autores parecen estar de acuerdo acerca del beneficio que intervenir genera en las habilidades sociocomunitarias de estos niños, así como en la adaptación emocional de sus familias, cobrando éstas protagonismo en su tratamiento y superando los iniciales sentimientos de perplejidad, indefensión y culpa ⁽⁸⁾. La estimulación temprana se constituye como el primer eslabón del proceso de rehabilitación. La atención y apoyo a los padres resulta fundamental en esta etapa vital del niño. Es en ella donde pueden ponerse los cimientos para la futura integración familiar,

258 escolar y comunitaria ⁽¹⁾. Hasta confesos detractores de estas prácticas (Aguado y Alcedo, 1995), reconocen claros beneficios en la asistencia, confort y remotivación otorgados a los padres durante los primeros años de la vida de sus hijos (Spiker, 1990) y que, en el mejor de los casos, siempre que las intervenciones sean masivas, continuas, progresivas y adaptadas al contexto psicosociofamiliar y educativo del discapacitado, la tecnología de los programas incita, promueve y modifica los patrones de desarrollo que se darían sin intervenir ⁽²⁾.

Hay muchos ejemplos de programas madre-bebé que han resultado eficaces como el Mother Infant Transactional Program (MITP) con niños con poco peso para favorecer su desarrollo ⁽⁶⁾. El Infant Health and Development Program (1990), de gran rigor metodológico, ha probado suficientemente que bebés nacidos prematuramente y/o con bajo peso sometidos a una intervención programada desde los primeros meses, con educación y apoyo familiar y guarderías educativas (Bradley et al, 1994) obtenían a los tres años de vida unos índices medios de desarrollo global y habilidades comportamentales significativamente superiores a los de un grupo control ⁽¹¹⁾. Szliwosky et al (1993) llegan a similares conclusiones en otro riguroso estudio en Bruselas ⁽⁸⁾. En nuestro país, Mardomingo (1982) comprobó que la intervención sobre niños menores de tres años institucionalizados con privación materna y ambiental mejora diferentes áreas del desarrollo: observó importante mejoría en la motricidad gruesa y fina y más reducida en la conducta social y el lenguaje, con un descenso espectacular en los procesos intercurrentes y en los trastornos de conducta ⁽¹²⁾. Ya Rubio (1979), en niños institucionalizados de 0 a 24 meses abandonados por sus padres (con privación afectiva), mostró como una educación psicomotriz permite alcanzar mejores resultados al comparar con un grupo de niños que no siguen esta terapia reeducadora ^(13,14). Estudios longitudinales están empezando a apoyar la idea de que algunos programas de intervención temprana están teniendo impacto sobre las tasas futuras de delincuencia y criminalidad (Zigler et al, 1993). Algunos estudios de programas de intervención a largo

plazo han revelado efectos persistentes cuando la intervención se inicia muy precozmente. Así, el Ypsilanti Perry Preschool Project se aplicó a muchos niños hasta 19 años y se informó de resultados alentadores (Mc Carton, 1980). Los programas para niños con mayor riesgo ambiental que comenzaron con intervenciones precoces, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, parecen más eficaces que los que comienzan después de los tres años y no implican a los padres ⁽¹⁵⁾.

Son ejemplos de trabajos serios que muestran resultados probados. La prevención es viable y merece la pena. Las intervenciones precoces pueden ayudar a favorecer el camino de un desarrollo positivo ⁽⁶⁾.

DETECCIÓN TEMPRANA

Uno de los problemas fundamentales para los profesionales y los programas que se ocupan de la primera infancia es la detección, lo más rápida posible, de aquellos niños con algún tipo de discapacidad que vaya a dificultar su desarrollo normalizado. En muchos casos, un porcentaje del logro final de la intervención viene condicionado por este primer momento. Cuanto antes se detecte e intervenga mayores posibilidades de éxito. De ahí la importancia de la coordinación y planificación de los servicios de atención a madres embarazadas y bebés para que esa detección temprana sea posible, rápida y eficaz ⁽¹⁶⁾. La evaluación psicológica de los bebés posibilita la identificación temprana, el diagnóstico precoz de los retrasos o trastornos, las intervenciones preventivas y el tratamiento terapéutico temprano. En estos casos, la identificación etiológica es importante, pero cobra valor la correcta identificación sintomática, conductual, centrándose en el escrutinio temprano y en las evaluaciones sistemáticas evolutivas interprofesionales, con el fin de proponer estrategias terapéuticas ⁽¹⁷⁾. La tendencia actual de la medicina a evitar las patologías antes de que se produzcan confiere a los signos de riesgo o alarma (mala vinculación afectiva, mala comunicación intencional, mala organización de la conducta y falta de capacidad de iniciativa, pensamiento sim-

bólico y funcionamiento cognitivo, sensorial, aspectos psicosomáticos y conductas psicomotoras) en la psicopatología de la temprana edad una importancia especial ^(10,15).

INTERVENCIÓN

Una vez detectado el problema, se hace necesario poner en marcha, de modo urgente, un amplio programa de intervención que actúe sobre el lactante o niño, con estimulación infantil que incluya terapia física, ocupacional y de lenguaje ⁽¹⁸⁾, aglutine, oriente y asesore a los padres y familia, les facilite recursos para afrontar el estrés, aislamiento que les producen las deficiencias de sus hijos, y movilice las redes de apoyo social, de tal forma que el trastorno sea lo menor posible, tanto en el niño como en la familia ^(16,17,19). La Intervención temprana está experimentando, en los últimos años, importantes cambios de orientación. Los pobres resultados de programas centrados de modo exclusivo en las necesidades educativas del niño han llevado a los especialistas a ocuparse de las necesidades globales de éste y de su familia ⁽¹⁶⁾. Se ha pasado de modelos centrados en los servicios a modelos centrados en los recursos, de modelos individuales a sistémicos. Los programas de Intervención temprana tienen que ser muy flexibles para adaptarse a las circunstancias y necesidades del lactante o niño y de sus padres, familia, teniendo en cuenta la importancia de las redes de apoyo social ⁽¹⁶⁾.

PAPEL DEL PSIQUIATRA

Nunca será prescindible la figura del clínico como orquestador del proceso diagnóstico y del manejo terapéutico, recuperando los debilitados lazos entre la neurociencia del desarrollo, la psicología y la psiquiatría ⁽⁶⁾. Las nuevas técnicas de estimulación e intervención temprana han colaborado a llamar la atención de los psiquiatras en las primeras etapas de la vida, donde es provechoso que los profesionales de la salud física y mental

cooperen en la optimización del desarrollo de los niños ⁽¹⁵⁾. Otro factor para que los profesionales de la Psiquiatría se interesen por estos temas es la no despreciable prevalencia de conductas alteradas y retrasos del desarrollo en preescolares. Richman et al (1975-1982) en una muestra representativa de la población general de niños de tres años de edad de Londres, con un diseño de muestreo en doble fase, encontraron una prevalencia de alteraciones severas o moderadas del 7,3%. Cinco años después, los autores reexaminaron a más del 90% de los niños estudiados en la segunda etapa, concluyendo que el 61% de los que tenían problemas con tres años presentaban un comportamiento alterado cinco años después. Se demostró así, que muchos trastornos en estas edades preescolares no son transitorios, no se superan al crecer, sin intervención ⁽²⁰⁾. En nuestro medio, los niños de 0 a 4 años que acudieron a una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, la del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (que abarca la población de un área de salud) correspondieron al 11,33% de los atendidos en el año 1995 como primer día (de 0 a 18 años 11 meses). Fueron un total de 46 pacientes: 14 mujeres y 32 varones con un rango de edad entre los 6 y 52 meses y una media de 34 meses. Tras el correspondiente estudio se les atribuyó los siguientes diagnósticos: 793.0 Normalidad psíquica, 16; Trastorno de conducta, 4; F70 Retraso mental leve, 4; F71 Retraso mental moderado, 3; F93.0 Trastorno de Ansiedad de separación, 3; F98.1 Encopresis no orgánica, 3; F51.4 Terrores nocturnos, 2; en estudio de desarrollo en Esclerosis tuberosa, microcefalia, 2 (sin diagnóstico definitivo); F80 Trastorno del lenguaje, 2; F42 Trastorno obsesivo-compulsivo, 1; Alopecia areata, 1; K59 Estreñimiento, 1; F81.0 Trastorno específico de la lectura, 1; F98.0 Enuresis no orgánica, 1; F98.4 Trastorno de estereotipias motrices, 1; F98.5 Tartamudeo (espasmofemia), 1. Si analizamos los motivos de consulta vemos que 14 de los 46 serían propios de la Atención temprana: cinco de ellos con el diagnóstico final de 793.0 habrían tenido Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) con anoxia-hemorragia en cuatro casos y uno hipoglucemia neonatal; cuatro con F70 habrían tenido SFA en tres casos, con parto distócico en uno; tres con

260 F71 habrían presentado en un caso cada uno SFA, Ictericia neonatal o Meningitis; en dos casos se habría realizado estudio de desarrollo, psicométrico por distocia o esclerosis tuberosa ⁽²¹⁾.

En estas edades, entre los cero y cinco años, las psicopatologías más frecuentes son: trastornos del sueño, digestivos, síndromes por deprivación, estructuras deficitarias, autismo (de cero a dos años) y psicosis desintegrativas, trastornos del lenguaje, esfinterianos, negativismo y aislamientos, angustia de separación, miedos, y también estructuras deficitarias (de dos a cinco años) ⁽²²⁾.

No hay que tener temor a psiquiatrizar por un etiquetado precoz, un miedo extendido en muchos medios, en el público. No se crea un problema por reconocer su existencia. Esconder la patología y diferir los cuidados sí puede agravar la sintomatología del niño; aumentar el mal que sufre y desarrollar sus consecuencias nefastas. Reconocerlo, por el contrario, permite iniciar acciones preventivas ⁽²³⁾.

Las intervenciones terapéuticas desde la psiquiatría en el lactante, la primera infancia, abarcan una serie heterogénea de estrategias individuales, dirigidas a niños de riesgo ambiental y/o biológico, intervenciones dirigidas al ambiente y al propio niño y tratamiento precoz de los niños en que ya se ha detectado cualquier tipo de anomalía o desviación (Manzano et al, 1989, Palacio-Espasa et al, 1989).

Las publicaciones científicas que hacen referencia a los enfoques terapéuticos en el lactante todavía no son muy abundantes.

Las diferentes intervenciones van desde la estimulación precoz y conductista de los niños con handicap, discapacidad física evidente, retrasados, mongólicos (Down), polidiscapacitados; el tratamiento sintomático conductista o rogeriano centrado en los padres; intervenciones con maniobras simples para modificar la interacción manifiesta madre-niño a partir de conocimientos profundos de las interacciones típicas y atípicas o intervenciones terapéuticas basadas en la interacción dinámica madre-hijo dirigidas directamente al niño creando interacciones lúdicas, evocando "comunicaciones" inconscientes, centrándose en el contenido fantasmático de los padres, en

general de la madre, como se lleva a cabo en Ginebra en el Hospital de día de Clarival, para el tratamiento de bebés autistas (Manzano, Palacio, 1993) ^(15,24).

