

Año 1996

Nº 3

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.  
GRUPO MASSON

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

# Rubifen®

## METILFENIDATO



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

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

SINDROME  
HIPERCINÉTICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

ALTERACIONES DEL  
COMPORTAMIENTO

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



LABORATORIOS RUBÍO, S.A.

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



# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

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

*Miembro de la ESCAP*

### Secretaría de Redacción:

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

### Publicación trimestral

### Administración, suscripciones y publicidad:

*Editorial Garsi, S.A.*

Ronda General Mitre, 149  
08022 Barcelona  
Tel. (93) 253 05 17  
Fax. (93) 253 05 15  
E mail: masson@bcn.servicom.es.

Juan Bravo, 46  
28006 Madrid  
Tel. (91) 402 12 12  
Fax. (91) 402 09 54  
E mail: garsi@mad.servicom.es.

### Copyright 1996

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil  
y Editorial Garsi, S.A.  
Reservados todos los derechos.  
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

### Depósito legal:

B-41.588-90

### ISSN:

1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido  
30-R-CM



**ATENCIÓN AL CLIENTE**  
**902 - 21 00 74**

*Asociación fundada en 1950*  
*Revista fundada en 1983*  
*Revista Indexada en el Índice Médico Español.*

### Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*  
Secretario: *S. Arxé i Closa*  
Vocales: *A. Agüero Juan*  
*M.D. Domínguez Santos*  
*X. Gastaminza Pérez*  
*P. León Ramos*  
*J.L. Pedreira Massa*  
*P. Rodríguez Ramos*  
*C. Rubin Álvarez*  
*L. Sordo Sordo*  
*M. Vellilla Picazo*

### Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.L. Alcázar Fernández*  
Vice-presidente: *P. Rodríguez Ramos*  
Secretario: *R. Vacas Moreira*  
Tesorero: *C. Antolín Diego*  
Vocal: *J.R. Gutiérrez Casares*

Asesor de Junta: *J. Tomás i Vilaltella*

### Presidentes de Honor de la Asociación

*J. Córdoba Rodríguez†*  
*J. de Moragas Gallisa†*  
*C. Vázquez Velasco†*  
*L. Folch i Camarasa*  
*A. Serrate Torrente†*  
*F.J. Mendiguchía Quijada*  
*M. de Linares Pezzi*  
*V. López-Ibor Camós*  
*J. Rom i Font*  
*J. Rodríguez Sacristán*

**Revista indexada en  
Bibliomed**



---

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

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

---

### S U M A R I O

---

<b>Comentario</b>	Valoración del trastorno hipercinético <i>M.A. Casado Prieto, G. Rubio Valladolid</i>	<b>161</b>
<b>Artículos originales</b>	Indicadores de salud (psíquica y física) en niños de la unidad de madres del centro penitenciario de Carabanchel <i>M.V. Martín Prieto, M.J. Bayona García, E. Barderas Marzal</i>	<b>166</b>
	Aspectos psicopatológicos del adolescente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis <i>N. Calvo Piñero</i>	<b>172</b>
	«Estudio San Carlos» sobre conducta suicida en la adolescencia: descripción de la muestra <i>J.C. González-Seijo, Y. Ramos Vicente, I. Lastra Martínez, J.L. de Dios Vega, C. Carbonell Masía</i>	<b>185</b>
	Adaptación española de la <i>children's depression ration scale- revised</i> y su aplicación diagnóstica en población general escolar: estudios de fiabilidad y validez <i>M.L. Mediano Cortés, A. Polaino-Lorente, R. Martínez Arias</i>	<b>194</b>
	Terapia psicodramática grupal en escolares de una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil <i>P.M. Ruiz Lázaro, J.M. Vellilla Picazo, A. Bonals Pi</i>	<b>207</b>
<b>Artículos de revisión</b>	Comorbilidad del trastorno obsesivo en niños y adolescentes. Análisis de estudios en población general y clínica <i>M. Amor, P. Rodríguez-Ramos</i>	<b>212</b>
	Principios introductorios a la metodología de investigación en Psiquiatría de la infancia y la adolescencia <i>J.F. Lozano Oyola, P.J. Mesa Cid, A. Blanco Picabia</i>	<b>219</b>
<b>Caso clínico</b>		<b>227</b>
<b>Reseñas terapéuticas</b>		<b>230</b>
<b>Comentario de publicaciones</b>		<b>232</b>
<b>Fe de erratas</b>		<b>233</b>
<b>Agenda</b>		<b>234</b>

---

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA  
INFANTO-JUVENIL**  
**Órgano de la Asociación Española  
de Psiquiatría Infanto-Juvenil**

S U M M A R Y

<b>Brief commentary</b>	Evaluation of hiperkinetic disorder <i>M.A. Casado Prieto, G. Rubio Valladolid</i>	<b>161</b>
<b>Original articles</b>	Pointers of health (psychical and physical) of children residents at the mother's unit in Carabanchel <i>M.V. Martín Prieto, M.J. Bayona García, E. Barderas Marzal</i>	<b>166</b>
	Psychopathological aspects of adolescents with kidney disease receiven haemodialysis treatment <i>N. Calvo Piñero</i>	<b>172</b>
	«San Carlos study» on adolescent suicidal behavior: description of the sample <i>J.C. González-Seijo, Y. Ramos Vicente, I. Lastra Martínez, J.L. de Dios Vega, C. Carbonell Mastá</i>	<b>185</b>
	Spanish adaptation of CDRS-R and its diagnostic application in general school-aged population. Reliability and validity studies <i>M.L. Mediano Cortés, A. Polaino-Lorente, R. Martínez Arias</i>	<b>194</b>
	Psychodramatical group therapy in schoolchildren from an Infantile Psychiatric Unit <i>P.M. Ruiz Lázaro, J.M. Vellilla Picazo, A. Bonals Pi</i>	<b>207</b>
<b>Review articles</b>	Comorbidity of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. Epidemiological and clinical studies analysis <i>M. Amor, P. Rodríguez-Ramos</i>	<b>212</b>
	Research and methodological aspects in child and adolescent psychiatry and mental health <i>J.F. Lozano Oyola, P.J. Mesa Cid, A. Blanco Picabia</i>	<b>219</b>
<b>Clinical case</b>		<b>227</b>
<b>Therapeutical summary</b>		<b>230</b>
<b>Publications commentary</b>		<b>232</b>
<b>Erratum</b>		<b>233</b>
<b>Calender</b>		<b>234</b>

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

*Sr. Salvador Arxé i Closa*  
*Av./ Príncipe de Asturias, 63-65*  
*08021 BARCELONA*

2) Los originales se presentarán por duplicado (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:

- a) Título original
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

Es necesario enviar un diskette 3<sup>1/2</sup> 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: se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*La «Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil» se adhiere a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos publicados a Revistas Biomédicas (4ª edición). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.*



**M. A. Casado Prieto<sup>1</sup>**  
**G. Rubio Valladolid<sup>2</sup>**

## Valoración del trastorno hipercinético

- 1 Hospital La Paz (Madrid)  
2 S.S.M. Alcobendas (Madrid)

**Correspondencia:**

M. A. Casado  
Hospital La Paz  
Pº de la Castellana, 261  
28046 Madrid

## *Evaluation of hiperkinetic disorder*

### **INTRODUCCIÓN**

Ya en 1901 se describen niños en los que se observan, desequilibrios de la afectividad, expresión exagerada de las emociones, ambivalencia de las reacciones, falta de inhibición y de atención y necesidad constante de cambios y de movimientos. Se hablaba de la inestabilidad de los escolares, sería un problema de falta de duración y de continuidad de la conducta global<sup>(1)</sup>. Posteriormente se designó como síndrome de disfunción cerebral mínima<sup>(2)</sup>.

En psiquiatría infantil es habitual encontrar niños que son llevados a la consulta por retraso escolar o rendimiento insuficiente durante un trabajo prolongado y no obstante tienen un nivel intelectual normal, destacan sobre todo la inquietud psicomotriz, son niños que lo tocan todo, se mueven constantemente y presentan una atención dispersa. Éstos serían síntomas nucleares del trastorno hiperkinético. El deterioro de la capacidad adaptativa de estos niños es evidente en el ambiente escolar, familiar y relacional con otros niños.

La dificultad para realizar el diagnóstico estriba en primer lugar en la definición y categorización diagnóstica, en segundo lugar en el aspecto cuantitativo, todo niño inquieto con déficit de atención sería susceptible de ser diagnosticado de hiperkinético ¿cuáles

serían las repercusiones escolares y/o familiares para establecer la diferencia entre TH o no? En tercer lugar el aspecto cualitativo, ¿siempre que dichos síntomas están presentes se diagnostica el trastorno?

La hipoatención e impulsividad pueden ser la expresión de diversos trastornos en la infancia: trastornos emocionales, trastornos de conducta, trastornos adaptativos... La hiperactividad podría considerarse un síntoma más específico, que permitiera diferenciar el TH de niños con otros trastornos psiquiátricos y de niños normales<sup>(3)</sup>.

### **VARIACIONES DE LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO**

Ha sido controvertida la inclusión en una categoría del niño hiperkinético, lo denominado en el DSM-III<sup>(4)</sup> como trastorno de atención con sus dos categorías: trastorno de atención con hiperactividad y trastorno de atención sin hiperactividad, se reemplaza en el DSM-III-R<sup>(5)</sup> por trastorno con déficit de atención con hiperactividad (Tabla 1).

En el DSM-III se requería el cumplimiento de una serie de síntomas en cada una de las tres dimensiones, tres de atención e impulsividad y dos de actividad

**Tabla 1** Categorías diagnósticas

<i>DSM-III</i>
Trastorno de atención
Trastorno de atención con hiperactividad
Trastorno de atención sin hiperactividad
<i>DSM-III-R</i>
Trastorno con déficit de atención con hiperactividad.
<i>DSM-IV</i>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Tipo combinado
Tipo con predominio del déficit de atención
Tipo con predominio hiperactivo impulsivo
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
<i>CIE-9</i>
Síndrome hiperactivo de la niñez
Perturbación simple de la actividad y la atención
Hipercesia con retardo del desarrollo
Trastorno hiperactivo de la conducta
Otro
Sin especificación
<i>CIE-10</i>
Trastornos hiperactivos
Trastorno de la actividad y de la atención
Trastorno hiperactivo disocial
Otros trastornos hiperactivos
Trastorno hiperactivo sin especificación

motora. En el DSM-III-R se requiere para hacer el diagnóstico de TDAH ocho síntomas de 14, teniendo éstos de forma decreciente poder discriminativo, tendrían más poder discriminativo los criterios diagnósticos que se refieren a la esfera psicomotora (actividad motora excesiva) (Tabla 2).

Aparece una nueva categoría diagnóstica como categoría residual, el trastorno por déficit de atención indiferenciado, en el que suelen faltar la impulsividad e hiperactividad cuya sintomatología predominante será la persistencia de falta de atención, no apropiada con la etapa del desarrollo del niño. Esta categoría equivaldría en el DSM-III al trastorno por déficit de atención, la presencia en el DSM-III-R no elimina la posibilidad de que niños con este diagnóstico se incluyeran en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad<sup>(6)</sup>.

Se ha conservado en el DSM-IV<sup>(7)</sup> la denominación de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, diferenciándose el tipo combinado, el tipo con predo-

**Tabla 2** Requerimientos para el diagnóstico

<i>DSM-III</i>
3 de atención
3 de impulsividad
2 de actividad motora
<i>DSM-III-R</i>
8 síntomas de 14
<i>DSM-IV</i>
6 de desatención
6 de impulsividad/hiperactividad
<i>CIE-10</i>
6 de inatención
3 de hiperactividad
1 de impulsividad

minio del déficit de atención, y el tipo con predominio hiperactivo impulsivo. Existen diferencias significativas respecto al DSM-III en cuanto a los criterios de inclusión, requiriéndose seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas del conglomerado hiperactividad-impulsividad.

En la CIE-10<sup>(8)</sup> el trastorno hiperactivo se define de forma más amplia que en la CIE-9<sup>(9)</sup>; supuso un avance significativo, se denomina trastornos de la actividad y de la atención que junto con el trastorno hiperactivo disocial, otros trastornos hiperactivos y trastorno hiperactivo sin especificación, se recogen dentro del grupo de los trastornos hiperactivos.

La CIE-10 define categorías más estrictas; requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad, mientras que según el DSM-IV podría diagnosticarse un trastorno por déficit de atención sin cumplir ninguno de la esfera de la impulsividad, el DSM-IV incluye el síntoma "hablar en exceso" dentro de los de hiperactividad mientras que la CIE-10 lo hace dentro de los de impulsividad.

En todas las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana se ha mantenido el comienzo antes de los siete años y una duración al menos de seis meses. En las clasificaciones de la O.M.S. especifican el comienzo temprano antes de los seis años y no son tan explícitas en cuanto a la duración del trastorno; se realizaría el diagnóstico si persiste a lo largo del tiempo.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar el diagnóstico de trastorno hiperactivo es importante valorar la conducta, teniendo en cuenta la edad del paciente, la etapa del desarrollo y el CI. No es fácil reconocer la hiperactividad debido a la amplia variabilidad dentro de la normalidad, el patrón persistente de hiperactividad y/o disatención debe ser más frecuente y grave que el observado en niños normales.

Existe una hiperactividad adecuada a la edad p.e. el niño en edad preescolar presenta una gran hiperactividad motora, según la CIE-10 sólo los niveles extremos permitirían el diagnóstico. Es difícil realizar el diagnóstico en niños de edad inferior a 4-5 años; su comportamiento es más variable que en los niños de más edad. Hay que ser cauteloso al realizar el diagnóstico en los primeros años de la vida; en el niño mayor y adolescente son menos frecuentes los signos de hiperactividad, ésta puede limitarse a inquietud motora o a un sentimiento interno de desazón, impaciencia o malestar.

Se hace necesario investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación, valorar si la actividad excesiva está en función de una situación concreta, si el contexto es poco adecuado o caótico, si la conducta desorganizada está en función del ambiente o de la psicopatología del niño. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad familiar, académica, social y de grupo, los síntomas se producen con más frecuencia en situaciones de grupo.

Aunque el DSM-III-R plantea que el trastorno se manifiesta en muchas situaciones sociales y la intensidad puede variar en cada una de ellas, no eliminaría la posibilidad de diagnosticar el trastorno si los síntomas se presentan únicamente en una situación. En la CIE-10 como en el DSM-IV especifican que debe ocurrir en más de una situación, en distintos contextos (escuela, hogar, amigos).