La observación directa de los lactantes de alto riesgo en su familia y las instituciones (incubadora, guardería) se revela como un preciso útil de evaluación y tratamiento de los lactantes y sus interacciones con el ambiente, en el campo de la prevención y cuidados, así como en el de la investigación. Numerosos métodos de observación directa se han desarrollado dentro de la Psiquiatría del lactante: los de Esther Bick (1964), Pikler (1969, 1979), David y Appell (1973), Lamour y Lebovici (1991), Crowell y Fleischman (1993) ⁽²⁵⁾.

En el curso de las últimas décadas, la evolución de la psiquiatría del bebé y los estudios de las interacciones precoces madre-niño han conducido a la elaboración de tratamientos psicoterapéuticos conjuntos padres-bebé, tanto entre los cognitivistas y desarrollistas como en los de orientación psicodinámica:

- **Modelo de Greenspan** (años 80): tratamientos conjuntos destinados a familias de riesgo múltiple: necesidades vitales, relación terapéutica de confianza, cuidados específicos adaptados a las capacidades de cada bebé para el desarrollo óptimo sensoriomotor, cognitivo y de las interacciones sociales y emocionales del lactante.
- **Guía interactiva de Mac Donough** (1993).
- **La consulta terapéutica de Lebovici** (1983, 1991, 1994): investigación transgeneracional.
- **Modelo de terapias breves de la Escuela de Génève** (Cramer y Palacio-Espasa, 1993): estudia la interacción fantasmática, como ya hemos comentado.
- **Modelo de relación psicosomática de Debray** (1987, 1991): trata de acceder a la problemática materna inconsciente, a la compulsión de repetición.
- **Modelo de Fraiberg** (1980) y **la Escuela de San Francisco**: acercamiento psicoterapéutico a domicilio en niños de alto riesgo, con implicación activa del psicoterapeuta para entrar en contacto con las familias ⁽²⁶⁾.

CONCLUSIÓN

En nuestro país, la realidad de la atención temprana es muy variopinta según las comunidades autónomas, pasando de no existir como tal en la actualidad o estar en proyecto (Aragón)⁽²¹⁾, estar empezando (La Rioja, con inicio en 1995)

o llevar muchos años con un programa sectorial con 42 centros de Desarrollo infantil y atención precoz (Cataluña). Sin duda, es un tema pendiente, por desarrollar, que la Psiquiatría Infanto-Juvenil como especialidad médica preocupada por la prevención no puede ni debe ignorar.

261

BIBLIOGRAFÍA

1. Azúa P. Desarrollo de servicios para personas con retraso mental. En: Verdugo MA, ed. *Personas con discapacidad*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 1117-41.
2. Aguado AI, Alcedo MA. La intervención en discapacidad física. En: Verdugo MA, ed. *Personas con discapacidad*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 185-221.
3. Bennett FC, Guralnick MJ. Eficacia de la intervención sobre el desarrollo en los primeros cinco años de vida. En: Blackman JA, ed. *Desarrollo y conducta: el niño de muy corta edad*. Clínicas pediátricas de norteamérica. México: Nueva Editorial Interamericana; 1991;6:1553-69.
4. Ramey CT, Bryant DM, Suárez TM. Intervención temprana: ¿por qué, para quién, cómo y a qué costo? En: Lester BM, Tronick EZ, eds. *Clínicas perinatológicas*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1990;1:47-55.
5. Soulé M, Noël J. La prevención médico-psico-social precoz. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1995. p. 245-79.
6. Wicks-Nelson R, Israel AC. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall; 1997.
7. Espinosa A, Jimeno A, Martínez R, Ordoño E, Ortega J, Relaño P. Iguales, pero diferentes. Un modelo de integración en el tiempo libre. Madrid: Editorial Popular; 1995.
8. Narbona J. Neuropediatría y psicopatología infantil. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 167-70.
9. Isaacson RL. Plasticidad cerebral después de lesiones. En: Lester BM, Tronick EZ, eds. *Clínicas perinatológicas*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1990;1:67-75.
10. Nieto M. Signos de alerta en el desarrollo psicomotor. *An Esp Pediatr* 1993;39:15-30.
11. Bradley RH, Whiteside L, Mundfrom DJ, Casey PH, Kelleher KJ, Pope SK. Contributions of early interventions and early caregiving experiences to resilience in low-birthweight, premature children living in poverty. *J Clin Child Psychol* 1994;23:425-34.
12. Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
13. Seva A. *Salud mental evolutiva*. Zaragoza: Pórtico; 1983.
14. Seva A. *Psicología Médica. Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad*. 1ª ed. Zaragoza: INO Reproducciones; 1994.
15. Doménech E. *Psicopatología de la primera edad*. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Secretariado de publicaciones. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 927-60.
16. Fuertes J, Palmero P. *Intervención temprana*. En: Verdugo MA, ed. *Personas con discapacidad*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 925-70.
17. Maganto C. Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 191-282.
18. Herzog DB, Jellinek MS. *Introducción a la consulta psiquiátrica infantil*. En: Cassem NH, ed. *Psiquiatría de enlace en el hospital general*. 3ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 601-20.
19. Zucman E. Soins et éducation des leunes handicapés. Editions Techniques. *Encycl Méd Chir (Paris-France)*. Psychiatrie, 37211 A10, 1992, 11p.
20. Verhulst FC. La epidemiología en psicopatología infantil. Cuestiones generales y estudios de prevalencia. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 79-106.
21. Sebastián J, Lamonedá A, Navarro L, Pérez F, Ruiz P, Sánchez M, Soguero N. *Proyecto para la creación de un centro de desarrollo infantil y atención Precoz*. Zaragoza: Fundación Rey Ardid; 1996.
22. Rodríguez J. Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 65-77.
23. Peille F, Golse B. *Prévention et modes d'intervention chez le nourrisson et le jeune enfant jusqu'à trois ans*. Editions

- 262** Techniques. *Encycl Méd Chir (Paris-France), Psychiatrie*, 37205 A10, 1990, 4p.
24. Manzano J, Palacio-Espasa F. Las terapias en Psiquiatría infantil y en Psicopedagogía. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1993.
25. Lamour M, Barraco M, Detry C. Méthodes cliniques d'observation directe du nourrisson. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-200-D-10, 1997, 8p.
26. Morales-Huet M, Rabouam C, Guédeny N. Psychothérapies parents-bébé. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-208-D-60, 1997, 4p.

E. M. Garcés
M. A. Quintanilla
I. Olza
A. Bonals
J. M. Velilla

Intervención familiar en las conductas suicidas adolescentes

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

Family therapy of adolescent suicidal behavior

Correspondencia:
E. M. Garcés Trullenque
Don Pedro de Luna, 5-7 4º E
50010 Zaragoza

RESUMEN

El tratamiento de las conductas suicidas adolescentes incluye actuaciones a tres niveles: tratamiento de la patología psiquiátrica, intervención sobre el entorno social e intervención a nivel familiar.

La investigación existente señala que las dificultades en la familia constituyen un factor importante en cuanto al suicidio adolescente, asociándose a la conducta suicida malas relaciones con sus padres y conflictos familiares, familias nucleares desorganizadas y una incapacidad para mantener relaciones adecuadas.

Exponemos los patrones familiares más frecuentes, así como los principios generales que orientan la intervención.

PALABRAS CLAVE

Intervención familiar; Conducta suicida; Adolescencia.

SUMMARY

The treatment of adolescent suicidal behaviour should include three approaches; psychiatric treatment, social intervention and family therapy.

Current investigation suggests that family problems are an important factor in adolescent suicide, along with poor parental relations, general family conflicts, disorganised nuclear families and the inability to maintain relationships.

We present the most frequent patterns of family problems and general principles to orient intervention.

KEY WORDS

Family Therapy; Suicidal Behaviour; Adolescence.

264 INTRODUCCIÓN

Si las tentativas de suicidio en los adultos suponen un reto para el terapeuta, las producidas en edades infanto-juveniles precisan de planteamientos más sutiles, lo que implica necesariamente investigar tras ellas aspectos psicológicos y ambientales, además de los puramente psicopatológicos.

Aunque las tasas de suicidio consumado tienden a estabilizarse, las conductas autolesivas entre los jóvenes y adolescentes parecen incrementarse progresivamente. A diario, constituyen una realidad clínica que debe ser afrontada.

Ante una conducta suicida adolescente debemos valorar tres aspectos fundamentales:

- *Existencia de psicopatología subyacente.*
- *Factores sociales y ambientales que rodean el gesto suicida.*
- *Núcleo familiar: situación familiar, calidad de las interacciones familiares, posible psicopatología en la familia.*

No obstante, en la mayoría de las ocasiones nuestra primera intervención ante una conducta adolescente suele desarrollarse desde un Servicio de Urgencias, por lo que el primer objetivo será evitar que se consuma el suicidio. Si se valora el riesgo de que esto suceda es preciso plantear la necesidad de un internamiento hospitalario. Datos que orientan hacia una indicación de ingreso los obtendremos de las características del gesto (alta letalidad, planificado, dificultades para evitar el éxito,...), presencia y gravedad de psicopatología y la ausencia de consistencia en el soporte familiar.

En este momento, la actuación se basa en principios básicos de **intervención en crisis**. Se debe permitir al paciente expresarse en un medio empático y proporcionar apoyo con nuestra escucha. Cuando sea posible, la intervención de urgencia intentará superar el obstáculo concreto que haya precipitado el gesto, así como generar un puente de esperanza, creando alternativas posibles al suicidio. Igualmente, debemos reforzar el soporte familiar, fundamentalmente en el medio familiar.

Por tanto, las primeras actuaciones desde el Servicio de Urgencias pasan por **pactar con el paciente una conducta no suicida**, así como asegurarnos la adhesión al tratamiento, concretando una cita con carácter preferente en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil correspondiente. Es importante en estos momentos que el paciente pueda opinar sobre el tipo de intervención y tratamiento a seguir dentro de los medios disponibles e implicar a la familia u otros significantes adultos con influencia sobre el joven.

Una vez asumido el caso por la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, el tratamiento del adolescente suicida incluye actuaciones a tres niveles:

1. Tratamiento de la patología psiquiátrica de base. Un correcto diagnóstico psiquiátrico con su correspondiente tratamiento es una de las principales medidas preventivas frente al suicidio consumado, que propugnan algunos autores.
2. Intervención sobre el entorno social. Toda tentativa de suicidio modifica el entorno que rodea al adolescente. El gesto suicida podría ir encaminado a intentar modificar el entorno, una forma de escapar de una situación insostenible, es decir, más que un deseo expreso de morir es una llamada de atención. Sobre este aspecto, en un estudio realizado en nuestro Servicio sobre pacientes adolescentes que habían intentado suicidarse, encuentran como las tres cuartas partes de ellos afirman que el entorno inmediato había reaccionado de forma favorable tras el gesto autolesivo, en forma de una mayor afectividad, con un incremento de la preocupación y atención mostrada por los familiares.

Igualmente, una situación de estrés ambiental puede haber precipitado la conducta, por lo que debemos valorar la persistencia de éste como elemento mantenedor o desencadenante de nuevas tentativas y actuar de manera que se pueden reducir las presiones sobre el joven. Es importante, por consiguiente, no descuidar el adiestramiento del paciente en métodos de resolución de problemas y manejo de contingencias, así como favorecer la tolerancia a la frustración y mejorar el afrontamiento al estrés.

3. Intervención a nivel familiar. Casi todos los autores están de acuerdo en señalar la desorganización del entorno familiar y las pérdidas afectivas como los principales factores predisponentes de la conducta suicida adolescente. Tras una tentativa de suicidio siempre debemos investigar "cómo es" y "qué pasa" en el medio familiar de ese chico, ya que una pronta y correcta intervención puede ser la clave para el éxito en el tratamiento de estos pacientes.

SUICIDIO Y FAMILIA. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

La investigación existente señala que las dificultades en la familia constituyen un factor importante en cuanto al suicidio adolescente. Diferentes estudios y autores refieren que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitirían al joven enfrentar los problemas y tensiones asociados con la adolescencia (Teicher y Jacobs, 1966); otros estudios clínicos indican que existe una relación entre la presencia de una familia nuclear desorganizada y los intentos de suicidio del adolescente (Williams y Lyons, 1976); igualmente, la constatación de que los jóvenes suicidas experimentan una mayor desorganización familiar que los no suicidas, y que la persistencia de la conducta suicida en los adolescentes puede estar asociada con una incapacidad para mantener relaciones familiares adecuadas (Petzel y Riddle, 1981). La pérdida de uno de los padres, los conflictos familiares y una diversidad de características parentales disfuncionales, tales como problemas emocionales, problemas de salud y actitudes negativas en las relaciones padre-hijo, son todos factores coadyuvantes.

Otros investigadores han comprobado que la tensión familiar, en especial la resultante del conflicto marital y entre padre e hijo, es un factor clave en las tendencias suicidas de los adolescen-

tes. Según Joseph Sabbatch (1969, 1971), los adolescentes que intentan suicidarse tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos. Manifiestan que sus hogares están dominados por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional; hay un agudo resentimiento hacia los padres y/o padrastros, acompañado por una creciente incomunicación. De hecho, se ha establecido que el conflicto grave entre el adolescente y las figuras parentales es el factor aislado más comúnmente presente en los casos de remisiones urgentes de adolescentes, debido a intentos o amenazas de suicidio (Mattesson, Seese y Hawkins, 1969).

Aun en los casos en que los problemas principales se encuentran en el contexto más amplio, la familia refleja, y a menudo exagera, las presiones externas que sufre el adolescente. Una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba más catastróficas de lo que en realidad son. El contexto que brinda la familia debe hacerse lo más favorable y coherente que sea posible.

Una falta de coherencia en el contexto familiar puede producir la contradicción y la desesperación incontrolables que caracterizan al adolescente deprimido en transición al suicidio. A fin de resolver las agudas y profundas contradicciones que debilitan la autoestima del adolescente, el terapeuta debe detectar y atacar las paradojas existentes en su contexto. Es responsabilidad del terapeuta tratar el sistema a efectos de producir su congruencia.

Los factores familiares de riesgo que se han relacionado con la conducta suicida, de especial consideración al plantearse el abordaje terapéutico, son los siguientes:

- Historia familiar: de suicidio y/o trastorno mental o abuso de tóxicos, planteándose la existencia de una vulnerabilidad genética.
- Ambiente familiar roto: por separación, divorcio o viudedad, con violencia familiar, abuso sexual o físico. Destacando la ausencia de uno de los padres, sin diferenciar sea por muerte, abandono o separación.
- Nivel socioeconómico bajo.

266 PATRONES FAMILIARES FRECUENTES

En las familias de los adolescentes suicidas hay una serie de posibles patrones y situaciones paradójicas que aprisionan al adolescente.

Triangulación

Existen contradicciones básicas en las directivas que recibe el muchacho. Estas directivas contradictorias suelen originarse en una escisión entre las figuras parentales. La vida del hogar está marcada por la presencia de lealtades divididas que fuerzan al adolescente a tomar partido por uno u otro de sus padres, lo que le provoca una enorme tensión. Este tipo de patrón de triangulación crónica tiene el efecto de erosionar la autoestima del adolescente, debido a su sentimiento de culpa por estar hiriendo a uno de sus padres. Desde luego, el adolescente también puede experimentar una triangulación en el contexto social más amplio, al sentirse presionado por las exigencias de los pares, el colegio o de otros factores significativos.

La triangulación debilita la sensación de seguridad del adolescente. El mensaje que le transmite es que el mundo no es un lugar seguro.

Los cambios físicos, la emocionalidad, la búsqueda de identidad, la sensibilidad de los adolescentes a la emotividad caprichosa de los pares,... todos estos elementos incrementan la vulnerabilidad del adolescente ante la triangulación.

El sistema permanece desligado

Un adolescente a veces parece ser muy semejante a un adulto, al menos en cuanto a su apariencia y madurez físicas. Suponemos, entonces, que al igual que al adulto se le debe instar, y aun obligar, a ser autónomo. Pero, para muchos adolescentes en nuestra cultura, esta situación es paradójica. Detrás de la fachada de su madurez física hay un niño que aún requiere supervisión, guía y apoyo. Y muchas veces, si se presupone y se fomenta la autonomía del adolescente, la desvinculación prematura del sistema provoca una gran depresión y una conducta suicida. Debemos recordar que el adolescente puede interpretar como

un signo de debilidad cualquier necesidad apremiante de dependencia, con lo que decrecerá su autoestima. La desvinculación prematura, a menudo, se ha producido por haberse juzgado desafortunadamente la edad emocional del adolescente.

La familia perfecta

Se ha descrito que muchos de los sistemas familiares de los adolescentes suicidas se podrían definir como extremadamente rígidos, lo que implica que tengan dificultades para adaptarse a los nuevos requerimientos. Un ejemplo de estos sistemas rígidos lo brindan las familias que insisten en la perfección, siendo sistemas extremadamente opresivos.

En estos casos, el terapeuta debe evaluar a la familia para comprobar si la misma es capaz de confirmar al adolescente como persona.

PRINCIPIOS GENERALES

Cambiar tanto la estructura como la comunicación afectiva

El terapeuta tiene que ocuparse no sólo de los aspectos organizativos de la estructura, sino también de lo que deriva de esa estructura: empatía, calidez y comunicación afectiva. Esto permitirá ayudar al adolescente suicida a sentirse valorizado y perdonado, es decir, a concederle no sólo tolerancia sino también voz.

Modular el sistema impulsivo

La familia que se somete a todos los caprichos del adolescente debe ser modificada. Si cada uno de sus deseos es inmediatamente satisfecho, el adolescente no estará preparado para tolerar las inevitables frustraciones de la vida.

Ayudar a la familia a que evite formar un chico vulnerable

Tras un intento de suicidio, hay veces que la familia se vuelve excesivamente protectora hacia el adolescente. Esto puede llevar a la formación

de un chico vulnerable. Tras la tentativa, los padres no pueden comenzar a relacionarse con su hijo de un modo normal. Esta situación se agrava cuando se da en un sistema marcado por la evitación del conflicto, como suele ocurrir, debiendo abordarse de igual manera por el terapeuta, tanto si se trata de un gesto suicida aparente o de un intento real. En definitiva, lo que se necesita en este caso es un profundo análisis de la comunicación que se produjo en torno al hecho.

En algunos casos, los sistemas familiares son emocionalmente inaccesibles y no están dispuestos a esforzarse por crear alternativas. Con estos chicos, el terapeuta debe conectar con el chico y con otros recursos externos que puedan ser útiles y confiables.

Tener en cuenta el contexto más amplio

Se debe rechazar la idea generalizada de que el contexto del adolescente está constituido únicamente por los padres y que, por consiguiente, la familia "ha estado haciendo algo" que provocó la conducta suicida. Este tipo de presupuesto que provoca sentimientos de culpa no ayuda a los padres ni a la terapia.

Estar dispuesto a actuar como cuerda salvavidas

En algunos casos, el terapeuta debe estar dispuesto a actuar como cuerda salvavidas, brindando una valoración positiva al adolescente, que si bien puede implicar desplazar a la familia es válido cuando la situación familiar es tan mala que lo único que mantiene a flote al adolescente es esa cuerda salvavidas. Es de esperar que, con el tiempo, la valoración del adolescente, por parte del terapeuta, tendrá eco dentro de la familia.

Enseñar la finalidad

El adolescente debe adquirir la comprensión introspectiva de su sí mismo, independiente y de la responsabilidad respecto de ese sí mismo. Por consiguiente, una tarea clave de la terapia reside en facilitar la experiencia de asumir esta realidad

existencial, y si bien los padres pueden prestar apoyo y empatía, la intervención pone el acento en la necesidad de que el adolescente luche y supere este desafío con ayuda. Los problemas de sobreprotección y diferenciación no contribuyen en la terapia, si bien la diferenciación sólo debe abordarse una vez que el adolescente haya superado los problemas depresivos que tornan tan vulnerable y peligrosa su situación.

UN MODELO DE TRATAMIENTO

De la misma forma que no existe un tratamiento específico para la conducta suicida infantojuvenil y que la complejidad del tema requiere, habitualmente, un enfoque y tratamiento multimodal en función de las características individuales y familiares del paciente, el abordaje familiar debe ser igualmente individualizado. Exponemos a continuación las líneas generales de la intervención familiar que son comunes en la mayoría de los casos.

Reacción ante la emergencia

Es importante que la primera entrevista familiar tenga lugar en el período más corto de tiempo, ya que ante la sensación de emergencia, es posible que la familia coopere plenamente. El estado de "emergencia" es simplemente una situación en la que la gente siente la necesidad de pedir ayuda a alguien de fuera.

Comprometer a la familia

El terapeuta debe profundizar el sentido de familia. La técnica más utilizada consiste en pasar por alto la enumeración de las quejas individuales y, en cambio, trabajar a partir de la historia familiar, concentrándose ya sea en cómo se llegó a la situación actual, ya sea en qué es lo que la familia debió enfrentar en los últimos tiempos.

Definición del problema

El plan de trabajo en la intervención familiar resuelve muchos problemas, revelando los secre-

268 tos, confrontando los problemas, sonsacando las preocupaciones de todos, describiendo a grandes rasgos la realidad del adolescente y poniendo fin a las definiciones disyuntivas del problema. La primera entrevista, por lo general, facilita que la familia esté más unida, abierta y segura de lo que ha estado en los últimos tiempos.

El objetivo es hacer que la gente traduzca sus expresiones emocionales a proposiciones concretas y prácticas.

Los cambios específicos que puede efectuar la familia para resolver el problema dependen, desde luego, de la naturaleza de éste.

Resistencia a la negociación

A menudo se negocia la resistencia al cambio, haciendo que cada generación advierta las mejoras

sutiles logradas por la otra, y cerciorándose de que ninguna espera que la otra alcance la perfección.

Los padres aceptan de buen grado la mayoría de las tareas prescritas para resolver las crisis del adolescente. No obstante, los padres pueden oponer resistencia a ciertos aspectos de la terapia. Esta resistencia se convierte entonces, en foco de la terapia.

Terminación

El cambio suele ser rápido, como todos los cambios de la adolescencia, pero puede ser alarmantemente pasajero, a menos que se le refuerce. De ahí, la importancia de mantener cierto contacto con la familia una vez superada la crisis, o bien, estar a su disposición ante nuevos problemas que puedan surgir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon C. Intervención en Crisis. Ideas generales. En: Hyman SE, editor. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Salvat Editores, S.A.; 1990.
2. Fishel A, Gordon C. Tratamiento familiar en Urgencias. En: Hyman SE, editor. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Salvat Editores, S.A.; 1990.
3. Fishman HC. El adolescente suicida: influencia de la parado-
- ja. En: Tratamiento de adolescentes con problemas. Barcelona: Editorial Paidós; 1990.
4. Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona: Editorial Paidós; 1990.
5. Gastaminza Pérez X. La conducta suicida en la infancia y en la adolescencia. En: Ros Montalbán S, editor. La conducta suicida. Editorial Libro del Año, S.L.; 1997.