En otros trastornos psiquiátricos estaría presente la hiperactividad e hipoatención, por lo que es aconsejable realizar una minuciosa exploración psicopatológica, ya que serían diagnósticos de exclusión: retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno psicótico, trastornos del estado de ánimo y ansiosos, trastornos adaptativos y trastornos relacionados con el uso de sustancias (broncodilatadores, isoniacida, acatisia por NL). Si existe un trastorno afectivo no debe diagnosticarse un TH porque haya una disminución de la atención o inquietud psicomotriz.

Respecto a la forma de comienzo el inicio agudo de un comportamiento hiperactivo tiene grandes probabilidades de ser secundario a otro trastorno, a un estado maniaco, una esquizofrenia o un trastorno neurológico. El protocolo y escalas de evaluación contribuyen a la precisión diagnóstica y el despistaje de casos.

## DISCUSIÓN

Investigaciones recientes han clarificado muchos aspectos de la hiperactividad, no obstante cuestiones básicas acerca de la naturaleza del trastorno permanecen todavía por dilucidar. Sería necesario investigarlas utilizando métodos epidemiológicos, neuropsicológicos y culturales.

Los criterios de diagnóstico del TH incluyen la presencia de hiperactividad e inatención. A pesar de esto han sido expresadas dudas acerca de la naturaleza unitaria del factor que presumiblemente subyace a estas diferentes características.

En los EE.UU. han distinguido entre dos tipos de trastorno por déficit de atención, uno donde está presente la hiperactividad y otro donde está ausente. La CIE-10 respecto al CIE-9 ha perseguido la clara diferenciación entre los aspectos hiperactivos e hipoatentos frente a los impulsivo-disociales<sup>(10)</sup>.

Taylor<sup>(11)</sup> distinguió en los cuestionarios items que conciernen primariamente a la hiperactividad e impulsividad frente a aquellos que conciernen a inatención y distrabilidad y comparan los resultados de los tests psicológicos de niños que muestran una u otra clase de problemas. Se encontró una clara diferencia entre los resultados de los tests cognitivos para los dos grupos.

Los niños puntuados por sus profesores como inatentos o distraíbles mostraron déficits cognitivos, pero los perfiles de los tests de los niños que puntuaban como hiperactivos fueron indistinguibles de la mayoría de los niños de la escuela primaria.

Las líneas de investigación apuntan a examinar la relación entre la capacidad cognitiva y la hiperactividad, impulsividad e inatención en niños con dificultades de comprensión específicas y globales.

En estudios epidemiológicos los niños chinos son más hiperactivos; esto sería un reflejo de la educación en una cultura tan altamente competitiva. Medidas objetivas clarifican que el comportamiento hiperactivo es menos frecuente y que la prevalencia de TH

**Historia del paciente**

*1) Historia actual*

- Edad
- Motivo de consulta
- Fuente de información
- Síntoma o síntomas
- Edad de inicio
- Duración
- Forma de inicio
  - Aguda
  - Insidiosa
- Circunstancias de inicio
  - Nacimiento de hermano
  - Cambio de domicilio
  - Cambio de colegio
- Situaciones en las que está presente
  - Colegio
  - Hogar
  - Amigos
- Situaciones en las que está ausente
  - Colegio
  - Hogar
  - Amigos
- Curso
- Tratamientos previos
- Respuesta al tratamiento

*2) Historia general*

- Embarazo
- Parto

- Lugar de nacimiento
- Lugar en el que crece
- Periodo neonatal
- Desarrollo psicomotor
  - Edad a la que sonríe, habla y deambula
- Familiares con los que vive
- Número de hermanos
- Lugar que ocupa
- Colegios a los que ha ido
- Se divierte en el colegio
- Hace amigos con facilidad
- Hace deporte en grupo
- Resultados académicos
- Intereses y otras actividades

*3) Historia médica*

- Parto
- Endocrinológica
- Neurológica
- Intervenciones

*4) Historia familiar*

- Historia de malos tratos
- Antecedentes psiquiátricos pasados
- Antecedentes psiquiátricos actuales
  - Abuso de alcohol
  - Abuso de otras sustancias
  - Trastornos de personalidad
  - Trastornos afectivos-ansiosos
  - Trastornos psicóticos

- Nº de hermanos
- Lugar que ocupa
- Conflictividad familiar
- Estabilidad del hogar
  - Separación
  - Divorcio
  - Muerte
- Muerte de los padres
- Domicilio fijo o cambio

*5) Exploración médica*

- General
- Cardiovascular
- Respiratoria
- Abdominal
- Neurológica

*6) Exploración del comportamiento y estado emocional actual*

- Discurso
- Alimentación
- Sueño
- Concentración
- Tics y manierismos
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno afectivo
- Relación con hermanos
- Relación con adultos
- Tendencias antisociales
- Resultados escolares
- Comportamiento en la escuela

rigurosamente definido es mucho menor. Las expectativas culturales y prácticas de crianza con gran probabilidad influyen en estas diferencias. Se evidencia la contribución de los factores psicosociales en trastornos que son generalmente considerados de causa biológica.

Dada la ambigüedad inherente a los términos "hiperactividad", "hipoatención" e "impulsividad" y las diferencias culturales en cuanto a su tolerancia, el grado de incertidumbre de este diagnóstico es notable. Una prueba de ello son los estudios transculturales en los que se ponen de manifiesto llamativas diferencias de prevalencia del trastorno<sup>(12)</sup>.

Estudios neuropsicológicos han sido utilizados para comprender las razones del niño hiperactivo con una pobre ejecución de los tests que requieren atención sostenida. En estudios iniciales con monitorización EEG durante la ejecución continua, se encontró que el niño

hiperactivo tenía capacidad para evaluar los estímulos igual que los controles pero les llevaba más tiempo reorganizar su respuesta motora. Un segundo estudio llevó a cabo utilizando tareas espaciales y semánticas correctamente que cambian la organización motora de forma inmediata<sup>(11)</sup>.

**CONCLUSIONES**

Es importante considerar el trastorno hiperactivo con reacciones en cortocircuito no sólo como un trastorno motor y olvidar el desarrollo afectivo del niño y sus relaciones con el entorno, porque según Ajuriaguerra<sup>(1)</sup>, el niño hiperactivo se mueve dentro de un mundo fijo mientras que en él todo es movimiento, un mundo desecho y que presenta una discronometría respecto a la discontinuidad del mundo ordenado. Sus

reacciones no responden a lo que el mundo que le envuelve exige de él y los trastornos que presenta casi siempre están acrecentados por las reacciones del entorno (medio familiar y escuela).

En segundo lugar las diferencias de las categorías diagnósticas, en la CIE-10, dos categorías (F 90 y F 91) y en el DSM-IV, una categoría conjunta. El DSM-IV y la CIE-10 ofrecen criterios similares en su descripción aunque difieren en las variantes diagnósticas llegando a ser dos diagnósticos en el DSM-IV el diagnóstico hiperactivo disocial de CIE-10. Ambos distinguen criterios para 1) hiperactividad, 2) hipoatención y 3) impulsividad, que en DSM-III-R formaban un conglomerado que permitía mayor ambigüedad diagnóstica.

La última conclusión según los trabajos realizados por Taylor y cols.<sup>(11)</sup> apuntarían que los niños con TH sin déficit de atención, no diferirían de los normales en los resultados obtenidos en pruebas cognitivas, que tendrían capacidad para evaluar y discriminar estímulos igual que ellos y que la dificultad estibaría en la organización de la respuesta motora que se podría reeducar corrigiendo la desorganización motora que influiría y contribuiría a la ejecución más lenta en tareas que precisan una atención sostenida. Estas diferenciaciones merecen ser tenidas en cuenta porque, de confirmarse, permitirían diferenciar claramente dos subgrupos, de TH y de TDA, que también serían diferentes en su enfoque terapéutico.

En el apéndice presentamos un protocolo de evaluación del TH.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuariaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*, 4ª ed revisada. Barcelona: Masson, 1991.
- 2 Clements SD, Peters JC. Minimal brain dysfunction in the school-age child. *Arch Gen Psychiat* 1962;6:185-197.
- 3 Halperin JM, Matier K, Bedi G y cols. Specificity of inattention, impulsivity and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(2):190-196.
- 4 American Psychiatric Association. *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985.
- 5 American Psychiatric Association. *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
- 6 Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW y cols. Attention deficit disorder with and without hiperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinical-referred children. *J Am Child and Adolesc Psychiatry* 1987;26:718-723.
- 7 American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4ª ed. Washington: The American Psychiatric Association, 1994.
- 8 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Madrid: Meditor, 1992.
- 9 OMS. *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades*, 9ª ed. Organización Panamericana de la Salud, 1978.
- 10 Rodríguez-Ramos P, Fernández M. CIE-10: la empresa del milenio. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil* 1993;1:4-10.
- 11 Taylor E. Hiperkinetic and conduct problems: a challenge for the clinical and teacher. En: Roussos A. *Hyperkinetic syndrome and Conduct Disorders in Childhood Athens*. Hellenic Child Psychiatry Society, 1993:93-119.
- 12 Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW y cols. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *Am J Psychiatry* 1992;149:1539-1542.

**M. V. Martín Prieto<sup>1</sup>**  
**M. J. Bayona García<sup>2</sup>**  
**E. Barderas Marzal<sup>3</sup>**

Indicadores de salud (psíquica y física) en niños de la unidad de madres del centro penitenciario de Carabanchel

1 Médico psiquiatra infanto-juvenil  
2 ATS  
3 Médico pediatra  
Servicio de Salud Mental de Carabanchel  
Madrid

**Correspondencia:**

M. V. Martín Prieto  
Servicios de Salud Mental de Carabanchel  
General Ricardos, 177  
28025 Madrid

*Pointers of health (psychical and physical) of children residents at the mother's unit in Carabanchel prison*

**RESUMEN**

A partir de una muestra de 100 historias clínicas de niños en edades comprendidas entre cero y cuatro años, residentes o ex-residentes en la Unidad de Madres de la Cárcel de Carabanchel, se valoran indicadores de Salud mental y física.

Este estudio está realizado por un equipo investigador que tiene desarrollada una experiencia en la Unidad de madres de cinco años en el caso del pediatra y de dos años en el caso del psiquiatra y enfermera.

**PALABRAS CLAVE**

Niños en prisión; Unidad de Madres en centros penitenciarios.

**ABSTRACT**

*Beginning from a sample of 100 clinic records, from children of ages between zero and four years old residents or ex-residents at the mother's Unit of Carabanchel's prison, it's taken in consideration mental and physical health ratios.*

*This report is made for an investigation team which has a five year's experience the paediatrician and two years experience the psychiatrist and the nurse, at the Mother Unit.*

**KEY WORDS**

*Children in prison; Mother's Unit in prison.*

## INTRODUCCIÓN

### Descripción de la unidad

El Departamento de Madres se encuentra ubicado orgánicamente dentro del recinto del Centro penitenciario, pero físicamente está separado del mismo. Es una construcción en forma de L. En un ala se encuentran los espacios comunes y en la otra la guardería. Entre los dos edificios hay un jardín. Las entradas son independientes.

La zona de los espacios comunes consta de tres plantas, con un eje central y dos alas laterales:

#### **Planta baja**

Área médica: consulta médica con dos despachos, una sala de curas, un botiquín de farmacia (con productos farmacéuticos) y una sala de espera. Hay también un despacho para asistentes sociales, una escuela biblioteca, una peluquería, una lavandería y una sala de TV.

Área de cocinas: una cocina con dos almacenes de víveres con dos salas congeladoras y refrigeradoras, un comedor y un cuarto de baño.

#### **Planta media**

Es por donde se entra; hay un vestíbulo principal desde el cual parten dos alas, cada una de ellas con 37 habitaciones individuales y con baño, un economato. Al final de cada una de las alas existe un aula semicircular rodeada de ventanales. Al lado del vestíbulo principal se encuentran los locutorios, una sala de comunicación íntima y una jefatura de servicios. En esta planta es donde se ubica el área de funcionarias con una sala de espera, un "office" dos baños y un vestuario.

#### **Planta alta**

Hay dos talleres polivalentes. En la parte de atrás de este edificio existe un patio con una zona de deportes (campo de baloncesto y béisbol).

El edificio de la guardería consta de un vestíbulo distribuidor de donde sale un aula para niños mayorcitos con sala de expresión corporal y psicomotricidad y otro aula para niños pequeños. De frente a este distribuidor se encuentran dos baños con una sala para cambiar a los niños, con sus cambiadores, y un armario donde cada niño tiene sus útiles de limpieza. Hay también en este recinto una sala para que se comunique la madre o los familiares con los niños, sin ningún tipo de rejas.

Anexo a la guardería hay un parque infantil con árboles, toboganes y piscina para los niños.

El *personal* que trabaja en esta unidad es estable y siempre el mismo, está formado por un jefe de Servicios, un pediatra, un ATS masculino, dos coordinadoras de mañana, una Asistente Social compartida, cuatro técnicos de jardín de infancia, dos educadoras, una psicóloga compartida y un jurista. Los médicos y especialistas son compartidos. Hay 20 funcionarias que trabajan en cinco turnos, de cuatro funcionarias por turno, éstas son escogidas según un perfil determinado. Además, tres cocineros que están desde la creación de la unidad. En la ambulancia habitualmente va el mismo conductor, y los **policías que llevan a los niños a los distintos servicios se intenta que sean siempre los mismos.** La estabilidad de estas personas en la unidad es imprescindible para comprender la evolución favorable de estos niños.

### **Cobertura a la Unidad de Madres por parte de los Servicios de Salud Mental**

La colaboración entre los Servicios de Salud Mental de Carabanchel y la Unidad de Madres comenzó en junio del 93. La demanda fue efectuada por la unidad, a través del pediatra, y nuestra respuesta estuvo motivada por el hecho de residir estos niños dentro del distrito de Carabanchel, y considerar que deberían recibir la misma atención por parte de los Servicios Comunitarios que cualquier otro niño de la zona; el hecho de que sus madres hayan efectuado actos delictivos no debe condicionar el que estos niños reciban una asistencia diferente. El objetivo de la unidad es intentar que los niños lleven una vida lo más normalizada posible, dentro de sus circunstancias, para lo cual la integración en guarderías normalizadas, la conexión con los Servicios de Salud Mental del territorio, etc... son piezas clave.

Las visitas de los profesionales de Salud Mental a la Unidad de Madres, se efectúan con una frecuencia quincenal, a no ser que se dé una urgencia. Los profesionales se desplazan al Centro Penitenciario, ya que debido a la edad temprana de los niños, es necesaria la presencia de sus madres. Citarlas en los referidos Servicios requeriría una escolta policial, que las marcaría más como "presas" que como madres, lo que consideramos pernicioso para el desarrollo posterior de nuestra intervención.

Las entrevistas se efectuaron en la guardería de la unidad, que como ya se ha descrito es un módulo aparte de donde viven las madres.