SOBREDOSIS DE MIRTAZAPINA EN PAIDOPSIQUIATRÍA

INTRODUCCIÓN

La mirtazapina es un antidepresivo cuyo mecanismo de acción consiste en el aumento de la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica (NASA). El rango de dosis eficaz se encuentra entre 15 y 45 mg/día.

Farmacocinética

T. max (horas) = 2. Farmacocinética lineal entre 15-80 mg. Biodisponibilidad 50%. Unión a proteínas plasmáticas 85%. Biotransformación por desmetilación y oxidación hepáticas. T_{1/2} (horas) 20-40.

El único metabolito farmacológicamente activo es la desmetil-mirtazapina, 10 veces menos activa que el compuesto original, comprobado en estudios animales.

Excreción 85% urinaria y 15% fecal.

Efectos adversos

Los más comúnmente descritos son la sedación, síntomas anticolinérgicos (sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, alteraciones en la acomodación visual) y síntomas típicos de ISRS (náuseas, vómitos, diarrea, cefalea), (Sitsen and Zivkov, 1995). Con menor frecuencia de aparición se describen disfunción sexual, alteraciones del ritmo cardíaco, hipotensión y vértigo.

Datos sobre toxicidad

Los únicos datos disponibles acerca de la dosis letal proceden, lógicamente, de experimentación animal. Dosis letal 50, vía oral en ratones suizos: machos, 830 mg/kg a 24 horas, 810 mg/kg a 7 días; hembras, 720 mg/kg a 24 horas, 720 mg/kg a 7 días. Dosis letal 50, vía oral en ratas Wistar: machos, 490 mg/kg a 24 horas y 7 días; hembras, 320 mg/kg a 24 horas y 7 días.

Una transposición hipotética de la DL50 del animal más sensible a un adulto de 70 kg sería una dosis de 22.400 mg, unas 25 cajas de 30 comprimidos (datos ofrecidos por el Departamento médico del laboratorio Orgánon).

CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años, que es traída a Urgencias por su madre tras ingesta de fármacos (gesto autolítico) que inicialmente no sabían precisar, teniendo a su disposición mirtazapina, clorazepato dipotásico, pimocide y antiinflamatorios; y refiriendo como desencadenante último, la negativa reiterada a asistir al colegio.

Antecedentes personales

Se trata de la menor de 2 hermanos (el 1º, un varón de 14 años, sano), hija de padres separados desde hace 9 años que convive con su madre y la pareja actual de ésta.

Antecedentes médicos

Toxoplasmosis durante la gestación. Normalidad en el parto, lactancia y desarrollo psicomotor.

En seguimiento por el Servicio de Psiquiatría Infantil desde 1993 por: retraso en la adquisición del lenguaje y enuresis nocturna hasta los 6 años y alteraciones de conducta tanto en el medio familiar como en el escolar y social, con amenazas previas de tirarse por la ventana para evitar el nuevo colegio. Bajo rendimiento académico.

Exploraciones

EEG sin alteraciones. Estudio psicológico (Bender, WISC y test de la Familia) con resultados CI escala verbal 77, escala manipulativa 93, CI total 83. Índices de rivalidad fraterna y distanciamiento emocional de la figura paterna.

Diagnóstico

Capacidad intelectual límite (R.41.8), trastorno específico del desarrollo (lecto-escritura F.81.0-F.81.8).

Siguió rehabilitación logopédica con resolución de los referidos trastornos específicos.

Antecedentes familiares

Madre en tratamiento por distimia y trastorno histriónico de la personalidad. Padre, abuelo y tío paternos alcohólicos.

Evolución del cuadro clínico

A las dos horas de la ingesta se encuentra consciente, bien orientada, ligeramente somnolienta, con respuesta

270 a estímulos verbales y sensación de inestabilidad. Pulsos positivos, auscultación cardiorrespiratoria y monitorización ECG normal, frecuencia cardíaca normal, resto de exploración física sin hallazgos valorables. Peso 49,400, talla 158 cm.

Se efectúa lavado gástrico en S. Urgencias, obteniéndose abundante contenido líquido marronáceo sin restos de pastillas. Se administra carbón activado 50 g en 250 cc de agua por SNG y Anéxate 0,75 mg IV y se procede a ingreso para observar evolución.

La determinación de BZD y opiáceos en orina fue negativa. La ingesta, comprobada tanto por figura materna y manifestada por la paciente fue de 60 mg de mirtazapina (1,2 mg/kg)

Se le deja una perfusión de suero glucosado hipotónico 3.500 ml/24 horas, haciendo una retención urinaria con balance negativo de 1.700 ml y edema facial marcado, que se resuelve espontáneamente en 24 horas, empezando a tolerar por vía oral sin problemas.

No hubo modificaciones importantes de tensión arterial, manteniéndose entre 98/54 y 95/47.

En el control diario de temperatura, durante los 6 días del ingreso, aparecieron algunos picos febriles de hasta 37,4° C, no filiados.

Hemograma: leucocitos 9.400 (58-N, 22-L), hematíes 4.230.000, Hb 13,1 g/dl, Hcto 38%, plaquetas 317.000. Bioquímica : glucemia 88; urea 10; creatinina 0,8; calcio 9,3; fósforo 5,5; colesterol 143, triglicéridos 43 (mg/dl). Ionograma: Na 141; Cl 100; K 3,8 (mEq/L). Gases: pH 7,36; HCO₃ 29; bases -3,5. Sistemático de orina: 12-14 leuc/campo; urinocultivo negativo. Hepatitis B negativo.

Se realizó diagnóstico de Trastorno histriónico de la Personalidad .F60.4.

DISCUSIÓN

Consideramos de especial interés el caso expuesto dada la escasez de datos sobre seguridad y riesgo de toxicidad por empleo de mirtazapina en niños. El único caso publicado de ingesta masiva del fármaco se trataba de una anciana de 81 años, que se presentó en estado semicomatoso tras la ingesta de 900 mg de mirtazapina, con buena evolución, avalando la seguridad del fármaco (Hoes and Zeijveld, 1996).

En nuestro caso, si bien no se trataba de ingestión masiva de mirtazapina, lo más destacable fue la somnolencia transitoria y, algo que no hemos encontrado recogido entre los efectos secundarios, el edema facial que puede ser justificado por la retención hídrica que hizo la paciente y que también se resolvió en 24 horas. Los picos febriles presentados por la paciente y no haber sido filiados, pues a pesar de aparecer en sedimento urinario 12-14 leucocitos por campo, como el urinocultivo fue negativo se descartó posible infección urinaria, no administrándose fármaco específico alguno; por consiguiente, podrían ser atribuidos —lógicamente con toda reserva— a la mirtazapina, pues en la revisión bibliográfica encontramos que Montgomery (1995) observa que este psicofármaco puede influir en la temperatura corporal, pues si bien la vida media de eliminación es de 20-40 horas (como se ha recogido previamente) la eliminación total del fármaco y sus metabolitos no se completa hasta los 4 primeros días.

No hubo modificación de constantes vitales, ni alteración de parámetros renales.

*F. Rey, M. Iscar y L. Novo
Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Universitario. Salamanca*

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Ed. Masson; 1995.
2. Hoes MJAJM, Zeijveld JHB. First report of Mirtazapine overdose. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;II:147.
3. Sitsen JMA, Zikov M. Mirtazapine: clinical profile. *CNS Drugs* 1995;4(Suppl 1):39-48.
4. Montgomery SA. Safety of Mirtazapine: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10(Suppl 4):37-45.

HISTERIA INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes emocionales en la infancia pueden presentarse tanto como síntomas psíquicos como en forma de diversas quejas somáticas. En niños menores de siete años, la queja somática más habitual es el dolor abdominal, mientras que en el adolescente sería el dolor de algún miembro o la cefalea. Los síntomas referidos al sistema nervioso central, como anomalías de la marcha o desmayos, son más frecuentes a medida que avanza la edad y el desarrollo.

En un estudio a corto plazo de seguimiento en 93 niños y adolescentes, realizado por Goodyer y Mitchell (1989) se compararon tres grupos de pacientes en función de sus síntomas, con la intención de observar si éstos influían en el pronóstico. Los tres grupos eran los siguientes: "pseudo-epilépticos", "otras histerias" y "otras presentaciones somáticas", observándose que el grupo de pseudo-epilépticos hacía un mayor uso de servicios médicos tras el alta hospitalaria, y que las presentaciones polisintomáticas y con síntomas físicos persistentes no predecían un peor pronóstico en ningún grupo, como se pensaba con anterioridad al estudio. En cualquier caso, los médicos de cabecera consideraban válido y útil el tratamiento psiquiátrico durante el ingreso, en la mayoría de los casos.

La mayor parte de estudios confirman que la histeria infantil tiene buen pronóstico en un 50 a 75% de los casos, tras tres meses de tratamiento psiquiátrico, y el 90% se recuperan, de hecho, tras un año.

El trastorno de conversión y la histeria han desaparecido en el apartado de trastornos de la infancia y adolescencia en el DSM-III-R. Sin embargo, los síntomas conversivos son frecuentes en ciertas fases del desarrollo, particularmente cuando los cambios psicológicos influyen en la representación mental del cuerpo, como ocurre en el periodo de latencia y adolescencia. Además, el trastorno de conversión en la infancia puede ser relacionado con diferentes tipos de psicopatología, desde, por ejemplo, un episodio singular en la mayoría de los niños, hasta un franco cuadro psicótico.

El papel de la depresión en la génesis del episodio conversivo ha sido señalado por muchos autores. Goodyer (1981) propone que la conversión es una potencialidad que tiende a desaparecer con la edad, pero puede despertar de nuevo en algunos individuos e incrementarse en ciertos ambientes culturales. Ya Gowers, en 1881, observó influencias culturales en los rasgos de los trastornos psicológicos, al manifestar que el "test de compresión ovárica", que era crucial para Charcot en el diagnóstico de la histeria, sucedía raramente en sus pacientes inglesas. Ambos, en el siglo pasado, fueron los primeros en distinguir la histeria de las convulsiones epilépticas, al observar ciertas características diferenciales. Durante el "ataque histérico", las pacientes estudiadas por Charcot en Salpêtrière lloraban y experimentaban terroríficas visiones, aparentando perder la conciencia, o en un estado "alterado" de conciencia, como apostilló Gowers. Estos aspectos quedan gráficamente ejemplificados en el caso que nos ocupa.

Por otro lado, la génesis del proceso se ha puesto en relación con un cierto estilo de interacción materno-filial que Stern (1985) acuñó con el término de "armonización afectiva", en el que cualquier tipo de iniciativa por parte del niño es interpretada por la madre como una necesidad fisiológica, y es respondida con un alto grado de excitación, que el niño, a su vez, intentaría mantener para preservar el contacto con su madre y el sentimiento de experiencia compartida. Feehan (1992) en un seguimiento de dos años en pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno funcional, concluye la necesidad de investigar la presencia de abusos sexuales en todos los niños que presenten histeria de conversión, observando, además, otros tipos de antecedentes traumáticos frecuentemente en estos pacientes.