168 Las derivaciones para nuestra intervención vienen efectuadas por el pediatra, la Directora de la prisión, y por la guardería. A veces es la misma madre la que realiza una demanda.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Características de la muestra

El estudio se ha efectuado sobre 100 historias clínicas escogidas al azar por el pediatra, pertenecientes a la Unidad de Madres, de niños entre 0 y 4 años, residentes o ex-residentes, en un período comprendido entre 1992-1995. No se han incluido niños con estancia inferior a dos meses.

La muestra está constituida por 57 niñas, 43 niños y 97 madres. Son de diferentes nacionalidades y edades, habiendo nacido unos en la prisión, durante la estancia de las madres en la Unidad, y otros estando la madre fuera de la prisión. Algunos niños han reingresado debido a nuevas condenas de la madre. En la mayoría de los casos existe una ausencia de contacto con el padre.

A partir de los dos años, un grupo de los niños extranjeros salen los fines de semana con familias de acogida (en el momento en que se realiza este estudio es un 20%. El número de niños varía en función de la población) y organizaciones colaboradoras, mientras que los nacionales lo suelen hacer con sus familias de origen (padre, tíos, abuelos). Todos ellos acuden a partir de los seis meses a una guardería dentro de la unidad desde las 10 de la mañana hasta las 5 de la tarde, y por encima de los dos años lo hacen a una guardería normalizada, fuera de la institución penitenciaria. La integración a las mismas se hace, si es necesario, de forma paulatina.

Los desayunos y las cenas son comunes y el niño duerme en la celda con la madre.

No se han valorado los delitos de las madres, que desconocemos.

De esta muestra sólo cuatro niños han sido tratados en Salud Mental.

### Motivación del estudio

Después de dos años de cobertura a la Unidad de Madres, se decidió realizar un primer estudio conjunto

de investigación sobre la Salud Psíquica y Física de estos niños. El prejuicio del que partían estos profesionales era de que estos niños debían presentar disfunciones significativas en su evolución psíquica, al encontrarse en un medio penitenciario cerrado, con la carga social que conlleva.

La hipótesis de partida para la creación de la Unidad de Madres era incidir sobre la evolución psicobiológica de los niños, protegiendo la relación madre-hijo, como marco fundamental para el desarrollo de los mismos. Al estudiar más de cerca el problema llama la atención que a pesar de la situación de encarcelamiento de las madres (marco cerrado), al ser la unidad un medio muy protegido, reúne unas características que refuerzan el rol materno de estas mujeres, lo que origina un desarrollo psicoafectivo adecuado en estos niños.

Nos parece muy valioso el trabajo que se comienza a realizar a partir del séptimo mes de embarazo trasladando a estas mujeres a la Unidad de Madres en la que concurren múltiples factores que favorecen y posibilitan la vivenciación de su rol materno y la importancia del mismo en relación con ellas mismas, así como para el desarrollo del bebé, dando lugar a la creación del vínculo madre-hijo tan necesario para el futuro desarrollo psicoafectivo y socialización del niño. Esto ocurre en unas mujeres que en muchos casos se sienten desvalorizadas social y familiarmente. En esta situación el trabajo que realiza la Unidad de Madres se puede considerar como preventivo en Salud Mental.

Por estas reflexiones, decidimos iniciar este estudio en una de las cuatro Unidades de Madres existentes. Investigación que esperamos sea seguida por otros profesionales con experiencia en este campo, ya que hay pocos trabajos de estas características en el país.

### Metodología

Se ha realizado un estudio cuantitativo sobre nueve ítems, en 100 historias clínicas que fueron realizadas por el pediatra de la Unidad de Madres, que es también uno de los investigadores. El trabajo se realizó en la Unidad de Madres. Estos ítems hacen referencia a diferentes parámetros tales como los antecedentes en el parto, problemas de adicción de los padres a las drogas, desarrollo evolutivo del niño y sus procesos patológicos.

### ***Parto y enfermedad física***

Se ha valorado si la madre estaba integrada en la Unidad, en cuyo caso el parto se ha efectuado en un medio hospitalario conocido: Hospital Gregorio Marañón y por tanto se tienen datos del mismo; o bien, si la madre ha ingresado en prisión con el niño, en cuyo caso los datos pueden o no existir o no ser tan fiables. También se han valorado los procesos patológicos que han sufrido, su gravedad y frecuencia.

### ***Adicción de los padres***

Tiene un enorme interés saber si los padres son toxicómanos y/o portadores del SIDA para valorar la futura evolución del niño.

### ***Trastornos del sueño, alteraciones del desarrollo psicomotor, trastornos de alimentación e irritabilidad***

Al ser las edades de los niños muy tempranas hemos escogido estos ítems como los más significativos para valorar las posibles alteraciones psíquicas que se puedan presentar.

### ***Síndrome de abstinencia***

Al ser varias madres toxicómanas existe la posibilidad de que algún niño naciese con este cuadro influyendo en su evolución posterior.

### ***Otros***

Se ha valorado de forma especial el comportamiento de la madre hacia el niño: sobreprotección, abandono, actividad durante los primeros días de su estancia en prisión y evolución posterior y aspectos culturales.

## **RESULTADOS**

Se valoran los trastornos que se mantienen en el tiempo y no las reacciones de adaptación.

### **Partos**

Cincuenta y seis partos han sido hechos en el Hospital de referencia del Centro Penitenciario. El resto se ha efectuado en otros centros al no estar la madre en prisión; no hay ningún dato significativo.

## **Enfermedades físicas**

Los procesos que aparecen son extrapolables a una población normal. Se dan trastornos gastrointestinales, procesos alérgicos, una bronquitis asmática, una parálisis facial postparto, una sífilis congénita. En los tres casos de muguet que encontramos las madres eran VIH positivas y toxicómanas; en las vacunas, seis niños que procedían de la calle y eran gitanos estaban sin vacunar.

### **Adicción de los padres**

Veintisiete madres son toxicómanas y sólo aparecen cuatro padres con este trastorno, el dato tiene poco valor porque en la mayoría se desconocen antecedentes paternos. Hay anticuerpos VIH en siete madres y en cinco padres, en este último caso ocurre lo mismo y no es valorable. Hepatitis C en tres mujeres.

### **Alteraciones en el desarrollo psicomotor**

Cuatro casos (tres con retraso en la deambulación y uno con retraso en el lenguaje): en un caso la madre es drogadicta; en otro, el niño es deficiente con madre drogadicta y en los dos restantes se impide el desarrollo adecuado: por sobreprotección o por falta de estímulos.

### **Alteraciones del sueño**

Tres casos: un caso corresponde a un niño de 40 días que fue atendido en Salud Mental por una depresión analítica. Otro caso corresponde a una niña de cuatro años que había sufrido abusos deshonestos y que presentaba asimismo miedos y problemas de alimentación, también tratada en Salud Mental. El tercer caso no hay antecedentes, lo describen como un niño que dormía poco.

En los trastornos del sueño los resultados son difíciles de evaluar, ya que todas las madres comparten celda con sus hijos y muchas de ellas, por sus propios miedos duermen en la misma cama con el niño. Por tanto, el porcentaje que se obtiene no es significativo, ni valorable, ya que por lo expuesto no aparecen los miedos normales en el desarrollo evolutivo del niño, debido a que no existe separación ni de cuarto ni de madre.

## 170 Irritabilidad

Un caso. El caso que se valora corresponde a una niña tratada en Salud Mental, deficiente, con madre drogadicta, que había sido durante un período de tiempo tutelada e internada y presentaba un cuadro de auto y heteroagresividad y alteración EEG; podría corresponder a un cuadro de disfunción cerebral mínima. También está descrita en el ítem correspondiente a "Alteraciones del desarrollo psicomotor (retraso en el lenguaje)".

### Trastornos de alimentación

Catorce casos. En uno no hay antecedentes. Otros dos corresponden al caso de depresión analítica y a los abusos deshonestos ya descritos. En cuatro casos las madres eran heroinómanas y los niños no eran objeto de su interés. En seis casos, tres de ellos hermanos, la madre se desprecupaba de los mismos, se producía un maltrato por abandono, y en un caso había malos hábitos por sobreprotección de la madre.

Este ítem es el que antes refleja las alteraciones en la relación madre-hijo, ya que aparece en los primeros meses de vida.

De estos 14 casos, en 12 hay una íntima correlación entre el comportamiento de la madre y el síntoma del niño, que expresa a través del trastorno alimenticio su malestar psíquico.

### Otros

En 17 casos la madre no les cuida. Tres son hermanos y han sido contabilizados en los trastornos de alimentación. Seis son gitanos y en el resto las madres son heroinómanas, prima sobre todo el aspecto cultural (ignorancia madre). En ambos casos el maltrato es por falta de atención, por abandono, en estos niños se observa una mayor incidencia de politraumatismos por caídas. En un caso existe sobreprotección y ha sido descrito en el apartado de "alteraciones del desarrollo psicomotor (retraso en el lenguaje)". En tres casos aparecen anticuerpos VIH que han negativizado.

## DISCUSIÓN

En España, según los datos facilitados por la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios a 20 de junio de

1995, se dan tres situaciones en los niños pequeños hijos de presas, que están junto sus madres.

- 1) Niños residentes en Centros que no tienen unidades de madres y que están las madres de forma provisional (pendientes de juicio, etc...). Hay 44 niños.
- 2) Niños residentes en unidades dependientes de Centros Penitenciarios (las madres están en pisos, donde van a dormir y trabajan fuera). Hay tres unidades en: Sevilla, Valencia y Madrid. En esta situación hay 25 niños.
- 3) Niños en Unidades de madres. Hay cuatro unidades en: Madrid 5 (Soto Real), Alcalá de Guadaíra (Sevilla), Valencia y Madrid Unidad de madres de Carabanchel. En esta situación hay 138 niños.

Nos podríamos preguntar si es adecuado que los niños estén en Centros Penitenciarios, aunque sea en Unidades de madres. Nosotros creemos que tanto el niño como la madre tienen derecho a estar juntos, en tanto que la madre está presa por transgredir normas sociales, en la mayoría de los casos, y no por transgredir normas en relación a su hijo. En esta situación creemos conveniente y necesario posibilitar y reforzar los vínculos afectivos madre-hijo, tan importantes para ambos y tan decisivos para la futura socialización del niño. Para que esto tenga lugar, es imprescindible que en los Centros Penitenciarios exista una estructura arquitectónica que lo permita, al mismo tiempo que debe haber una sensibilización del personal y una preparación técnica al respecto.

## CONCLUSIONES

Después de dos años de cobertura a la Unidad de madres y por los resultados obtenidos de este trabajo podemos afirmar que el desarrollo psicoafectivo de los niños ingresados en la Unidad es bueno.

Son niños de alto riesgo, ya que muchos de ellos pertenecen a familias marginales, en otros éstas no están estructuradas como tales (madres solteras, parejas inestables, etc.) y en otros casos no existe contacto con la familia de origen.

El que no aparezcan alteraciones físicas y psíquicas significativas en estos niños, indica que la Institución actúa como familia sustitutoria, apoyando en unos casos a la madre y en otros supliéndola.

En la gran mayoría de los casos la interacción madre-hijo es buena y no hay dificultades de comunicación entre ambos.

La madre dentro de esta Unidad, no tiene más remedio que actuar como "buena" o por lo menos "aceptable" madre, ya que el funcionamiento de la Unidad actúa modelando el comportamiento de estas mujeres en este sentido.

El tema del encarcelamiento propio lo maneja la madre respecto a su hijo como ella lo cree conveniente. Las hispanoamericanas suelen explicar a los niños que ellas están en un colegio aprendiendo y por eso no pueden salir; las gitanas aceptan la prisión y lo que entraña y es lo que transmiten a sus hijos, que a lo largo de su niñez pueden entrar y salir varias veces de la misma, es una manera de vivir; las heroinómanas y las que pertenecen a bandas armadas utilizan distintas versiones. Por su parte, las funcionarias que están en la Unidad respetan la versión que da la madre, creemos que sería necesario trabajar este aspecto tanto con ellas como con las familias de acogida, para evitar las confusiones en los niños.

En la literatura consultada, la salida de los niños de la Unidades de madres, produce en la mayoría de estas mujeres un duelo importante que en ocasiones ha

dado lugar a intentos de suicidio. En esta unidad no hemos encontrado nada similar, ya que los niños han salido simultáneamente con las madres. En un solo caso el niño salió antes que la madre, pero se trabajó esta salida, antes de que se efectuara, tanto con la madre, como con la familia de acogida, y no se produjo ningún conflicto.

Sería imprescindible hacer el seguimiento de estos niños una vez que salen de la Unidad, ya que no se puede predecir cómo van a evolucionar al faltarles los apoyos que tienen, y al carecer en muchos casos las madres de recursos personales y familiares.

#### AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a D<sup>a</sup> Mercedes Belaustegui, Directora del Centro penitenciario de Carabanchel Mujeres (Madrid) y a la Dra. Carmen Fernández Rojero, jefe de los Servicios de Salud Mental de Carabanchel la colaboración prestada, así como las facilidades dadas para la elaboración de este trabajo.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Valverde. *La Cárcel y sus consecuencias*. Popular, 1991
- 2 Rufo, Pioli M, Pons C. Entre la mère et l'enfant, la prison. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1994.
- 3 Dillmes L. Keeping babies in prison. *BMJ* 1992;304.

**N. Calvo Piñero**

Master en Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Unidad de Psiquiatría Infantil  
Hospital Universitario Materno-Infantil, Vall d'Hebron

Aspectos psicopatológicos del  
adolescente con enfermedad  
renal bajo tratamiento de  
hemodiálisis

*Psychopathological aspects of  
adolescents with kidney disease  
receiving haemodialysis  
treatment*

**RESUMEN**

Los avances médicos de los últimos años ha llevado a incrementar el número de niños y adolescentes supervivientes a enfermedades crónicas renales.

Ahora bien, la falta de órganos hace que éstos pasen ineludiblemente por tratamientos sustitutivos renales, destacando entre ellos y en primer lugar la hemodiálisis (HD) (65% de los casos, aproximadamente). La HD, a pesar de proporcionar una mejoría física inicial, conlleva limitaciones físicas y psicológicas.

La presente investigación es una síntesis del trabajo de Master en Psiquiatría Infanto-Juvenil, del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. Se establecen y comparan dos grupos experimentales de 25 adolescentes cada uno y ambos formados por sujetos que padecen una insuficiencia renal crónica (IRC), con la diferencia de que una muestra recibe tratamiento de hemodiálisis (denominado HD) y la otra no (HR). El objetivo es estudiar si los adolescentes con HD serían más vulnerables y podrían presentar más alteraciones psicopatológicas y de integración social que aquellos que padecen la misma enfermedad pero no ese tratamiento. Asimismo se utilizó un grupo control. Se

realizó historia clínica -Falcó-, entrevista semiestructurada (protocolo) y valoración psicológica: inteligencia, ansiedad, rasgos depresivos y atención.

Los resultados ponen de manifiesto una presencia más significativa y un mayor número de alteraciones psicopatológicas en adolescentes con HD, pudiendo este tratamiento incrementar las dificultades de desarrollo psicológico y de adaptación psicosocial.

**PALABRAS CLAVE**

Hemodiálisis (HD); Insuficiencia renal crónica (IRC); Trasplante renal (TR); Alteraciones psicopatológicas.

**ABSTRACT**

*Thanks to the latest progresses in the field of medicine the number of children and teenagers surviving chronic kidney diseases has increased. However, the lack of organs available makes them undergo substitutive kidney treatments. Among them haemodialysis (HD) is outstanding (65% of the cases aprox.). HD despite providing an initial physical*

*improvement, has physical and psychological limitations.*

*This piece of research is a synthesis of the work "Master in children and young adults psychiatrics" of Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. Two experimental groups of 25 teenagers, consisting each one of patients suffering from renal failure (RCI), are set up and compared. One of the groups undergoes a haemo-dialysis treatment (named HD) and the other not (HR). The aim is studying whether adolescents with HD could be more vulnerable and could have more psychopathological and social disorders than those who suffer from the same disease but not receive this treatment. Likewise a third control group was used. Clinical history -Falcó-, semi-structured interviews (protocol) and psychological valuation were performed: intelligence, anxiety, depression features and attention.*

*The results show a more significant presence of psychopathological disorders in teenagers with HD, being this treatment susceptible of increasing the difficulties in the patient's psychological and psychosocial development.*

## KEY WORDS

*Haemo-dialysis (HD); Chronical renal failure (CRF); Renal trasplant (RT); Psychopatological disorders.*

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de los trasplantes renales (TR) se han producido importantes avances médicos en el campo de las enfermedades renales: descenso de mortalidad, relacionado especialmente con TR; mejora de las técnicas quirúrgicas; medicaciones inmunodepresoras que facilitan o posibilitan una mayor supervivencia del injerto. Ahora bien, la falta de órganos hace que niños y adolescentes se vean obligados a pasar ineludiblemente por hemodiálisis.

La HD es una de las técnicas sustitutivas renales alternativas más utilizadas con el enfermo de IRC. Su objetivo, pues, es sustituir las funciones perdidas de los riñones, tanto como sea posible, por medios

artificiales. Consiste en una depuración de los metabolitos de desecho del organismo acumulados en sangre por medio de diversos mecanismos. Pero, a pesar de la gran mejoría física que experimentan estos pacientes al iniciar la HD y compensar así su síndrome urémico, la calidad de vida de la mayoría de ellos parece estar limitada, ya que aparecen complicaciones físicas, además de las limitaciones psicológicas, alimentarias, educacionales y de integración social, entre otras.

Diversos estudios ponen de manifiesto que tanto la HD como el TR y la IRC pueden aparecer asociados a alteraciones psicopatológicas. En la mayoría de los casos se presenta una discapacidad a largo plazo, una persistente amenaza de deterioro y muerte, un sometimiento a tratamientos médicos desagradables y a intervenciones quirúrgicas y fluctuaciones imprevisibles en su funcionamiento físico. Estos factores de riesgo de la enfermedad y de los tratamientos pueden contribuir al desarrollo de trastornos psicopatológicos de estos pacientes, siendo los grupos de mayor riesgo, según algunos estudios, los enfermos en HD, puesto que deben asistir a las sesiones de diálisis regularmente, están bajo control médico permanente y con constante medicación, sometidos a repetidas analíticas y a hospitalizaciones ocasionales, con el fin de prever y anticipar complicaciones. Sin embargo, el paciente con TR puede conseguir una mejor calidad de vida. Así pues, el paciente pediátrico que crece con una IRC presenta una salud subóptima y debe ajustarse a las demandas y restricciones impuestas por el tratamiento.

Mc Graw<sup>(1)</sup> planteaba ya en 1985, en Canadá, un estudio en 12 niños con IRC. Éstos habían experimentado tempranamente tratamiento en diálisis (media de edad era de 18 meses) y TR (media de edad de 28 meses). Desde el punto de vista de desarrollo, ocho presentaban un funcionamiento alterado, diagnosticándose en cuatro de ellos retraso moderado y en uno severo. No se pudo determinar si ello podía ser resultado de los efectos tóxicos de la uremia y malnutrición, o si estaba asociado a la deprivación psicosocial. Concluyeron este estudio apuntando que en etapas tan tempranas el desarrollo intelectual y neurológico resulta muy vulnerable a cualquier alteración, con lo que es imprescindible la institución de terapias psicológicas para la obtención de resultados favorables. Garralda<sup>(2)</sup> compara niños tratados con diálisis con otros sin este tratamiento, y, aunque los datos no

174 fueron estadísticamente significativos, observaron que los que están en HD tienden a mostrar baja autoestima (30%) y problemas de integración social, mientras que el niño con IRC pero sin HD presenta ansiedad e inquietud (40% frente al 30% en HD), soledad (45%), síntomas depresivos y buena socialización (55%; sólo 30% en HD), está favorecida por el hecho de poder asistir a la escuela normalmente.

Reichwald-Klugger<sup>(3)</sup> pone de manifiesto que los pacientes pediátricos en HD pueden llegar a tener problemas psicológicos de más difícil manejo que incluso los problemas somáticos. Todo ello resulta más complicado durante la adolescencia, especialmente en el adolescente que tras haber adquirido la independencia cae enfermo, puesto que favorece la aparición de dependencia y regresión, dificultades de identificación con sus compañeros, baja autoestima y aislamiento social, así como una autoimagen alterada. Conductas similares han sido descritas posteriormente por Mazet y Houzel<sup>(4)</sup>. También Calvo<sup>(5)</sup> en un estudio preliminar con 20 adolescentes en diálisis describió la presencia de patología de inhibición, más que de exaltación, tendencia al aislamiento, presencia de miedos y fobias, y trastornos de la afectividad, destacando la irritabilidad, abatimiento y desvalorización, y presencia de relaciones conflictivas tanto en el ámbito familiar como el extrafamiliar. De diversas investigaciones revisadas podría señalarse que la presencia de HD va acompañada de trastornos emocionales, tales como miedo, ansiedad, síntomas depresivos, alteraciones de la imagen corporal, baja autoestima, dependencia, aislamiento social, nivel intelectual por debajo de sus capacidades potenciales, absentismo y fracaso escolar, entre otros.

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia, cuyo objetivo fundamental es estudiar si los adolescentes que están en un programa de diálisis por una IRC presentan mayor número de alteraciones psicopatológicas que los que padecen esta misma enfermedad pero sin este tratamiento, ya que la HD podría, en general, incrementar las dificultades de desarrollo psicológico y de adaptación psicosocial. De forma paralela, se analiza la interrelación entre la presencia de una enfermedad orgánica crónica renal y la vulnerabilidad a manifestar problemas psicológicos.

En el apéndice 1 se expone un resumen de los aspectos físico-médicos de la IRC.

**Tabla 1** Sexo

	<i>Sexo masculino</i>	<i>Sexo femenino</i>	<i>Total</i>
Grupo HD	16 (64%)	9 (36%)	25 (100%)
Grupo HR	15 (60%)	10 (40%)	25 (100%)
Grupo HCP	11 (44%)	14 (56%)	25 (100%)
Total	42 (56%)	33 (44%)	75 (100%)

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Sujetos

Se establecen y comparan dos grupos experimentales de 25 individuos cada uno y ambos formados por adolescentes que padecen una IRC: una muestra recibe tratamiento sustitutivo renal de HD (grupo que se identifica con el nombre de HD) y la otra que en la actualidad no reciben HD (llamado HR). Los sujetos experimentales son pacientes atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron, ya fuera para realizar la HD o bien para controles médicos. La finalidad de dicha comparación es averiguar si la HD incrementa o no la presencia de alteraciones psicopatológicas en los adolescentes con enfermedad renal. Para extrapolar dichos resultados se ha utilizado un grupo control de comparación (identificado con HCP) constituido por 25 adolescentes de la misma edad, que consultaron en la Unidad de Paidopsiquiatría de dicho hospital durante el mismo período de tiempo en que se realizó la investigación y que carecían de enfermedad orgánica crónica. Las edades en todos los sujetos oscilan entre los 11 y 18 años, siendo la media de edad ligeramente superior en HD y en HCP (HD: 15,6; HR: 13,6 y HCP: 15,2). En la distribución por sexos se observa que en los grupos experimentales existe una mayor frecuencia de sujetos de sexo masculino, mientras que en el grupo control es del femenino (Tabla 1). El nivel socio-económico y cultural es similar, situándose la mayoría en un nivel inferior. Fueron excluidos aquellos sujetos que no tuvieran un C.I. normal.

### Instrumentos

Se ha realizado una entrevista con padres (Historia Clínica de la Unitat de Psiquiatría-Falcó) y una entrevista semiestructurada (protocolo, ver apéndice 2), con el fin de obtener una mayor información sobre aspectos más

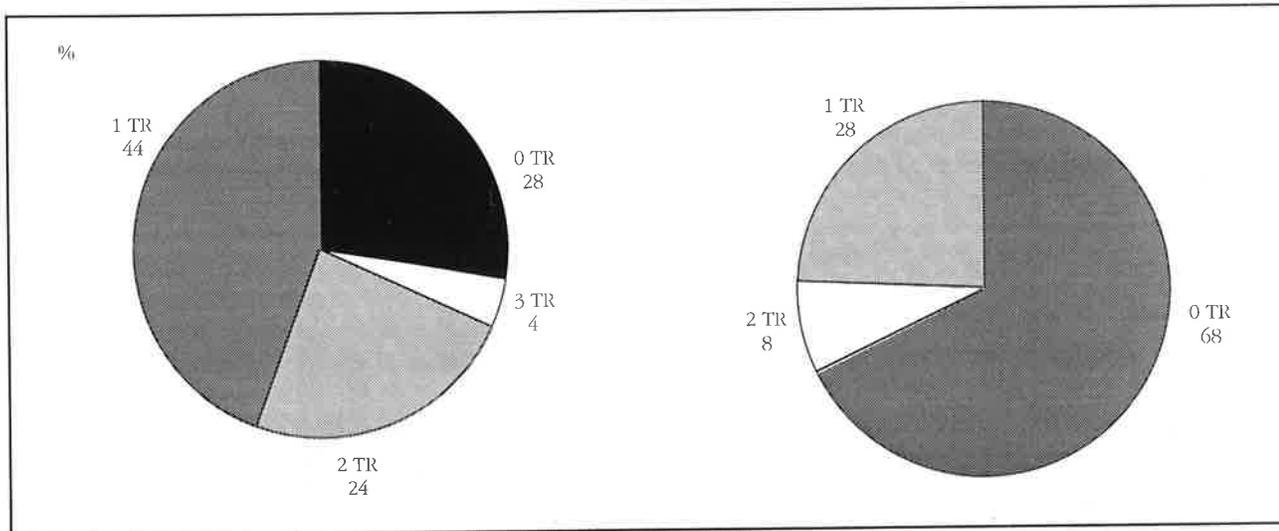


Figura 1. Trasplante renal HD-HR.

concretos y específicos de la enfermedad y del tratamiento aplicado, así como de las reacciones psicológicas y sociales del adolescente ante su problemática. Por último una valoración psicológica constituida por pruebas de inteligencia (WISC-WAIS y Raven), cuestionario de ansiedad (STAIC-STAD), prueba de atención (Toulouse-Pieron) y cuestionario de depresión (CDS-BECK).

El diseño de este estudio es quasi-experimental, de observación sistemática y transversal. Se trata, pues, de un diseño no experimental observacional. Se ha realizado un muestreo no probabilístico e intencional.

## RESULTADOS

### Entrevista clínica semiestructurada

La mayoría presenta un inicio precoz de la enfermedad, siendo la media en ambos grupos de seis años. Consecuentemente, el inicio de cualquier tratamiento paliativo también es temprano. El 72% de los adolescentes de HD ha recibido un TR, mientras que el 68% de HR nunca han tenido. El número de TR varía de 0 a 3, que es el máximo que ha tenido cualquier paciente. Se observan diferencias significativas en cuanto al número de TR. HD presenta mayor número: un 44% ha tenido 1 TR; un 24% 2 y un 4% 3 (ningún sujeto de HR ha recibido

3). Esto es explicado por el hecho de que un 68% de los sujetos de HD ha hecho un rechazo al injerto frente al 4% de HR. En este grupo la mayoría no ha recibido ninguno (Fig. 1).

Un 48% de los adolescentes de HD han pasado por dos períodos de HD, coincidente con una HD pretrasplante y otra postrasplante. En cambio, la mayoría de HR (64%) no ha estado nunca en diálisis. La edad de inicio de ésta se sitúa en HD en una media de 9,6 años. El tiempo de tratamiento en diálisis en años indica una media de 5,9 en HD y la predisposición a recibirla es negativa en la totalidad de los sujetos, mientras que para el 88% de los HR es neutra. Resulta significativa la ausencia de antecedentes familiares. Destaca la presencia de déficits ponderales y puberales, especialmente destacados en HD.

### Entrevista clínica

De los grupos experimentales, HD presenta un número más significativo de alteraciones psicopatológicas. De los resultados obtenidos podemos destacar los que se describen a continuación.

Las edades de los padres y madres son muy similares, estando la media de todos ellos alrededor de los 40. Se observa una distribución semejante en cuanto a la profesionalidad de éstos, siendo la mayoría de padres obrero-operario y de madres amas de casa. El lugar de

176

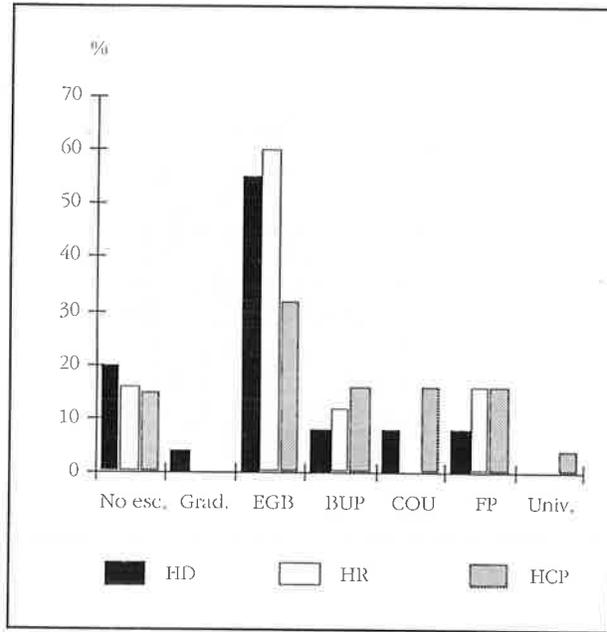


Figura 2. Nivel de estudios actuales.

la fratria no resulta destacable. El porcentaje más elevado de adolescentes de HD tienen sólo un hermano, mientras que en HR suelen tener dos. Los datos sobre abortos y hermanos fallecidos no son relevantes.