Por último, reseñar la presencia de un caso similar en la literatura al que presentamos en este artículo (Herskowitz y Rosman, 1985), en el que un niño de 10 años, con un trastorno convulsivo mixto, que incluía convulsiones tónico-clónicas generalizadas y "estados de trance", acompañados de crisis parciales, es ingresado ante el mal control de la sintomatología, y se objetiva un cuadro convulsivo parcial con pérdida de tono corporal y revulsión ocular, seguido de un intento de precipitación. Tras el ajuste de la medicación anticonvulsiva el paciente no volvió a presentar ninguno más de estos episodios.

272 **CASO CLÍNICO**

La paciente es una niña de 13 años, natural de Madrid, que vive con sus padres y un hermano. Cuando contaba 10 años es traída por sus padres al Servicio de Urgencias, porque repentinamente se ha puesto a gritar y a llorar, diciendo que veía imágenes de una tía fallecida que le hablaba. Esto le duró unos minutos, sin otra sintomatología, cediendo bruscamente, y con nítido recuerdo de todo el episodio. Llevaba aproximadamente un año sufriendo estas crisis con una frecuencia variable, desde 2-3 al día a ninguna en semanas. Mientras ve las imágenes, si alguien habla, no responde, aunque asegura que sí que oye y tiene conciencia de lo que dicen, "pero mi tía no me deja responder". En una ocasión se le acercó su hermano y se dirigió a él como si fuera su tía, y a veces durante el episodio muestra gran agresividad. Decir que esta tía era la hermana de su madre y murió de cáncer cuando la paciente contaba 2 años, por lo que su rostro sólo lo conoce de ver fotos. Posteriormente, refiere la aparición, no tan constante, de otro tío y un abuelo fallecidos con los que tampoco tuvo apenas relación. La madre vincula el cuadro inicial con la menarquía de su hija, ya que no había sido informada, por lo que acudieron inicialmente a un psicólogo, que restó importancia al asunto. Posteriormente, los episodios no se han vuelto a poner en relación con ningún claro desencadenante, pero la madre reconoce que cuando su hija estaba más nerviosa por algún motivo ocurrían con más frecuencia.

Acude a consultas de Neurología Pediátrica, con EEG realizado en urgencias, y es diagnosticada de Epilepsia Mioclónica Juvenil, iniciándose tratamiento con ácido valproico (500 mg/12 h). Se repite el cuadro posteriormente, acompañándose de cefalea intensa, holocraneal y pulsátil. Los episodios no presentaban relación con la hora del día ni con actividad determinada, ocurriendo frecuentemente en presencia de observadores, como durante las clases del colegio, originando gran absentismo por este motivo. A veces presentaba revulsión ocular y movimientos tónicos de ambos brazos durante el episodio. En una ocasión presentó una pérdida de conciencia objetivada, con caída al suelo, sin otra sintomatología, durante una clase.

Ante el mal control de la sintomatología se decide su ingreso a cargo de Neurología. Desde la mañana del ingreso refiere cuadros de desconexión de minutos de

duración, con alucinaciones visuales y movimientos tónicos-clónicos de las 4 extremidades, sin revulsión ocular, sin relajación de esfínteres, de los cuales se recupera espontáneamente; se repiten cada ½ o 1 hora. Se realizan EEGs críticos que no presentan alteraciones respecto al trazado de base, por lo que se pide interconsulta a Psiquiatría infantil, siendo remitida al alta a sus consultas para estudio. Varios meses después, acude a urgencias por aumento de episodios habituales, con descenso del rendimiento escolar así como de su capacidad de concentración, apatía, "se queda en blanco" y llora frecuentemente. Refiere que en los episodios "su tía le incita al suicidio, diciéndole que se tire por la ventana", por lo que se decide el ingreso a cargo de Psiquiatría. Durante el ingreso tiene casi todos los días de 10 a 12 horas de la mañana cuadros como el descrito, que desaparecen instantáneamente con maniobras de sugestión (cerrar los ojos), aunque persiste la angustia por la posibilidad de que aparezcan nuevos episodios. Se va de alta una semana después, con el diagnóstico de cuadro disociativo y tratamiento combinado ansiolítico y antiepiléptico (se sustituye el ácido valproico por carbamacepina), iniciándose el abordaje psicoterapéutico y familiar y la paulatina mejoría del cuadro.

Antecedentes personales

Gestación con edemas en MMII e HTA desde los tres meses que precisaron tratamiento farmacológico. Al séptimo mes amenaza de parto prematuro, tratado con reposo y fármacos. Parto a término, espontáneo, vaginal, con uso de fórceps. Período neonatal normal. PRN 2.800 kg. Llanto inmediato, no REA. Deambulación a los 11 meses, control de esfínteres a los 12 meses, empezó a hablar al año. Lactancia materna durante 1 mes. Curva estato-ponderal ascendente. Vacunación completa. Inestabilidad intensa durante los primeros 2 años de vida, con vómitos. Catarros frecuentes. No alergias conocidas. Hipertransaminemia autolimitada. Soplo funcional desde los 2-3 meses que desapareció posteriormente. Convulsiones febriles desde los 5-6 meses a los 2-3 años, con hipertonia generalizada, sin movimientos anormales, de 10 minutos, aproximadamente, de duración (aparecían en cada episodio febril, hasta 1 vez al mes. Estudio EEG normal).

Inicio de la escolarización a los 4 años, con buena adaptación y rendimientos escolares hasta el último año.

En el informe escolar, su tutor refiere que "no se manifiesta en clase, acepta todo sin replicar, tanto en sus relaciones con el profesorado como en su trato con los demás compañeros, con los que parece llevarse bien". Aunque el tutor afirma que "en apariencia sí se encuentra integrada en el grupo", ella afirma que no tiene ninguna amiga, que todas sus compañeras le dan de lado y dicen que está loca, con lo que únicamente sale con sus padres. "En lo que se refiere a sus actitudes en clase sí está atenta a las explicaciones y capta bastante bien la materia que se explica".

Antecedentes y estructura familiares

Padre

Pensionista. Trabajaba como oficial de primera y tuvo un accidente laboral, con traumatismo craneo-encefálico ocho años antes. A raíz del mismo sufrió varias crisis convulsivas que se controlaron con carbamacepina. Comenzó a beber de forma excesiva, por lo que la convivencia fue difícil, llegando a ingresar en tres ocasiones por agresividad. Aunque asegura que nunca agredió a la hija, la madre asegura que esta fue "la que peor llevó los acontecimientos, encerrándose en su habitación y sin querer hablar con nadie" (ella dice que "tiene pocos recuerdos de cuando su padre estaba mal"). Pasó un año y medio en una residencia, y actualmente está en tratamiento anticomitial y neuroléptico, con franco deterioro. Su padre, a su vez, era alcohólico y su bisabuelo se suicidó.

Madre

Ama de casa. Diagnosticada de epilepsia parcial compleja, secundariamente generalizada a los 8 meses del nacimiento de la hija (con 36 años). Las crisis se iniciaron con un cuadro de alucinaciones visuales en forma de imágenes muy vívidas, con amnesia posterior del episodio, que dieron paso poco a poco a la instauración de las crisis convulsivas. Desde el comienzo se controlaron satisfactoriamente con carbamacepina, por lo que la hija parece que no ha vivido ninguna de estas crisis, pero conoce perfectamente todos sus síntomas por continuas referencias de la madre. Una hermana y su madre también son epilépticas.

Hermano

Tiene 9 años más que la paciente. Ha estudiado Económicas. Estuvo en tratamiento 2 años antes por crisis

de pánico con agorafobia con imipramina, cediendo éstas. Hace las funciones del padre y sobreprotege a su hermana.

Exploración clínica

La física es inespecífica; la neurológica ha sido siempre rigurosamente normal, tanto durante sus ingresos como en las visitas a urgencias. A la exploración está consciente y orientada en las 3 esferas. Animo subdepresivo, dice estar nerviosa aunque no se objetiva y colabora bien. Relata sus experiencias con cierta fluidez e indiferencia, presentando un buen contacto con la realidad. El lenguaje es coherente y no presenta alteraciones en el curso y contenido del pensamiento. Niega ideación auto-heteroagresiva o autolítica durante la entrevista. Sueño conservado, excepto cuando los episodios se presentan por la noche. Apetito conservado. Conciencia de enfermedad.

Exploraciones complementarias

Analítica

Hemograma, perfiles bioquímicos y coagulación normales. Potenciales evocados: visuales y somatosensoriales normales.

EEG

Disfunción de estructuras reguladoras centroencefálico formada por brotes bilaterales y sincrónicos de punta y poli-punta onda que se activan con la apertura y cierre de párpados.

Pruebas neuropsicológicas y de personalidad aplicadas

Test Psicodiagnóstico de Rorschach (Exner); Test HTP; Test de la Familia; Test Guestáltico Visomotor de Bender; Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-Wisc.

Resultados en el test de Rorschach

Es significativamente elevado el Índice de Inhabilidad Social (CDI) (4/5), con tendencia a la desorganización o a la ineficacia, al ser confrontada la paciente con las demandas sociales. Existe vulnerabilidad y dificultades para lidiar con los requerimientos de la vida cotidiana.

274 Bajo contacto (A > H). Índice de Egocentrismo aparece como bajo (0,20), con inadecuada autoimagen y auto-percepción, esto es un indicador de patología. Su Índice de Depresión no se cumple por un punto (4/7), aunque existe tendencia a un estado de ánimo pesimista, preocupado y depresivo, que es atenuada por su número de 3 WS,2 de ellas en la primera lámina, con oposición. Bajo número de respuestas populares (4/28), que de hecho se acentúa esta tendencia inadecuada de manejo de la realidad, mediante el Índice de Realidad de Neiger (RI), de 3 puntos, o hipoplástico significando "una relación anormal con el espacio, el tiempo y los valores. Un apartamiento del mundo exterior, por un yo débil, que se halla expuesto a una intensa presión instintiva o de la conciencia y vive en un mundo de ensueños" (Bohm). Son negativos el Índice de Esquizofrenia y el de Hipervigilancia, así como la Constelación de Suicidio. Existen distorsiones formales del pensamiento, no por medio de puntajes especiales patognomónicos de la psicosis, sino a través de un porcentaje elevado de F- (11/28), lo que supone aproximadamente el 30% del protocolo, siendo aproximadamente el 40% las Fo. Aparecen marcadores de conflicto afectivo intenso (FC' y m), con experiencias intensas de frustración procedentes de las relaciones interpersonales, esta dinámica conflictiva en la actualidad se revive en situaciones de presión psicológica. Gran tensión por incapacidad de integrar las necesidades propias de su desarrollo psíquico. Mal control de los impulsos (FC y C). En el orden de procesos afectivos neuróticos y epiléptico-orgánico aparecen tendencias fóbico-histéricas. Somatizaciones corporales y gran autoobservación. Alta potencialidad a la sugestión y fantasía. Las F-, CONFAB, unidas a ciertas respuestas anatómicas, son interpretadas en el orden de su patología epiléptica. Contenidos paranoides (M-), con confusión y perplejidad ante lo mágico-desconocido. Respuesta de máscara que intensifica su observación de la fisonomía y que tiene que ver con una defectuosa separación del yo y del mundo exterior, con una conciencia del yo indiferenciada y labilidad de la conducta. Tendencia, pues, a la despersonalización.