### Escolaridad

Apunta diferencias significativas entre los grupos. La mayoría estudia y sólo un número muy reducido trabaja o ni estudia ni trabaja. Ahora bien, en HD ningún sujeto trabaja, mientras que en HR 1, que representa un 25% del total de los que no estudian. Es importante señalar que, aunque los resultados no sean significativos estadísticamente, en el grupo control los adolescentes que no estudian (16% de la muestra), la mayoría trabaja (75%, constituido por tres sujetos). Esto indica una marcada diferencia con respecto a los grupos experimentales, especialmente HD, donde se observa una ausencia total de inserción laboral.

Se observan diferencias en el nivel de escolaridad. La mayoría de los sujetos de los grupos experimentales cursan EGB, aunque la media de edad cronológica es bastante elevada, especialmente en HD. Éstos realizan cursos inferiores a los que les corresponde por su edad y pocos estudios medios. En HR el porcentaje de EGB es similar pero la media de edad inferior, lo cual explicaría,

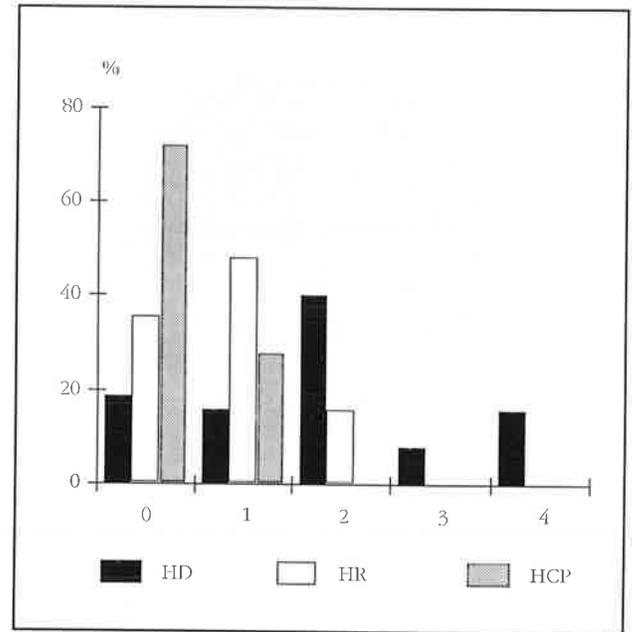


Figura 3. Número de cursos repetidos.

en parte, el predominio de estos estudios. En cambio, hay un ligero aumento de estudiantes de BUP y FP. Aunque la media de edad del grupo control es la misma que la de HD, la distribución es diferente: se observa un marcado descenso de estudios primarios (HCP: 32%; HD: 52%) y un aumento significativo de estudios medios (12 de los 25 cursan estos estudios, doblando las cifras de HD). Aunque no sea un porcentaje significativo, señalar que sólo en esta muestra aparece un 4% de universitarios, a diferencia de las muestras experimentales, donde no hay ninguno. Se observa, pues, que los adolescentes de HD no siguen los estudios que les corresponde por su edad cronológica, habiendo marcadas diferencias no sólo con respecto a HR, sino especialmente con el grupo control (Fig. 2).

HD presenta un mayor número de repeticiones de cursos mucho más elevado que el del grupo control y de HR. Un 40% tiene dos repeticiones y un 16% hasta cuatro (media en HD: 1,8 cursos; HR: 0,8) (Fig. 3).

No se observan diferencias en cuanto al medio escolar: la mayoría asiste a escuelas públicas.

### Medio familiar

Los adolescentes de los tres grupos viven, en su mayoría, con los dos padres. En la convivencia familiar

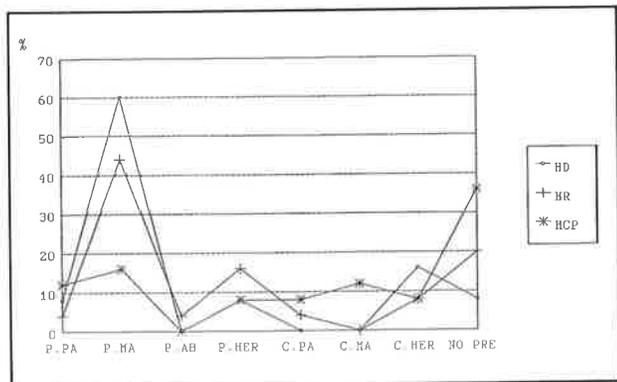


Figura 4. Relación afectiva preferencial.

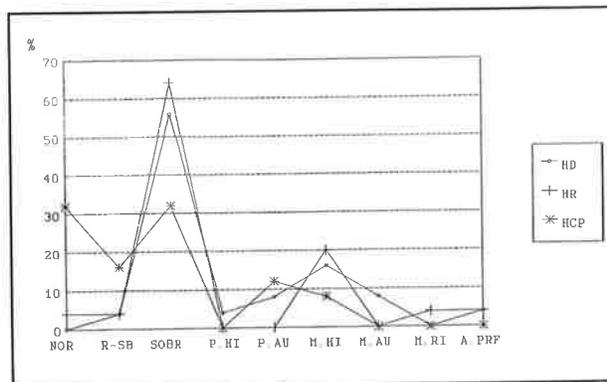


Figura 5. Actitud educativa familiar.

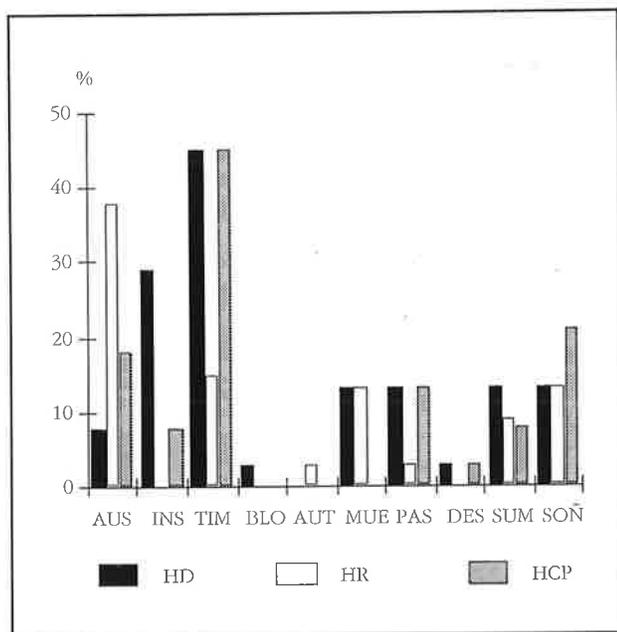


Figura 6. Patología de inhibición.

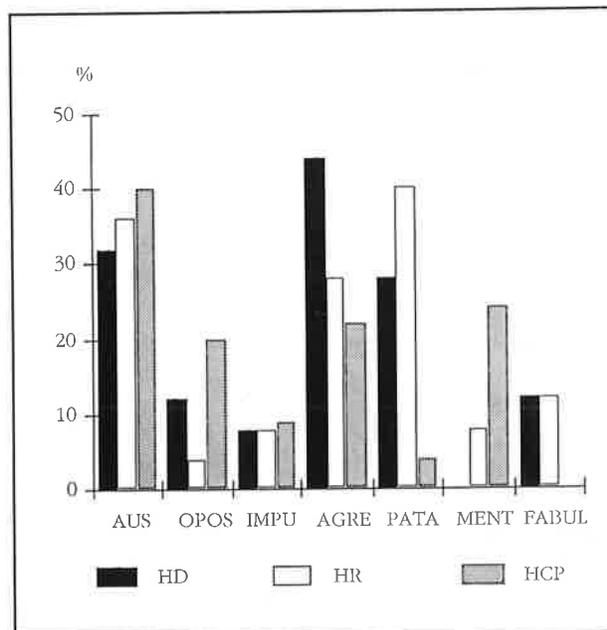


Figura 7. Patología de exaltación.

se observa una mayor presencia de conflictos importantes frecuentes en HD (60%), significativamente superior al obtenido en los otros grupos.

En las muestras experimentales se da de forma importante una *relación afectiva familiar* preferencial hacia la figura materna, especialmente en HD (60% frente al 44% de HR) y ausencia de conflictiva con ella (Fig. 4). La *actitud educativa familiar* es de sobreprotección. Esto

marca diferencias con respecto a la población general, en donde las relaciones afectivas tienden a no ser preferenciales y la actitud familiar más normalizadora. (Fig. 5).

**Alteraciones psicopatológicas**

*Inhibición-exaltación.* Los adolescentes de HD presentan mayor patología de inhibición que de exalta-

180

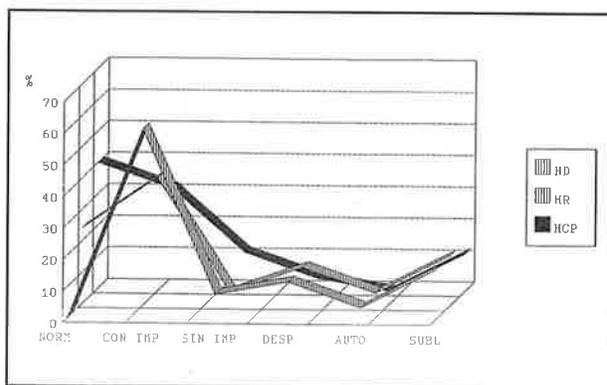


Figura 12. Presencia de agresividad.

HD presenta una ansiedad invasiva, en HR y HCP se trata de un alto nivel de ansiedad.

**Agresividad.** Su presencia es más elevada en los grupos experimentales, y especialmente en HD. En todos ellos, destaca asociada a la impulsividad (más significativa en los adolescentes de HD, donde aparece en el 60% frente al 40% de HR o al 32% del grupo control) (Fig. 12).

**Mecanismos de defensa.** Varían de una muestra a otra. Los adolescentes de HD tienden al aislamiento, mientras que los de HR son más regresivos, igual que los del grupo control. No se observan datos significativos en cuanto al curso de embarazo y en otros datos evolutivos.

### Pruebas psicométricas

#### Pruebas de inteligencia

Se han utilizado dos pruebas de inteligencia: WISC (hasta los 15 a) -WAIS (a partir de 16 a) y RAVEN (hasta 11 a) -Matrices progresivas (a partir de los 12).

Los resultados muestran diferencias entre grupos, destacando HD por ser el que obtiene puntuaciones significativamente inferiores en todas las pruebas, seguido de HR.

En primer lugar, se ha realizado un análisis de las tres escalas del WISC-WAIS. El *C.I. total* muestra que HD obtiene los resultados más bajos, siendo la media de 80,7 (HR: 98,5 y HCP: 106,4). Además, los adolescentes de HD se sitúan en su mayoría en un nivel medio (56%), un porcentaje considerable en un nivel inferior (44%) y ninguno en el superior. Igual ocurre en HR, aunque

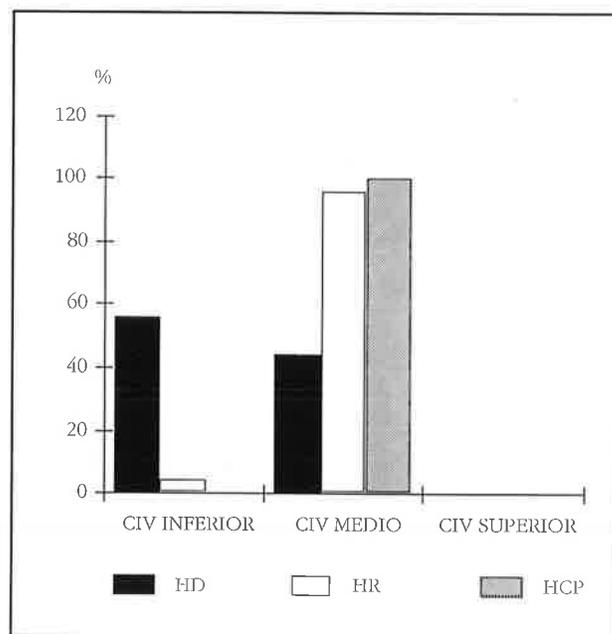


Figura 13. C. I. verbal.

aquí sólo un 4% en el inferior. Por el contrario, ningún sujeto del grupo control tiene un nivel intelectual total inferior, y, en cambio, todos tienen un C.I. Total medio (76%) o superior (24%).

El análisis del *C.I. verbal* indica que la mayoría de individuos de HD se sitúa entre un nivel inferior o medio, siendo la media de 78,3, significativamente más baja si se compara con la de HR (91,9) o la HCP (99,7). En estos dos grupos, la mayoría de los sujetos obtiene un CIV medio. Ninguna de las tres muestras obtiene un nivel verbal superior (Fig. 13).

Por último, el *C.I. manipulativo* muestra que los adolescentes obtienen en general, mejores resultados que el C.I. total verbal. La media de HD sigue siendo la más baja de los tres (85,4), aunque más elevada a las obtenidas hasta el momento. De nuevo, la media más alta corresponde a la población general (HR: 104,7 y HCP: 110,4). A diferencia de lo observado en los anteriores cocientes intelectuales, los grupos experimentales puntúan en el nivel superior (Fig. 14).

Así pues, los sujetos estudiados presentan mejores puntuaciones en la escala manipulativa que en la verbal y total, y los resultados más bajos destacan en HD.

El análisis de los subtests muestran marcadas diferen-

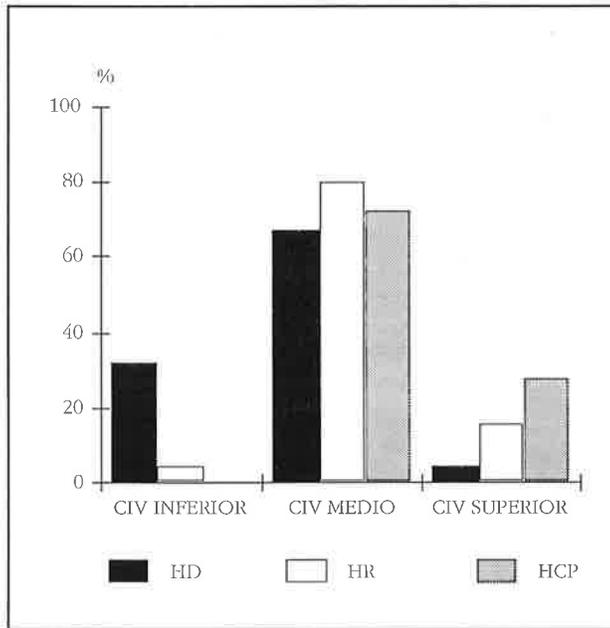


Figura 14. C. I. manipulativo.

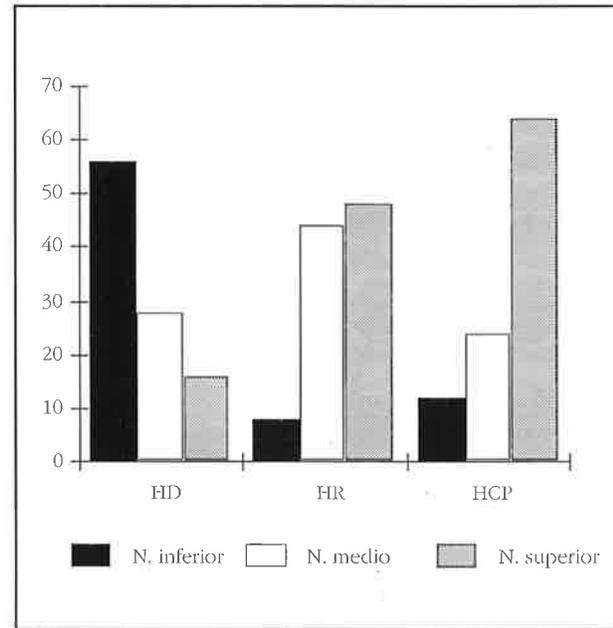


Figura 15. Resultados de RAVEN-Matrices progresivas.

cias, destacando los grupos experimentales, y especialmente HD, como los que obtienen puntuaciones inferiores.

Los adolescentes en diálisis se sitúan con mayor frecuencia en niveles inferiores a la media en los *subtests verbales*, sobre todo en información (80%) y vocabulario (56%). HR obtiene puntuaciones más altas que HD, aunque en Información siguen siendo bastante bajas (32%). En esta muestra y en el control, la mayoría de los sujetos obtienen un nivel medio. La presencia de niveles inferiores al término medio en HCP no resultan ser significativos, excepto en Información. Es el subtest verbal en el que hay una mayor frecuencia de nivel inferior, aunque sólo se trata de un 16%. Las puntuaciones de los *subtests manipulativos* son ligeramente superiores a las verbales en las tres muestras, especialmente en HD. HR muestra puntuaciones más elevadas que ésta e inferiores a la población general. La mayoría de los sujetos obtienen un nivel medio. A diferencia de los verbales, el nivel inferior y el superior al término medio aparece en los tres grupos. Los subtests con resultados más bajos son cubos y claves.

Los resultados del *Raven-Matrices progresivas* corroboran los anteriores resultados: HR y el grupo con-

trol obtienen resultados más óptimos que los adolescentes en diálisis, los cuales tienden a situarse en su mayoría en un nivel inferior al término medio (56% frente al 8% de HR o al 12% de HCP). Las puntuaciones de HR en las pruebas de inteligencia, a pesar de ser inferiores a las de población general, resultan superiores a las de HD. La mayoría de adolescentes del grupo control obtienen un nivel superior (64% frente al 16% de HD o 48% de HR) (Fig. 15).

#### Cuestionario de ansiedad

Los cuestionarios utilizados fueron STAIC (hasta los 15 a.) y STAI (a partir de esa edad). Éstos indican la presencia de elevada ansiedad-estado (56% de todas las muestras) así como de ansiedad-rasgo (64% en HD; 60% HR y HCP), no observándose diferencias significativas entre los grupos.

#### Prueba de atención

Los grupos experimentales obtienen resultados inferiores en la prueba de atención Toulouse-Pieron, destacando HD por presentar un porcentaje significativo de atención inferior (40%), así como de dificultades de atención y concentración, fatigabilidad e inhibición en

182

Tabla 4 Prueba de atención Toulouse-Pieron

	Media	N. inferior	N. medio	N. superior
HD	40	40%	52%	8%
HR	43,8	28%	60%	12%
HCP	58,6	12%	48%	40%

el trabajo. En el grupo control, la atención es superior (40% frente al 8% de HD) (Tabla 4).

### Cuestionario de depresión

Se han utilizado dos cuestionarios: CDS (aplicado a una N=52, de edades comprendidas entre los 11 y 16 a.) y Cuestionario de depresión de Beck (para 23 sujetos de las tres muestras, con una edad de 17 y 18 años). Los adolescentes que forman los grupos experimentales tienden a presentar más rasgos de tipo depresivo que la población general, siendo éstos más destacables en HR. Los síntomas más frecuentes en HD son la presencia de tristeza; dificultades de interacción social, aislamiento y soledad; ausencia de alegría y diversión; irritabilidad y alteración de la imagen corporal. En HR, además de estos síntomas, aparece la tendencia a la baja autoestima, preocupaciones somáticas y tendencias antisociales. Todos estos síntomas son menos frecuentes en la población general, observándose sólo una tendencia a la baja autoestima y preocupación por la salud-enfermedad.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos parecen confirmar las hipótesis inicialmente planteadas. La presencia de una enfermedad crónica, en este caso renal, es un factor de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos. Si además de padecer esta enfermedad, los adolescentes reciben tratamiento de hemodiálisis, se eleva el riesgo previo y la vulnerabilidad a padecer un considerable número de alteraciones psicopatológicas: psicosociales, afectivas y emocionales, de aprendizaje y de escolaridad. Así pues, todos estos resultados ponen de manifiesto que tanto la HD como la IRC parecen estar asociados a alteraciones psicológicas, siendo los adolescentes de mayor riesgo los que están en HD.

Apéndice 1 Cuadro resumen

### Etiología

- Nefropatía
- Hipoplasias
- Uropatías

### IRC

#### Alteraciones funcionales

- Deterioro de función renal
- Alteración sodio, potasio, agua, fósforo-calcio
- Retraso crecimiento y pubertad
- Trastornos nerviosos

#### Clinica

- Aspecto: astenia, decaimiento, apatía, retraso estatural, edemas
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca
- Alteraciones nerviosas

#### Tratamientos

- Régimen de vida
- HD
  - Fístula arterio-venosa
  - Complicaciones frecuentes
  - Es el paso previo al futuro TR
- TR
  - Tratamiento elección niños
  - Complicación más frecuente: rechazo
  - Paciente pediátrico buen receptor
  - Puede evitar trastornos psicológicos que se presentan frecuentemente en la IRC
- Dieta

Los resultados son comparables a los obtenidos por Reynolds<sup>(7)</sup>, el cual realizó en 1993 una investigación sobre el ajuste social de 45 adolescentes con enfermedad renal, asistidos en un hospital pediátrico, los cuales iniciaron un tratamiento sustitutivo renal por dicha enfermedad cuando eran niños, y que en la actualidad tuvieran 18 años o más, y los compararon con un grupo de 48 jóvenes sanos seleccionados al azar. Los resultados que obtuvieron fueron muy interesantes. Durante el tiempo de estudio un 80% tenía un TR funcionando y todos, excepto uno, recibieron al menos un órgano durante su vida. El 16% estaban en ese momento en HD; sin embargo, todos excepto cinco habían tenido experiencias con ese tratamiento. Casi todos lo habían iniciado durante la adolescencia. Los problemas físicos comúnmente asociados eran la baja estatura, el aspecto "cushingoide" y el miedo a las repetidas intervenciones quirúrgicas. Concluyó que una proporción considerable de enfermos tiene pro-

Apéndice 2	Protocolo
	Nombre y apellidos:
	Nº historia:
	Edad:
	Sexo: 1. Hombre 2. Mujer
	1. Tipo de enfermedad: Adquirida Congénita
	2. Edad de inicio de la enfermedad (especificar la edad que tenía):
	3. Edad de inicio del tratamiento (el primer tipo de tratamiento que recibió -especificar la edad que tenía):
	4. ¿Ha recibido algún trasplante renal (TR)?: Sí No
	5. En caso afirmativo, especificar el número de TR que ha recibido.
	6. Actualmente, ¿recibe tratamiento de hemodiálisis (HD)?: Sí No
	7. Edad que tenía cuando recibió por primera vez tratamiento de HD.
	8. Número de veces que ha pasado por tratamiento de HD (es decir, número de HD postrasplante, tras un fracaso o rechazo del TR).
	9. Predisposición a la HD: Positiva Negativa Neutra
	10. ¿Tiene algún tipo de alteraciones durante las sesiones de HD? Sí No En caso afirmativo, especificar qué tipo de alteraciones sufre y frecuencia de éstas.
	11. ¿Existen antecedentes familiares de enfermedad renal y/o tratamiento de HD? Sí No En caso afirmativo, indicar el grado de parentesco.
	12. ¿Existe un déficit en el crecimiento? Sí No
	13. ¿Existe un déficit puberal? Sí No
	14. Actualmente: Estudia Trabaja Ambas actividades
	15. En caso de estar estudiando, ¿qué tipo de estudios cursa en la actualidad y en qué curso se encuentra?
	16. ¿Cuántos cursos académicos ha repetido?
	17. En caso de estar trabajando, ¿a qué se dedica?
	18. En sus ratos libres, ¿a qué se dedica? Jugar con amigos Salir a pasear Estar en casa viendo la televisión Leer Otros (especificar)

blemas de ajuste psiquiátrico, la naturaleza y severidad de los cuales varía en función de la gravedad e inicio de la enfermedad. Así, un inicio temprano parece estar asociado a un funcionamiento social subóptimo, es decir, a un empobrecimiento psicosocial, una escolaridad sensiblemente afectada (75%), y por lo tanto, a clasificaciones escolares significativamente inferiores que las de los chicos sanos, mayor índice de desempleo, que aumenta cuando están en un programa de HD; a nivel social, presentan mayor índice de problemas como ausencia de amigos o aislamiento social, dependencia de padres y dificultades en las relaciones sexuales (51% no había tenido ningún tipo de relación y en un tercio parecían existir problemas sexuales). Según estos autores, como consecuencia de todo ello se produce un incremento del riesgo de morbilidad psiquiátrica durante la edad adulta. Comparables resultados ya que fueron obtenidos anteriormente por Ehrich<sup>(9)</sup> y Umeyana<sup>(10)</sup>.

Como ya apuntaba Raimbault<sup>(11)</sup>, el tiempo en HD aleja al niño de sus actividades normales diarias, y esto hará que presenten niveles intelectuales más bajos que sus capacidades potenciales, con miedo y ansiedad permanentes, imagen corporal alterada y afectividad superficial, estableciendo relaciones parentales ambivalentes, en las que coexisten dependencia y agresividad.

Por todo ello es importante tener presentes los factores estresantes y los trastornos psicológicos que pueden presentar estos pacientes, los cuales ya se han descrito anteriormente, y proporcionar un tratamiento adecuado. Algunos de estos tratamientos a tener en cuenta serían:

### **Prevención**

La prevención podría ayudar a disminuir o minimizar el índice de trastornos psicológicos. Incluiría una evaluación de cada paciente antes de seleccionar el tratamiento, de forma que se ajustase a las necesidades psicológicas de cada uno. También sería importante para identificar los sujetos de mayor riesgo o vulnerabilidad, con el fin de detectar cualquier alteración psicológica en caso de que surgiera.

### **Psicoterapia de grupo**

Debería centrarse en el refuerzo de la capacidad para afrontar problemas. Un momento que podría considerarse bastante idóneo podría ser la sesión de diálisis.

**184 Psicoterapia de grupo con padres**

Proporcionar apoyo para aminorar conflictos, evitar dificultades y fomentar de otra manera la capacidad para afrontar la enfermedad y el tratamiento del enfermo, produciendo así modificaciones ambientales. También ofrecer orientación, cuando sea necesaria, acerca de otro tipo de actividades ajenas a la situación médica.

**Psicoterapia individual**

Aunque pueden resistirse, ya que son pacientes cansados de recibir tantos tratamientos, podría ser idónea, ya que podrían recibir apoyo y la posibilidad de adquirir recursos para saber afrontar la enfermedad y poder abordar las dificultades de la forma más adecuada.

**Psicofarmacología**

En aquellos casos donde los trastornos psicopatológicos lo requieran.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Mc Graw ME, MB ChB, Haka-Ikse K. Neurologic-developmental sequelae of chronic renal failure in infancy. *Journal of Pediatrics* 1985;**106**(4):579-583.
- 2 Garralda ME, Jameson RA, Reynolds JM, Postlethwaite RJ. Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. *Journal of Child Psychology Psychiatry* 1988;**29**(1):79-90.
- 3 Reichwald-Klugger E, Tieben-Heibert A, Korn R, Stein L, Weck K, Maiwald G y cols. Psychosocial Adaptation of children and their parents to hospital and home hemodialysis. *International Journal of Pediatric Nephrology* 1984;**5**(1):45-52.
- 4 Mazet Ph, Houzel D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Médica y Técnica, 1981;**2**:187-201.
- 5 Calvo N, Vacas M, Bargadà M, Tomàs J. Aspectos psicopatológicos del adolescente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. Estudio preliminar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1993;**3**:154-163.
- 6 Reynolds JM, Garralda ME, Jameson RA, Postlethwaite RJ. Living with chronic renal failure. *Child Care Health and Development* 1986;**12**:401-407.
- 7 Reynolds JM, Garralda ME, Postlethwaite RJ, Goth D. Changes in psychosocial adjustment after renal transplantation. *Archives of Disease in Childhood* 1991;**66**:508-513.
- 8 Reynolds JM, Morton JS, Garralda E, Postlethwaite RJ, Goth D. Psychosocial adjustment of adult survivors of paediatric dialysis and transplant programme. *Archives of Disease in Childhood* 1993;**68**:104-110.
- 9 Ehrlich JHH, Rizzoni G, Broyer M y cols. Combined report on regular dialysis and transplantation of children in Europe in 1987. *Nephrology Dialysis Transplantation* 1989;**4**(2):28-36.
- 10 Umeyana T, Hasegawa A, Ogawa O y cols. Rehabilitation of pediatric allograft recipients: the present status and the problems. *Transplant Proc* 1984;**16**:1677-1680.
- 11 Raimbault G, Royer P. Thematiques de la mort, chez l'enfant atteint de maladie chronique. *Archives Françaises de Pédiatrie* 1969;**26**:1041-1053.

**J.C. González-Seijo**  
**Y. Ramos Vicente**  
**I. Lastra Martínez**  
**J.L. de Dios Vega**  
**C. Carbonell Masía**

«Estudio San Carlos» sobre  
conducta suicida en la  
adolescencia: descripción de la  
muestra

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.  
Hospital Universitario San Carlos,  
Universidad Complutense. Madrid

**Correspondencia:**

J.C. González-Seijo  
Uría 34 4º  
33202 Gijón (Asturias)

*«San Carlos study» on adolescent  
suicidal behavior: description of  
the sample*

**RESUMEN**

El «Estudio San Carlos» sobre conducta suicida en la adolescencia se viene desarrollando desde el año 1990 por la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid. Entre sus objetivos destacan: análisis epidemiológico de las conductas suicidas entre adolescentes de un Área Sanitaria, estudio de las características personales, familiares y sociales de estos jóvenes, definición de grupos de elevado riesgo suicida, desarrollo de programas preventivos y evaluación de dichos programas.