Resultados Test de Weschler y Bender

Su inteligencia aparece dentro de unos valores normales, con caídas por debajo de la media para su edad, en las escalas de Vocabulario (T = 6), Cubos (7) y Rompecabezas (7), que son las que implican gran atención-

concentración y capacidad de planificación, y que nosotros valoramos como una típica repercusión en el manejo de las tareas a causa de factores estresantes, cuando la paciente tiene que realizar tareas complicadas o que requieren un gran esfuerzo cognitivo. El test de Bender recoge cierto trazo inestable con mala organización de la planificación y ejecución por los mismos factores más arriba analizados.

Resultados en Test Projectivos Gráficos

Malos indicadores de contacto. Infantilismo. Representación de un contenido angustioso y amenazante en un dibujo mediante el gráfico libre de sus amigas, que aparecen reflejadas fastasmagóricamente en un lugar apartado con la paciente llorando al otro. Se trata, en realidad, de una producción en la que se deja entrever que lo que dice ver (tía y abuelos fantasmas) no es más que la alucinación de sus propios complejos ante sus padres, en estos momentos psicoevolutivos y de la adolescencia.

Conclusión de los test

Las pruebas nos muestran aspectos histérico-fóbicos con fuertes vivencias estresoras, de conflicto y angustia, ubicándose esto en su dinámica disociativa (Lámina V, Rorschach: "esto es un dragón con dos cabezas"; lámina III: "como dos personas que tienen alrededor fuego y que parece que lo están pasando mal"), y de acentuación de lo psicósomático o corporal. Aspectos éstos que justifican sus formas negativas, y alejamiento del apego a la realidad. Son los factores afectivos o emocionales de la paciente, los que hacen que la realidad, en sí misma, y la producción de las pruebas aparezca alterada (por ellos la ausencia de desórdenes formales del pensamiento de tipo puntaje especial, o esquizofrénico). Su constitución epiléptica es secundaria a la estructuración histérica. Mención especial, en su problemática personal y en cómo su conflictiva tiene un reflejo no sólo en la aparatosidad de los síntomas, sino también en las pruebas, es el fracaso incipiente en la lámina IX, con una súbita interrupción de las interpretaciones. Aquí se da la respuesta "es la cara de mi tía como cuando yo la veo a veces", se produce en unas sensaciones de angustia y estupor (con bloqueo en el curso del pensamiento). Se trata de un contenido afectivo y amenazante, que ha entrado en la conciencia (no olvidemos que las láminas del Rorschach se fundamentan en el mecanismo de la

proyección), y que se encuentra, en la paciente, ubicado en un complejo neurótico evidente. La lámina IX es la de color y es difícil de interpretar, por ello tiene especiales dificultades en estructurar sus afectos de un modo realista, coherente y con recursos.

DISCUSIÓN

Como se refleja en los manuales de Psiquiatría infantil (Ajuriaguerra, 1979), la imitación desempeña en la histeria infantil un papel seguro, pero no se trata de un simple reflejo en espejo, sino que a menudo es un fenómeno más complejo de identificación o una toma de conciencia de que el síntoma puede producir beneficios secundarios. En cuadros más amplios, puede implicar la solidaridad para con un grupo y el aislamiento en relación con grupos diferentes o antagonistas. El contagio puede ser más reducido, como en el caso que nos ocupa, y tener lugar en el marco familiar.

L. Ljunberg (1959) ha estudiado, desde un punto de vista estadístico, el problema de la configuración familiar. Según este autor, el rango de nacimiento y el riesgo de morbilidad, en función de que algún padre sea histérico, no desempeña ningún papel, como se pensaba antes. Las tasas de morbilidad del grupo madre y hermana, de los que han caído enfermos en una edad precoz, es significativamente más elevado en los del sexo femenino. Según este mismo autor, las condiciones ambientales desfavorables (como en nuestro caso el problema del padre) se encuentran en un 35% de los casos.

Todos los autores insisten sobre la importancia del medio familiar. Según la descripción de N. L. Rock (1971), las madres son extremadamente sobreprotectoras y ansiosas, pero tienden a negar los síntomas de sus hijos. Los padres, emotivos, no interfieren en la sobreprotección de la madre, aunque tampoco la apoyan; ambos progenitores presentan sus propios problemas interpersonales y utilizan los síntomas del hijo como defensa; en un momento dado de la experiencia pasada del niño,

una figura parental significativa alimentó el síntoma de conversión, sea como modelo de identificación, sea por su conducta. Contrariamente a la idea que el niño se hace de sí mismo, los padres le creen feliz.

Podemos ver en nuestro caso bastantes rasgos de personalidad prototípicos del niño histérico: la sugestionabilidad, que forma parte de la definición misma de pitiatismo de Babinski; la exaltación imaginativa, con regresión de la acción al ensueño; la expansividad teatral, con un deseo de hacerse compadecer o admirar. Se describe, por otra parte, la extremada sensibilidad de estos niños, su avidez afectiva, su insatisfacción, sus reacciones exageradas frente a las menores frustraciones. Se describe, igualmente, el carácter superficial de sus relaciones, las oscilaciones no motivadas del humor, las dificultades para establecer lazos emocionales normales con sus padres o bien rasgos de carácter reactivos, bajo la configuración agresiva masculina en las muchachas y configuración pasiva en los muchachos (P. H. Starr). Entre estos trastornos, N. L. Rock señala la falta de relaciones con niños de su edad, elementos depresivos con una débil estimación propia, falta de confianza, negación de la enfermedad y ausencia de ansiedad, y una dependencia exagerada, especialmente de la madre, con temor al abandono paterno. Se trata de rasgos de personalidad que son frecuentes en el niño, y que no necesariamente se encuentran en todos los que presentan manifestaciones de conversión.

Por último, señalar respecto al EEG que algunos autores encuentran trazados perturbados, con gran frecuencia, en niños caracteriales e inestables, que pueden justificarse por una inmadurez (A. Lalisce), aunque en nuestro caso la presencia de un registro tan patológico, unido a algunas manifestaciones clínicas y la fuerte carga familiar, nos inclina a pensar que estamos ante un caso combinado de histeria y epilepsia, por lo que se mantuvo el tratamiento anticonvulsivo.

J. San Sebastián, V. García, A. Gutiérrez, M.
Huerta y S. Bautista
Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal.
Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra J De. Manual de Psiquiatría infantil. Cuarta edición. Ed. Toray-Masson, S.A.; 1979.
2. Feehan CJ. Hysteria in childhood. Br J Psychiatry 1993; 162:571.

- 276
3. Goodyear I, Mitchell C. Somatic emotional disorders in childhood and adolescence. *J Psychosom Res* 1989;33(6):681-8.
 4. Goodyear I. Hysterical conversion reactions in childhood. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines* 1981;22:179-88.
 5. Guedeney, A. Hysterical conversion and developmental psychiatry. *Br J Psychiatry* 1993;162:571-2.
 6. Herskowitz J, Rosman NP. Pseudoseizure in a child with epilepsy. *Am J Psychiatry* 1985;142:3.
 7. Ljunberg L. Hysteria. A clinical prognostic and genetic study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1957;32(Suppl 112).
 8. Massey EW, Mc Henry LC. Hysteroepilepsy in the nineteenth century: Charcot and Gowers. *Neurology* 1986; 36:65-7.
 9. Rock NL. Conversion reactions in childhood: a clinical study on childhood neuroses. *J Am Acad Child Psychiatry* 1971; 10:65-93.
 10. Starr PH. Some observations on the diagnosis aspects of childhood hysteria. *Nerv Child* 1953;10:214-31.
 11. Stern DN. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985.

EFICACIA DE LA RISPERIDONA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES AGRESIVOS

Schreier HA. Risperidone for young children with mood disorders and aggressive behavior. J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:49-59.

Hasta la actualidad, no se ha publicado ningún estudio amplio controlado sobre el uso de la risperidona en niños y adolescentes; sin embargo, van apareciendo referencias, más o menos amplias y, en general, en forma de casos clínicos, acerca de su seguridad y eficacia en diversos trastornos (aparte de la esquizofrenia) como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (conjuntamente con metilfenidato), trastorno de Tourette, trastornos generalizados del desarrollo y autismo o trastorno bipolar. El autor describe su experiencia positiva en 8 de 11 pacientes (edades comprendidas entre los 5 y los 16 años), catalogados como "de los más conductualmente problemáticos" de su hospital. En todos ellos, la agresividad apareció tardíamente en el desarrollo o se manifestaba de forma cíclica y la respuesta al litio, sólo o combinado con otros anticonvulsivantes, había sido insatisfactoria. Dos niños presentaban un TDAH, otros dos un trastorno bipolar (un niño tipo I, y otro tipo II), uno un trastorno ciclotímico, otro un trastorno de Tourette, otro un posible trastorno reactivo de la vinculación, y otro no tenía un diagnóstico claro. En la mitad de los casos, la respuesta satisfactoria apareció antes décimo día de tratamiento y, en todos ellos, las dosis utilizadas fueron bajas (0,75-2,5 mg/día). El principal efecto secundario fue la ganancia de peso (dos casos aumentaron una media de 4 kg) y la sedación —inicial y breve— en 6 de los 11 casos tratados, sin que aparecieran síntomas extrapiramidales. En la discusión, el autor dedica un párrafo a plantearse la idoneidad del concepto de Trastorno bipolar sub-umbral (o subclínico).

¿INEFICACIA DE LA OLANZAPINA EN NIÑOS?

Krishnamoorthy J, King BH. Open-label olanzapine treatment in five preadolescent children. J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:107-13.

Si de la risperidona existen pocos estudios en niños y adolescentes, de la olanzapina hay menos. Los autores

comunican su experiencia insatisfactoria en cinco casos heterogéneos (dos con trastorno bipolar, dos con trastorno psicótico no especificado y uno con TDAH y trastorno del control de los impulsos), de edades comprendidas entre los 6 y los 11 años. A las seis semanas de iniciado el tratamiento, éste ya se había suspendido por falta de respuesta o efectos secundarios (acatisia, sedación o aumento de peso). En opinión de los propios autores, la respuesta insatisfactoria podría estar relacionada con las dosis utilizadas: inadecuadas o excesivas (2,5 a 10 mg/día), y también con la duración del tratamiento a dosis óptimas (4 a 42 días). De hecho, si obviamos los efectos secundarios, se produjo una mejoría clínica marcada en dos de los cinco pacientes, y moderada en uno de ellos.

TRATAMIENTO COMBINADO DEL TOC CON CLOMIPRAMINA E ISRS

Figueroa Y, et al. Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:61-7.

Hasta un 80% de los casos de TOC debutan en la infancia y la adolescencia, y muchos de los pacientes adultos no-respondedores o con respuesta parcial al tratamiento farmacológico (correcto en tiempo y dosis) tuvieron un inicio precoz de sus síntomas. En estos pacientes se han utilizado diversas estrategias "potenciadoras", muchas de las cuales se han mostrado ineficaces (como la adición de litio y hormona tiroidea, trazodona o buspirona) o peligrosas (como el uso simultáneo de haloperidol en pacientes que también presentan tics, pues pueden conducir a la aparición de discinesias tardías); otras, sin embargo, parecen seguras y prometedoras como el uso combinado de dos fármacos "antiobsesivos". Los autores presentan la segunda serie de casos de adolescentes tratados, siguiendo esta estrategia (la primera fue publicada por Simeon et al, en 1990). Se trata de 7 pacientes (seis hombres y una mujer), de edades comprendidas entre los 9 y los 23 años, tratados con éxito con clomipramina y un ISRS (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina o paroxetina) durante 5 a 22 meses. Sólo dos de los 7 casos tenían diagnóstico único (TOC), mientras que los otros cinco también padecían un trastorno

278 afectivo (depresión mayor en 4 de ellos) y/o ansioso (tres de ellos). En la práctica, la adición de un ISRS obliga a un descenso de la dosis previa de clomipramina y a la determinación de sus niveles séricos (pues aumentan) así como a la realización de ECG periódicos (en el estudio se detectó prolongación del QTc en dos pacientes y taquicardia en otros dos).