En el presente artículo presentamos la descripción general de la muestra de adolescentes con tentativa de suicidio, que estaba formada por 43 chicas y 11 chicos de edades comprendidas entre los 13 y 18 años.

**PALABRAS CLAVE**

Tentativa de suicidio; Adolescencia.

**ABSTRACT**

*San Carlos Study on adolescent suicidal behavior has been a focus of research since 1990. The objectives of this study are: the epidemiological analysis of the suicidal behaviors among adolescents, the study of the individual, familial and social characteristics of these youngs, the definition of groups at higher risk, the development of preventive programs and the evaluation of such programs.*

*In this report we show the general description of our sample of adolescents with a suicide attempt, composed by 43 females and 11 males with ages ranging from 13 to 18 years.*

**KEY WORDS**

*Suicide attempts; Adolescence.*

## 186 INTRODUCCIÓN

El suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de salud pública<sup>(1)</sup>, ya que causan un elevado número de fallecimientos, enormes pérdidas económicas y un gran sufrimiento tanto a las víctimas directas como a las personas de su entorno.

Ya que la infancia y la adolescencia son etapas que generalmente no se asocian con la idea de muerte, sino que nos evocan conceptos como vitalidad, despreocupación y ansias de futuro<sup>(2)</sup>, la conducta suicida parece presentar en estos periodos evolutivos un rostro particularmente dramático. Quizá por ello, los suicidios en niños y adolescentes están siendo objeto de especial atención por los medios de comunicación, produciendo un enorme impacto en la opinión pública. Durante los últimos años se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas entre los jóvenes, convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte entre los adolescentes de la sociedad occidental.

Diversos estudios epidemiológicos confirman que durante el último siglo se han producido dos «picos» de suicidio en jóvenes, el primero alrededor de 1910, lo que justifica que en ese año se celebrara en Viena la «I Reunión Científica sobre el Suicidio» organizada por A. Adler, y el segundo en los años ochenta. Este segundo «pico» de incremento en las conductas suicidas se viene explicando por el denominado «Efecto Cohorte». Tras la II Guerra Mundial el número de niños ha crecido de forma importante convirtiéndose en un factor desestabilizador que aumenta la competitividad en esa generación a la hora de estudiar o encontrar un trabajo, siendo evidente una relación entre la cifra de suicidios en adolescentes y el porcentaje de gente joven en la población total.

Blumenthal<sup>(3)</sup> apunta algunos factores que explicarían el notable incremento observado en la década de los ochenta en las muertes por suicidio en jóvenes americanos:

- Aumento de la incidencia y prevalencia de los factores psiquiátricos asociados al suicidio juvenil, especialmente depresión, trastornos de conducta y abuso de sustancias tóxicas.
- Aumento del número de jóvenes con una mayor competitividad e incremento de las dificultades para encontrar un trabajo con la consiguiente desesperanza.
- Aumento del estrés.

- Aumento del comportamiento violento en general, así como un fácil acceso a las armas de fuego.

En España, según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística<sup>(4)</sup>, las cifras de suicidio juvenil prácticamente se han triplicado durante los últimos años, pasando de los 48 casos recogidos en 1976 a los 124 del año 1991. Paralelamente, las tentativas suicidas también han sufrido un espectacular incremento entre la población adolescente en los últimos años. Según los datos de Morandé y Carrera<sup>(5)</sup> el intento de suicidio ha pasado de suponer el 5% de las consultas de adolescentes en 1978 al 11% en 1983. En conjunto, entre el 1% y el 10% de los adolescentes reconocen haber realizado alguna tentativa suicida, elevándose hasta el 50% los que reconocen ideación suicida<sup>(6-8)</sup>.

Para algunos autores el intento de suicidio sería un síntoma que reflejaría otros problemas, más que un precursor de un eventual suicidio consumado<sup>(9)</sup>, sin embargo la existencia de un *continuum* hasta el suicidio es una idea que está alcanzando cada vez una mayor aceptación entre los investigadores<sup>(10-12)</sup>. Ya que la tentativa de suicidio parece ser el predictor aislado más importante para un futuro suicidio consumado<sup>(13)</sup>, poder identificar los factores de riesgo antes de que las acciones suicidas tengan lugar, es un verdadero reto para los clínicos e investigadores.

En este artículo ayudamos a profundizar en el conocimiento de las tentativas suicidas de los adolescentes de nuestro medio social, mediante el análisis de las principales características descriptivas de la muestra del «Estudio San Carlos».

## MATERIAL Y MÉTODO

El «Estudio San Carlos» sobre conducta suicida en la adolescencia se desarrolla en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid desde el año 1990, y entre sus objetivos destacan: análisis epidemiológico de las conductas suicidas entre adolescentes de un Área Sanitaria, estudio de las características personales, familiares y sociales de estos jóvenes, definición de grupos de elevado riesgo suicida, desarrollo de programas preventivos y evaluación de dichos programas.

El Centro es responsable de la atención sectorizada de unos 95.000 niños y adolescentes de varios distritos municipales urbanos de Madrid<sup>(14)</sup>.

**Tabla 1** Estudio descriptivo de la muestra de adolescentes con tentativa de suicidio

	N	%
- Distribución por sexos		
Mujeres:	43	79,6
Hombres:	11	20,4
- Distribución por edades		
13 años:	4	7,4
14 años:	16	29,7
15 años:	12	22,2
16 años:	2	3,7
17 años:	6	11,1
18 años:	14	25,9
- Nivel escolar		
Educación General Básica:	26	48,1
Bachillerato (BUP):	19	35,2
Formación Profesional:	9	16,7
- Rendimiento escolar		
Muy bueno:	4	7,4
Bueno:	10	18,5
Regular:	14	25,9
Malo:	26	48,1

Los datos que presentamos en este artículo se obtuvieron a lo largo de 30 meses de investigación, siendo incluidos un total de 54 adolescentes que cumplían los siguientes criterios:

- Presentar, en el momento actual, una tentativa de suicidio según la definición de Bassuk<sup>(15)</sup>: «todo acto que realizado por el paciente constituye una amenaza contra su propia vida o al menos eso aparenta».
- Tener una edad comprendida entre los 13 y 18 años.
- Aceptar, tanto el adolescente como su familia, la participación en el estudio y colaborar suficientemente para completar la evaluación requerida.

Los *Instrumentos de Evaluación* utilizados en el estudio han sido:

- Cuestionario para datos demográficos, clínicos y escolares<sup>(16)</sup>.
- Cuestionario para datos familiares<sup>(16)</sup>.
- Cuestionario de adaptación para adolescentes<sup>(17)</sup>.
- Inventario de la depresión de Beck<sup>(18)</sup>.
- Cuestionario Español de Depresión Infantil<sup>(19)</sup>.
- Escala sobre el concepto de muerte<sup>(20)</sup>.
- Escala de acontecimientos vitales<sup>(21)</sup>.

**Tabla 2** Características de las tentativas de suicidio realizadas por los adolescentes de la muestra

	N	%
- Procedimientos suicidas		
Intoxicación medicamentosa:	43	79,6
Flebotomía:	3	5,6
Precipitación desde altura:	3	5,6
Ahorcamiento:	2	3,7
Flebotomía + Medicamentos:	2	3,7
Flebotomía + Tóxicos:	1	1,9
- Fármacos utilizados		
Benzodiacepinas:	12	26,7
Benzodiacepinas + Analgésicos:	3	6,7
Benzodiacepinas + Otros:	2	4,5
Benzodiacepinas + Neurolépticos:	1	2,2
Analgésicos:	6	13,3
Analgésicos + Otros:	6	13,3
Antidepresivos:	4	8,9
Barbitúricos:	4	8,9
Neurolépticos:	1	2,2
Otros fármacos:	6	13,3
- Gravedad médica		
Leve:	19	35,2
Moderada:	16	29,6
Grave:	8	14,8
Muy grave:	11	20,4
- Tipo de tentativa		
Impulsiva:	31	57,4
Planeada:	13	24,1
Mixta:	10	18,5

- Cuestionario sobre el consumo de drogas<sup>(16)</sup>.
- Cuestionario de personalidad para adolescentes<sup>(22)</sup>.

## RESULTADOS

Las *características de los adolescentes* con tentativa de suicidio se resumen en la tabla 1. La muestra estaba formada por 54 adolescentes, con un claro predominio de las mujeres (79,6%) frente a los hombres (20,4%).

El intervalo de edad elegido para el estudio fue entre 13 y 18 años, situándose la media de edad en 15,6 años, y destacando que más de la mitad de los casos (51,9%) estaban comprendidos en el rango de 14 a 15 años.

El nivel educativo del 48,1% de los adolescentes era Educación General Básica, distribuyéndose el resto

188

**Tabla 3 Factores desencadenantes, objetivo de la tentativa, existencia de nota suicida y actitud posttentativa**

	N	%
- Desencadenantes		
Discusión con los padres:	21	38,8
Problema escolar:	10	18,5
Problema de salud psíquica:	7	13,0
Problemas con la pareja:	6	11,1
Pérdida de ser significativo:	2	3,7
Problemas con los amigos:	1	1,9
Indeterminado:	7	13,0
- Objetivo de la T.S.		
Muerte:	21	38,9
Búsqueda de un cambio:	19	35,2
Ayuda:	5	9,3
Otros:	9	16,6
- Existencia de nota suicida		
Sí:	9	16,7
No:	45	83,3
- Actitud posttentativa		
Racionalización:	14	25,9
Culpabilidad:	13	24,1
Vergüenza:	8	14,8
Negación:	4	7,4
Otras:	15	27,8

entre los estudios de Bachillerato Unificado Polivalente (35,2%) y Formación Profesional (16,7%). En casi la mitad de los adolescentes (48,1%) el rendimiento escolar era considerado como «malo»; es decir, que precisaron repetir algún curso académico, mientras que un rendimiento «muy bueno» se observó solamente en un 7,4% de la muestra.

En la tabla 2 se pueden observar algunas de las *características de la conducta suicida*. La autointoxicación medicamentosa fue el método o procedimiento suicida más empleado (79,6%), seguido por las autolesiones en los antebrazos (5,6%) y por la precipitación desde una altura (5,6%). Solamente un 5,6% de los adolescentes utilizaron una combinación de dos métodos. De los 45 adolescentes que utilizaron fármacos en la tentativa de suicidio, la mayoría recurrieron a las benzodiazepinas, bien solas (26,7%) o en asociación (13,4%), siendo los analgésicos la segunda familia de medicamentos más empleados (33,3%). En conjunto, un 26,7% de los adolescentes utilizaron varios fármacos simultáneamente.

**Tabla 4 Antecedentes psiquiátricos del adolescente y tentativas suicidas previas**

	N	%
- Antecedentes de patología psíquica		
Sin antecedentes:	31	57,4
Con antecedentes:	23	42,6
- Tentativas de suicidio previas		
Ninguna:	37	68,5
Una:	11	20,4
Dos:	3	5,5
Tres:	2	3,7
Cuatro:	1	1,9

Hemos considerado cuatro categorías respecto a la gravedad de la situación médica derivada de la tentativa suicida: leve, moderada, grave y muy grave. Aunque la mayoría de los intentos autolíticos fueron «leves» (35,2%) o «moderados» (29,6%), una quinta parte de los casos (20,4%) fueron considerados «muy graves».

Respecto al grado de planificación de la conducta suicida, **hemos distinguido las tres categorías siguientes:** planeada o reflexiva, impulsiva y mixta. El 57,4% de los casos se incluyeron en la categoría de conducta suicida impulsiva, es decir, sin planificación suicida previa, mientras que el 24,1% de los adolescentes reconocía la premeditación del acto autolítico. El 18,5% de los casos fueron considerados como tentativa de suicidio mixta.

También se ha valorado la existencia de *comunicación o verbalización previa* de las intenciones suicidas a personas del entorno del adolescente, así como el grado de conocimiento que tenía la familia acerca de dicha intención suicida. Aun cuando la mayoría no había verbalizado sus intenciones de autolisis (61,1%), un porcentaje estimable sí lo había hecho tanto a la familia (13,0%), como a los amigos (18,5%), o incluso a ambos (7,4%). Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de los padres (16,7%) reconocía sospechar la posibilidad de que el adolescente realizara un acto suicida.

Los *factores desencadenantes* más frecuentes fueron las discusiones con los padres (38,8%), los problemas escolares (18,5%) y los trastornos psicopatológicos (13,0%). En un 13% de los casos no se pudo llegar a precisar la existencia de un claro factor desencadenante de la tentativa (Tabla 3).

**Tabla 5** Antecedentes de conducta suicida en la familia y en el entorno del adolescente

	N	%
- Antecedentes suicidas en la familia		
Madre:	2	3,7
Padre:	1	1,9
Hermano:	2	3,7
Madre y hermano:	1	1,9
Otros familiares:	8	14,8
Sin antecedentes:	40	74,0
- Antecedentes suicidas en el entorno		
Compañeros:	8	14,8
Televisión:	3	5,5
Compañeros y televisión:	2	3,7
Vecinos:	1	1,9
Sin conducta suicida:	40	74,1

Respecto al *objetivo* de la tentativa suicida, hemos considerado como tal la finalidad que explícitamente reconocía el adolescente. La muerte (38,9%) y la búsqueda de un cambio en su situación vital (35,2%) fueron los objetivos más frecuentemente señalados por los adolescentes.

En un pequeño porcentaje de casos (16,7%) fue posible descubrir alguna *nota suicida de despedida* redactada por el adolescente en las horas previas a realizar la tentativa autolítica. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes (83,3%) negaban haber redactado algún tipo de mensaje o nota de despedida.

En las sucesivas entrevistas con el adolescente se evaluó la actitud predominante mantenida con posterioridad hacia la conducta suicida y se intentaron agrupar dichas *actitudes posttentativa* en las cuatro categorías siguientes: racionalización, sentimientos de culpabilidad, vergüenza y mecanismos de negación. Los mecanismos de racionalización (25,9%) y los sentimientos de culpa (24,1%) fueron las actitudes más frecuentes; sin embargo, en un notable porcentaje de casos (27,8%), no fue posible delimitar una actitud predominante, por lo que fueron clasificadas como «otras actitudes».