SÍNTOMAS MANÍACOS TRAS TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN ADOLESCENTES CON TOC

Go FS, et al. Manic behaviors associated with fluoxetine in three 12- to 18-year-olds with obsessive-compulsive disorder. J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:73-80.

Los autores describen tres casos de manía inducida por fluoxetina de una muestra total de 20 niños afectos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) tratados con diversos ISRS en un ensayo clínico abierto. Tras identificar 40 casos de TOC, 20 de ellos siguieron tratamiento cognitivo-conductual y 20 farmacológico (15 con fluoxetina, 2 con fluvoxamina y los otros tres con sertralina, paroxetina y clomipramina, respectivamente). Cinco de los 15 casos tratados con fluoxetina desarrollaron síntomas maníacos o hipomaníacos, así como el único tratado con sertralina. Los principales síntomas fueron: impulsividad, grandiosidad, presión del habla y desinhibición conductual, claramente diferenciables del síndrome de "activación conductual" descrito con la fluoxetina (inquietud motora, alteración del sueño, desinhibición social y excitación subjetiva). En opinión de los autores —que se centran en la fluoxetina y describen sólo tres de los cinco casos—, el debut de síntomas maníacos o hipomaníacos se produce una o dos semanas después del inicio del tratamiento (o de cambio de dosis), es dosis independiente y quizá tam-

bién sea independiente del ritmo de aumento de dosis. Finalmente, recogen una propuesta de indicadores de riesgo elevado de desarrollo de manía o depresión en niños y adolescentes con TOC:

1. Depresión mayor comórbida con rasgos atípicos como letargia, retraso psicomotor, o somnolencia.
2. Psicosis humor-congruente.
3. Historia familiar de trastorno bipolar.
4. Depresión post-parto.
5. Historia previa de manía o hipomanía inducida farmacológicamente.

SÍNTOMAS MANÍACOS TRAS TRATAMIENTO CON GUANFACINA EN TDAH

Horrigan JP, Barnhill J. Does guanfacine trigger mania in children? J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:149-50.

La guanfacina, un agonista alfa₂ adrenérgico, parece estar popularizándose como tratamiento del trastorno por tics y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), entre otras razones —aparte de su eficacia— por su larga vida media (18 horas en los adultos), baja sedación y escasa disminución de la tensión arterial (especialmente cuando se la compara con la clonidina). Los autores de esta carta relatan que, tras 95 casos tratados, se les han presentado cinco en los que ha aparecido una activación intensa, semejante a la de un episodio maníaco de inicio súbito (agitación psicomotora, hiperactividad improductiva, presión del habla, irritabilidad intensa, extrema intolerancia a la frustración, disminución de la necesidad de sueño y otros), que remitieron tras la supresión del fármaco en menos de una semana. En todos ellos existían factores de riesgo familiares y personales para el trastorno bipolar.

T. J. Cantó

JORNADAS DE PSICOPEDIATRÍA

Barcelona, 11, 12 y 13 de enero de 1999.

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

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

JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

Barcelona, 14, 15 y 16 de enero de 1999.

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

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

PRIMER CONGRÉS CATALÀ DE SALUT MENTAL. MEMORIAL EMILI MIRA I LÓPEZ

Barcelona, 18, 19 y 20 de febrero de 1999.

Sede y Secretaría: Comb-Centre Congressos. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Paseo de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.

Tel.: 93-418 88 88, ext. 305 o Tel.: 93-417 44 63.

Fax: 93-418 31 66. E-mail: congres@comb.es.

JORNADAS SOBRE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PSICOSIS EN EL ADOLESCENTE

Barcelona, 5 y 6 de marzo de 1999.

Secretaría Técnica: Grupo Geyseco. C/Marina, 27 (Villa Olímpica). 08005 Barcelona. Tel.: 93-221 22 42. Fax: 93-221 70 05. E-mail: geybcn@adv.es.

VI SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRÍA. ESTADOS DISOCIATIVOS

Barcelona, 26 y 27 de marzo de 1999.

Organiza: Unitat de Psiquiatria. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Secretaría Técnica: Grupo Geyseco. C/Marina, 27 (Villa Olímpica). 08005 Barcelona. Tel.: 93-221 22 42. Fax: 93-221 70 05. E-mail: geybcn@adv.es.

II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ESTUDIOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (A.E.T.C.A.)

Barcelona, 1 y 2 de julio de 1999.

Sede: Centro de Convenciones Winterthur. Centro Comercial l'Illa. Av. Diagonal, 547. 08028 Barcelona. Tel.: 93-290 11 02.

Secretaría Técnica: C/Asturias, 25. 08012 Barcelona. Tel.: 93-237 75 09. Fax: 93-237 92 26.

E-mail: viatges@grupoeuropa.com.es.

11th INTERNATIONAL CONGRESS: EUROPEAN SOCIETY FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (ESCAP)

Hamburg (Germany), del 15 al 19 de septiembre de 1999.

Congress Office: c/o CCH-Congress Organisation. St. Petersburger Strasse 1. 20355 Hamburg. Germany.

Tel.: +49-40-35692247. Fax: 49-40-35692269.

E-mail: escap@cch.de.

1. NOMBRE COMERCIAL: PROZAC® 20 Fluoxetina. **2. COMPOSICIÓN:** PROZAC® 20 mg cápsulas: cada cápsula contiene fluoxetina (D.C.I.) (clorhidrato) 20 mg. PROZAC® 20 mg líquido: cada 5 ml contienen fluoxetina (D.C.I.) (clorhidrato) 20 mg. PROZAC® 20 mg dispersable: cada comprimido contiene fluoxetina (D.C.I.) (clorhidrato) 20 mg. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Cápsulas, solución oral y comprimidos. El envase de la solución oral contiene un vasito dosificador de 5 ml. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Depresión: El clorhidrato de fluoxetina está indicado en el tratamiento de la depresión y su ansiedad asociada. (DSM III, ICD-9 y RDC). La eficacia de fluoxetina fue establecida en ensayos clínicos de 5 a 6 semanas de duración con pacientes ambulatorios que sufrían depresión y cuyo diagnóstico correspondía estrechamente a la categoría DSM-III de los trastornos depresivos mayores. **Bulimia nerviosa:** El clorhidrato de fluoxetina está indicado en el tratamiento de la bulimia nerviosa. En dos ensayos controlados, a doble ciego y aleatorios, en pacientes con bulimia nerviosa, fluoxetina ha mostrado una disminución significativa de la voracidad y de la actividad purgante en comparación con el placebo. **Trastornos obsesivo-compulsivos:** El clorhidrato de fluoxetina está indicado en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. La eficacia de la fluoxetina ha sido establecida en ensayos clínicos de 13 semanas de duración con pacientes ambulatorios con trastornos obsesivo-compulsivos cuyos diagnósticos correspondían estrechamente a la categoría de trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-III. **4.2 POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Depresión: **Tratamiento inicial:** La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día por la mañana. Después de varias semanas de tratamiento, y en caso de no observarse mejoría clínica, se puede considerar un aumento de la dosis. Las dosis por encima de 20 mg/día deben administrarse dos veces al día (por ejemplo, por la mañana y al mediodía), y no debe excederse de la dosis máxima de 80 mg/día. Como sucede con otros antidepresivos, para que se alcance el efecto antidepressivo total, puede necesitarse un tiempo de 4 o más semanas de tratamiento. **Mantenimiento, continuación, tratamiento prolongado:** No existen datos suficientes para poder hacer una recomendación en cuanto al tiempo que debe mantenerse el tratamiento de las personas tratadas con fluoxetina. En general, los episodios agudos de depresión necesitan varios meses de farmacoterapia sostenida. No se conoce si la dosis utilizada para inducir la remisión es idéntica a la que se necesita para mantener la eutimia. **Bulimia nerviosa:** La dosis recomendada es de 60 mg al día. **Trastornos obsesivo-compulsivos:** La dosis de 20 mg/día a 60 mg/día es la dosis recomendada para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes que recibieron 40 ó 60 mg de fluoxetina en los ensayos clínicos de estudio de esta indicación, tendieron a mostrar un comienzo de la eficacia más temprana que los que recibieron 20 mg de fluoxetina. Debido a que el trastorno obsesivo-compulsivo es una patología crónica, es razonable considerar el mantenimiento del tratamiento una vez que el paciente haya respondido al mismo. La eficacia de fluoxetina durante un tiempo mayor a trece semanas no ha sido sistemáticamente evaluada. Por lo tanto, el médico deberá reevaluar la utilidad a largo plazo de fluoxetina en cada paciente. En cualquiera de las indicaciones, la dosis de clorhidrato de fluoxetina no debería exceder de 80 mg diarios. **Uso en pediatría:** No se recomienda el uso de fluoxetina en niños dado que su seguridad y efectividad no han sido establecidas. **Uso en pacientes de edad avanzada:** Se recomienda una dosis diaria de 20 mg. **Insuficiencia hepática:** Se deben utilizar dosis menores o menos frecuentes. **Insuficiencia renal:** En pacientes con insuficiencia renal grave, se recomienda la administración de dosis menores o menos frecuentes. **Forma de administración:** PROZAC® se administra por vía oral. **4.3 CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a fluoxetina. Fluoxetina no deberá administrarse en combinación con un inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO), ni tampoco durante los 14 días posteriores a la suspensión del tratamiento con un MAO. Debido a que fluoxetina y su principal metabolito tienen vidas medias largas de eliminación, deberá pasar un mínimo de 5 semanas entre la suspensión de fluoxetina y el comienzo del tratamiento con MAOs. **4.4 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** **Advertencias:** Algunos pacientes con erupción cutánea relacionada con fluoxetina, han desarrollado reacciones sistémicas serias, posiblemente relacionadas con vasculitis. Aunque de forma rara, se ha comunicado éxitus en asociación con estos eventos. El clorhidrato de fluoxetina se debe interrumpir cuando se presente una erupción cutánea u otro fenómeno aparentemente alérgico para el que no se haya identificado otra etiología posible. **PROZAC® 20 mg líquido: "Este medicamento contiene azúcar (sacarosa) en su composición, 3g por cada 5 ml aproximadamente, por lo que tendrán que tenerlo en cuenta las personas diabéticas".** Precauciones: Se debe llevar a cabo una estrecha monitorización de los pacientes al comienzo del tratamiento, ya que la posibilidad de un intento de suicidio es inherente a la depresión, y puede persistir hasta que se produzca una remisión significativa. Se ha producido activación de la manía/hipomanía en una pequeña proporción de pacientes tratados con fluoxetina. **4.5 INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** Se recomienda precaución si se requiere la utilización concomitante de clorhidrato de fluoxetina con otros medicamentos activos a nivel del sistema nervioso central, incluyendo el litio. Puede haber tanto aumento como disminución de los niveles de litio cuando se utiliza conjuntamente con fluoxetina. Se han comunicado casos de toxicidad por litio. Se deben vigilar los niveles de litio cuando ambos medicamentos se administren concomitantemente. Pacientes con dosis estables de fenitoína, han presentado aumento de las concentraciones plasmáticas de fenitoína y toxicidad clínica por fenitoína, tras iniciar tratamiento concomitante con fluoxetina. Se han observado incrementos superiores a dos veces las concentraciones plasmáticas de otros antidepresivos heterocíclicos, que previamente presentaban niveles plasmáticos estables, cuando se ha administrado fluoxetina asociada a estos agentes. El tratamiento concomitante con medicamentos que son metabolizados por el isoenzima P4501D6 (flecainida, encainida, vinblastina, carbamacepina y antidepresivos tricíclicos) puede requerir dosis más bajas de las habituales tanto de fluoxetina como del otro medicamento. En pacientes con diabetes, se ha producido hipoglucemia durante el tratamiento con fluoxetina e hiperglucemia tras la suspensión. Puede ser necesario el ajuste de la dosis de insulina y/o del agente hipoglucemiante oral. Ver también apartado **Contraindicaciones.** **4.6 EMBARAZO Y LACTANCIA:** Categoría B1: No se ha establecido la seguridad de este medicamento en mujeres embarazadas. Los estudios en animales de experimentación no indican efectos dañinos directos o indirectos respecto al desarrollo del embrión o feto, la gestación y el desarrollo peri y posnatal. Fluoxetina no debe ser utilizado en pacientes embarazadas, a no ser que sea claramente necesario. Fluoxetina es excretada en la leche materna, por lo que se deberá tener precaución cuando se administre clorhidrato de fluoxetina a mujeres durante la lactancia. **4.7 EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Fluoxetina puede producir efectos adversos leves o moderados. Los pacientes deben tener precaución cuando manejen maquinarias peligrosas, incluyendo automóviles, hasta que exista una certeza razonable de que el tratamiento farmacológico no les afecta de forma adversa. **4.8 REACCIONES**

ADVERSAS: Las reacciones más comúnmente observadas en asociación con el uso de fluoxetina y cuya frecuencia fue mayor del 2% y mayor que la de placebo, incluyen: ansiedad, nerviosismo, insomnio, somnolencia, astenia, temblor, sudoración, anorexia, náuseas, diarrea y mareo; reacciones menos frecuentes incluyen: cefalea, sequedad de boca, dispepsia y vómitos. También se han comunicado otras reacciones graves menos frecuentes (incidencia menor del 1%) que incluyen: síncope, arritmia cardíaca, anomalías en las pruebas de función hepática, hipo e hipertiroidismo, aumento del tiempo de hemorragia, síndrome cerebral agudo y convulsiones. Ver también apartado **Advertencias y precauciones especiales de empleo.**

4.9 SOBREDOSIFICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: **Signos y síntomas:** Las náuseas y vómitos son los síntomas predominantes en la sobredosis de fluoxetina. Otros síntomas pueden ser: agitación, convulsiones, inquietud, hipomanía y otros signos de excitación del Sistema Nervioso Central. Desde su comercialización, las comunicaciones de casos de muerte atribuidas a una sobredosis de fluoxetina sola, han sido extremadamente raras. Hasta diciembre de 1987, se habían comunicado dos muertes entre 38 comunicaciones de sobredosis aguda con fluoxetina, tanto sola como en combinación con otros medicamentos y/o alcohol. Una de las muertes ocurrió en un paciente que tomó una sobredosis de 1.800 mg de fluoxetina en combinación con una cantidad no determinada de maprotilina. Las concentraciones plasmáticas de fluoxetina y maprotilina fueron de 4,57 mg/l y 4,18 mg/l, respectivamente. En el otro caso, que también resultó en la muerte del paciente, se detectaron tres medicamentos en plasma a las concentraciones siguientes: 1,93 mg/l de fluoxetina, 1,10 mg/l de norfluoxetina, 1,80 mg/l de codeína y 3,80 mg/l de temazepam. **Tratamiento:** Se recomienda tratamiento sintomático y de apoyo. El empleo de carbón activado con sorbitol puede ser tan o más efectivo que la emesis o el lavado gástrico y debería ser considerado en el tratamiento de la sobredosis. Las convulsiones inducidas por fluoxetina que no se resuelvan de manera espontánea pueden responder a diazepam. En el manejo de la sobredosis se debe considerar la posibilidad de que el paciente haya ingerido una diversidad de fármacos. En pacientes que estén tomando fluoxetina o recientemente la hayan tomado e ingieran una cantidad excesiva de antidepresivos se debería proceder con especial cuidado, ya que en tales casos se podría aumentar la posibilidad de secuelas clínicamente significativas y aumentar el tiempo requerido de observación médica estrecha del paciente.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 PROPIEDADES FARMACODINÁMICAS: Fluoxetina es un medicamento de acción antidepressiva cuyo mecanismo de acción parece estar relacionado con la inhibición de la recaptación de serotonina por las neuronas del sistema nervioso central. **5.2 PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS:** Después de 6 a 8 horas de una dosis oral única se observan concentraciones pico plasmáticas de fluoxetina. Los alimentos no parece que afecten la biodisponibilidad sistémica de fluoxetina. Fluoxetina se distribuye ampliamente por el cuerpo uniéndose mucho a proteínas plasmáticas. La vida media de eliminación de fluoxetina es de 4-6 días, siendo la de su metabolito activo de 4-16 días (ambas pueden aumentar en pacientes con deficiencia del sistema P4501D6). Esto asegura una presencia significativa de estos principios activos en el organismo durante el uso mantenido. Se alcanzan concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio después de dosificar varias semanas. Fluoxetina es metabolizada fundamentalmente en el hígado a norfluoxetina y a otros metabolitos. La vía principal de eliminación es el metabolismo hepático dando lugar a metabolitos inactivos que son excretados por el riñón. La insuficiencia hepática puede afectar la eliminación de fluoxetina. Se puede producir acumulación adicional de fluoxetina o de sus metabolitos en pacientes con alteración severa de la función renal. **5.3 DATOS PRECLÍNICOS SOBRE SEGURIDAD:** No existe evidencia de que el uso del clorhidrato de fluoxetina cause carcinogénesis, mutagénesis o alteraciones de la fertilidad. De seis ratos que recibieron una sobredosis oral de fluoxetina, cinco experimentaron convulsiones generalizadas. Estas convulsiones cedieron en forma inmediata al administrar un bolo intravenoso de una dosis veterinaria estándar de diazepam. En este estudio de corto plazo, la concentración más baja de fluoxetina con la cual se presentaron convulsiones, fue tan sólo el doble de la concentración plasmática máxima alcanzada en seres humanos que ingirieron una dosis de 80 mg/día crónicamente. En ratas, ratones y perros tratados con fluoxetina de forma crónica, se observó un aumento de los fosfolípidos en ciertos tejidos. Este efecto es reversible después de la interrupción del tratamiento. Se ha observado acumulación de fosfolípidos en animales tratados con diversos medicamentos anfifílicos catiónicos, incluyendo fenfluramina, imipramina y ranitidina. La importancia de este efecto en los seres humanos es desconocida. **6. DATOS FARMACÉUTICOS:**

6.1 LISTA DE EXCIPIENTES: PROZAC® 20 mg, cápsulas: Almidón de maíz y dimeticona. PROZAC® 20 mg, líquido: Sacarosa, ácido benzoico, glicerol, saborizante de menta y agua purificada. PROZAC® 20 mg, comprimidos: Sacarina sódica, celulosa microcristalina, manitol, sorbitol, aroma de anís, aroma de peppermint, sílice coloidal, almidón de maíz, fumarato sódico de estearilo y polividona. **6.2 INCOMPATIBILIDADES:** No procede. **6.3 PERIODO DE VALIDEZ:** Cápsulas: Tres años a temperatura ambiente. Solución: Dos años a temperatura ambiente. Comprimidos: Dos años a temperatura ambiente. **6.4 PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:** No se requieren condiciones especiales para su conservación. **6.5 NATURALEZA Y CONTENIDO DEL RECIPIENTE. PRESENTACIONES:** PROZAC® 20 mg cápsulas: envase con 14 cápsulas para uso oral (982231); P.V.P. 2.421 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 2.518 Ptas. PROZAC® 20 mg cápsulas: envase con 28 cápsulas para uso oral (759811); P.V.P. 4.785 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 4.976 Ptas. PROZAC® 20 mg líquido: envase con 70 ml para uso oral (692772); P.V.P. 2.422 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 2.519 Ptas. PROZAC® 20 mg líquido: envase con 140 ml para uso oral (651364); P.V.P. 4.432 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 4.609 Ptas. PROZAC® 20 mg dispersable: envase con 14 comprimidos para uso oral (962223); P.V.P. 2.421 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 2.518 Ptas. PROZAC® 20 mg dispersable: envase con 28 comprimidos oral (651356); P.V.P. 4.785 Ptas.; P.V.P. IVA 4- 4.976 Ptas. El envase de venta contiene un prospecto dirigido al paciente. **6.6 INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN:** Se recomienda la administración de los comprimidos o bien disueltos en un poco de agua o ingeridos enteros. **7. FECHA DE APROBACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Junio 1995. **DISTA, S.A.** Avda. de la Industria, 30. Zona Industrial de Alcobendas. Alcobendas, 28100. Madrid. *Con receta médica.*

BIBLIOGRAFÍA

- Stokes, P.E. Fluoxetine: A Five-Year Review. Clin. Therapeutics, 1993; Vol 15 (2): 216-243.
- Shatzberg, A.F. Fluoxetine in the treatment of Comorbid Anxiety and Depression. J Clin Psychiatry Monograph, 1995; 13 (2):2-12.
- Tignol, J. A Double-Blind, Randomized, Fluoxetine-Controlled Multicenter Study of Paroxetine in the Treatment of Depression. J Clin Psychopharmacol Vol 13, N° 6, Suppl 2, Dec 1993; 18s-22s.
- Fawcett, J., Rosenbaum J.F., Shatzberg, A.F., Zajecka, J.M. A Rational Approach to Antidepressant Drug Selection. Consultations in Clinical Psychopharmacology, 1993. 5. Montgomery, S.A., Henry, J., McDonald, G., Dinan, J., Lader, M., Hindmarch, I., Clare, A., Nutt, D. Selective serotonin reuptake inhibitors: metanalysis of discontinuation rates. Int Clin Psychopharmacol, 1994 Vol 9: 47-53.

PROZAC®
20 mg fluoxetina

PATRON antidepressivo UNIVERSAL



Mejoramos la vida, devolvemos la esperanza

PROZAC[®]

20 mg fluoxetina

PATRON *antidepresivo* UNIVERSAL



por
eficacia

Ningún antidepresivo es más eficaz que Prozac[®] 20 en la ansiedad asociada a depresión^{1,2,3,4}

por
tolerancia

Menor índice de abandono de tratamiento por causa de efectos secundarios que otros ISRS⁵

por
experiencia

El fármaco antidepresivo más estudiado en el mundo

(comunicado de la FDA)

Noches secas
para



Buenos días

Minurin® Aerosol

Desmopresina

FERRING

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Ferring, S.A.
Pº de la Habana, 15. 28036 Madrid
Tel.: 91/564 26 33 Fax: 91/563 02 17