En la tabla 4 recogemos los *antecedentes de patología psiquiátrica y las conductas suicidas anteriores* del adolescente. El 42,6% de los adolescentes tenían antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico. Aunque la mayoría negaban la existencia de alguna

**Tabla 6** Diagnóstico de los adolescentes con tentativa de suicidio y tratamiento prescrito

	N	%
- Diagnóstico		
Trastorno psicótico:	3	5,6
Episodio depresivo:	10	18,5
Trastorno de adaptación:	10	18,5
Trastorno de la personalidad:	4	7,4
Trastorno disocial:	3	5,5
Otros:	5	9,3
Sin diagnóstico psiquiátrico:	19	35,2
- Tratamiento instaurado		
Psicofarmacológico:	11	20,4
Psicoterapia individual:	9	16,6
Psicoterapia + Farmacológico:	14	25,9
Psicoterapia de grupo:	1	1,9
Seguimiento ambulatorio:	19	35,2

tentativa suicida anterior (68,5%), en el 20,4% de los casos sí admitían una tentativa previa, mientras que solamente uno de los adolescentes había realizado cuatro tentativas suicidas con anterioridad.

En la tabla 5 se resume la presencia de *conductas suicidas en la familia y en el entorno*, según la información aportada por los adolescentes y sus padres. En el 26% de los casos había constancia de suicidio o tentativas de suicidio en la familia del joven. Asimismo, algunos adolescentes reconocían que determinados actos suicidas de su entorno podían haber influido en su decisión autolítica, señalando fundamentalmente la influencia de las conductas suicidas en compañeros (14,8%), en programas de televisión (5,5%), o ambos conjuntamente (3,7%).

Finalmente, resumimos los *diagnósticos establecidos y el tratamiento prescrito* (Tabla 6). Los diagnósticos fueron realizados siguiendo los criterios CIE-10<sup>(2,3)</sup>, agrupándose los distintos trastornos en seis categorías diagnósticas. Las dos categorías que reunían más casos fueron: episodio depresivo (18,5%) y trastorno de adaptación (18,5%), mientras que únicamente en tres casos (5,6%) se realizó un diagnóstico de trastorno psicótico (esquizofrenia o trastorno de ideas delirantes). En 19 adolescentes no se llegó a determinar un trastorno psiquiátrico evidente durante el periodo de seguimiento.

Respecto al tratamiento, en todos los casos fue realizado por los profesionales, psiquiatras y psicólogos,

190 de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos. En 19 casos únicamente se realizó un seguimiento ambulatorio que incluía entrevistas de evaluación y apoyo, sin llegar a precisar tratamiento psicofarmacológico o intervención psicoterapéutica específica. Un 20,4% de los adolescentes recibieron tratamiento psicofarmacológico, otro 16,6% psicoterapia individual, mientras que en el 25,9% de los casos se combinaron ambos métodos terapéuticos.

## DISCUSIÓN

El número relativamente bajo de niños y adolescentes atendidos, por presentar una tentativa de suicidio, en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos durante el periodo de estudio, confirma la impresión, ya apuntada por Pearce y Martin<sup>(24)</sup>, de que sólo un pequeño porcentaje de los jóvenes que realizan una T.S. llegan a recibir asistencia sanitaria especializada.

Hemos encontrado un claro predominio femenino (79,6%) entre los adolescentes que realizan tentativas de suicidio en nuestro medio, con una proporción de 4:1 frente a los varones, siendo esta proporción muy similar a la observada en otros estudios europeos<sup>(25-28)</sup>. Para Lewinsohn y cols.<sup>(29)</sup> esta prevalencia de mujeres sugiere que el sexo femenino es por sí solo un factor de riesgo, de forma que el impacto de los restantes factores de riesgo suicida estaría ampliado.

Respecto a la media de edad encontrada en los adolescentes de nuestro estudio (15,6 años) fue muy similar a la observada por Brown y cols.<sup>(30)</sup>, Razin y cols.<sup>(31)</sup> y Agüero y cols.<sup>(32)</sup>.

El rendimiento escolar fue notablemente deficiente en los adolescentes con tentativa suicida. En este sentido, repetidamente se ha señalado un bajo rendimiento escolar en estos adolescentes<sup>(33)</sup>, con malas relaciones con los profesores<sup>(34)</sup> y problemas disciplinarios<sup>(35)</sup>.

El procedimiento suicida utilizado preferentemente ha sido la intoxicación medicamentosa, seguido por las autolesiones en los antebrazos. Resulta notorio que este predominio es un hecho prácticamente universal, con porcentajes muy similares en los diferentes países, y que a pesar del cambio ocurrido en los métodos de suicidio consumado, se ha mantenido constante en las últimas décadas<sup>(11,28,31,36-39)</sup>.

La mayoría de las tentativas no revistieron una gravedad médica importante, siendo consideradas «leves» o «mode-

radas». Esta menor letalidad y gravedad de las T.S. en la adolescencia, respecto a las del adulto, ha sido señalada con frecuencia en la literatura psiquiátrica<sup>(27,35,40,41)</sup>.

Se confirmó el predominio de conductas suicidas impulsivas durante la adolescencia, ya que un 57,4% de las tentativas de suicidio fueron de carácter repentino, es decir, sin una planificación suicida previa. Este porcentaje es muy similar al 56,4% de tentativas impulsivas observado por Brown y cols.<sup>(30)</sup>, pero notablemente inferior al 97% encontrado por Razin y cols.<sup>(31)</sup>.

Nos parece destacable el elevado número de adolescentes (38,9%) que habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno, aunque, a pesar de ello, solamente el 16,7% de los padres reconocía sospechar las intenciones suicidas de su hijo. En este sentido, Sathyavathi<sup>(42)</sup> encontró que ninguno de los familiares de los 45 jóvenes suicidas por él estudiados sospechaba sus intenciones.

Las discusiones con los padres han sido los factores desencadenantes de la conducta suicida más frecuentes, seguidas de los problemas escolares y los conflictos con la pareja. Estos factores han sido señalados, en distintos países y a lo largo de diferentes décadas, como desencadenantes de la conducta suicida en la adolescencia<sup>(26,28,35,36,38)</sup>.

Estamos de acuerdo con Zivi<sup>(26)</sup> en destacar el carácter banal de los motivos desencadenantes de las T.S. en la adolescencia, siendo incapaces por sí solos de explicar la conducta suicida. Para Rivaille y cols.<sup>(25)</sup> la causa precipitante del gesto suicida es desproporcionada y sólo vendría a significar la gota que hace rebosar la ansiedad latente.

Un elevado porcentaje de adolescentes (38,9%) señalaba la muerte como objetivo de la T.S., mientras que otro 35,2% manifestaba buscar un cambio en su situación vital. Para Hawton y cols.<sup>(43)</sup> una tercera parte de los adolescentes con T.S. hubieran querido morir, mientras que según Kotila<sup>(27)</sup> los objetivos más frecuentes serían escapar o buscar una solución (33%) y la revancha o llamada de atención (24%).

Aunque estudios como los de Garfinkel y cols.<sup>(11)</sup> y O'Donnell y cols.<sup>(44)</sup> encuentran que únicamente entre el 5,3% y el 4% de los jóvenes con tentativa suicida habían escrito notas de despedida, en nuestra casuística un 16,7% de los adolescentes reconocían haber redactado una nota suicida. Para Posener y cols.<sup>(45)</sup> estas notas de despedida escritas por jóvenes hacen referencia, en muchas ocasiones, al «qué será después», confirmando el predominio del pensamiento mágico.

Las actitudes predominantes de los jóvenes tras la tentativa fueron la racionalización (25,9%) y la culpa (24,1%). Estos datos son difíciles de contrastar con los de otros investigadores, ya que este aspecto es raramente analizado, y cuando se hace, las categorías no son equiparables. Así, por ejemplo, Velilla y Serrat<sup>(38)</sup> observan crítica o arrepentimiento en el 77% de los adolescentes e indiferencia en el 22%.

Diversos estudios destacan la importancia de los antecedentes psiquiátricos personales en jóvenes con T.S., así, en Francia, Alléon y cols.<sup>(46)</sup> encuentran que el 21% de estos adolescentes tienen antecedentes psiquiátricos, mientras que según Kotila y Lönnqvist<sup>(40)</sup>, en Finlandia una tercera parte de los jóvenes suicidas habían requerido tratamiento psiquiátrico ambulatorio u hospitalario. Nuestros datos confirman esta opinión, ya que los antecedentes de trastornos psiquiátricos fueron muy frecuentes entre los adolescentes con tentativa de suicidio (42,6%).

Un 31,5% de los adolescentes tenían antecedentes de tentativas de suicidio previas, siendo este porcentaje superior a los encontrados por otros investigadores en nuestro país, y que oscilan entre el 10% y el 20%<sup>(38,41)</sup>.

Nuestros resultados también confirman la existencia de una importante carga suicida en la familia de los adolescentes, ya que en una cuarta parte de los casos existían antecedentes familiares de conducta suicida, aunque estos datos no nos permiten dar respuesta a la debatida cuestión «herencia *versus* imitación». Dicho porcentaje es también superior al 5-10% observado por otros investigadores en España<sup>(32,38)</sup>, aunque algunos estudios franceses<sup>(26,37)</sup> señalan que casi el 40% de los adolescentes con T.S. tienen antecedentes familiares de tentativa de suicidio o suicidio consumado. El hecho de que el 25,9% de los adolescentes de la muestra reconocieran una cierta influencia en su decisión autolítica de suicidios ocurridos en el entorno, subraya el destacado papel desempeñado por la imitación en la conducta suicida de los jóvenes<sup>(47-49)</sup>.

Respecto al abordaje terapéutico, en la mayoría de los casos (64,8%) fue preciso instaurar algún tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico específico, mientras que en el 35,2% restante se realizó un seguimiento clínico ambulatorio que incluía entrevistas de evaluación y apoyo.

Existe en la bibliografía una gran controversia acerca de la verdadera importancia de los trastornos psicopatológicos en la conducta suicida del adolescente, ya que

algunos autores consideran las tentativas de suicidio como el resultado de problemas menores de adaptación con la familia o con los compañeros<sup>(50)</sup>, mientras que otros opinan que son el reflejo de una grave psicopatología<sup>(51)</sup>. Según nuestros resultados, en un elevado porcentaje de casos (64,8%) se llegó a realizar un diagnóstico psiquiátrico utilizando criterios CIE-10. Los diagnósticos más frecuentes fueron episodios depresivos (18,5%) y trastornos de adaptación (18,5%), seguidos de trastornos de personalidad (7,4%).

Para otros investigadores, los diagnósticos más frecuentes en adolescentes con tentativa de suicidio serían: trastornos de ansiedad<sup>(32)</sup>, trastornos afectivos<sup>(52)</sup>, trastornos de conducta<sup>(53)</sup> y trastornos de adaptación<sup>(54)</sup>, siendo difíciles los análisis comparativos debido a la distinta procedencia de las muestras y a la disparidad de criterios diagnósticos utilizados. Sin embargo, nuestros resultados coinciden con los de Davidson y Choquet<sup>(37)</sup>, Zivi<sup>(26)</sup> y Kotila<sup>(27)</sup> en el pequeño porcentaje de adolescentes con tentativa de suicidio diagnosticados de trastorno psicótico.

Finalmente, en el 35,2% de los casos de nuestra muestra no se llegó a constatar la existencia de un trastorno mental específico durante el periodo de evaluación, siendo dicho porcentaje muy similar al encontrado por Davidson y Choquet<sup>(37)</sup>.

A la luz de los resultados obtenidos podemos concluir que el perfil de los adolescentes que realizan una tentativa de suicidio en nuestro medio social es el siguiente: una chica de alrededor de 15 años, con un pobre rendimiento escolar, que realiza la tentativa suicida de forma repentina, mediante la sobreingesta de algún fármaco. Frecuentemente las discusiones con los padres actúan de factores desencadenantes y en casi la mitad de los casos existen antecedentes personales de patología psíquica en el adolescente.

Consideramos por último, que el conocimiento de estas características de los adolescentes que realizan tentativas de suicidio, es fundamental para definir grupos de riesgo suicida que se puedan beneficiar de programas preventivos específicos<sup>(55)</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Al Fondo de Investigación Sanitaria por la ayuda concedida al desarrollo de una parte de este estudio (Números de expediente: 92/5509 y 93/5359).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sartorius N. Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. *Psicopatología* 1985;5:81-84.
- 2 Kanner L. *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1948.
- 3 Blumenthal SJ. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psych Clinics North Am* 1990;13:511-554.
- 4 Instituto Nacional de Estadística. *Estadística del suicidio en España*. Madrid: INE, 1976-1991.
- 5 Morandé G, Carrera M. Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil. *Jano* 1985;29(666):1848-1859.
- 6 Joffe RT, Offord DR, Boyle MA. Ontario child health study: Suicidal behavior in youth age 12-16 years. *Am J Psychiatry* 1988;145:1420-1423.
- 7 Pfeffer CR, Zuckerman S, Plutchik R y cols. Suicidal behaviour in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:416-423.
- 8 Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992;149:41-44.
- 9 Robins E. Urgencias psiquiátricas. En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989.
- 10 Pfeffer CR. Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatr Clinics North America* 1989;12:861-872.
- 11 Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982;139:1257-1261.
- 12 Brent DA, Kalas R, Edlebrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover N. Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:666-673.
- 13 Berman AL, Jobes DA. *Adolescent suicide. Assessment and intervention*. Washington: American Psychological Association, 1991.
- 14 Ayuntamiento de Madrid. *Avance del Anuario Estadístico 1990*. Madrid: Departamento de Estadística, 1991.
- 15 Bassuk EL. Emergency care for suicidal patients. En: Bassuk EL, Birk AW. *Emergency Psychiatry*. New York: Plenum Press, 1984.
- 16 González-Seijo JC. *Tentativas de suicidio en la adolescencia* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 1995.
- 17 Bell HM. *Cuestionario de adaptación para adolescentes. Manual*. Barcelona: Herder, 1991.
- 18 Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports* 1974;34:1184-1186.
- 19 Rodríguez Sacristán J, Cardoze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez Ríos J. Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (C.E.D.I.) Modificado de Kovacs y Beck. *Rev Neuropsiquiatría Infantil* 1984;2:65-74.
- 20 Pfeffer CR. *The suicidal child*. New York: The Guilford Press, 1986.
- 21 Mardomingo MJ, González S. Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años. *Rev Psiq Inf* 1990;(2):123-134.
- 22 Seisdedos N. *HSPQ. Cuestionario de personalidad para adolescentes de R.B. Cattell y M.D. Cattell. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, 1989.
- 23 Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10*. Madrid: Meditor, 1992.
- 24 Pearce CM, Martin G. Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:409-414.
- 25 Rivaille C, Belle F, Thiot C, Goulon M. Tentatives de suicides d'adolescentes. Étude de 70 cas. *Sem Hôp Paris* 1970;46(17):1141-1147.
- 26 Zivi A. Les facteurs des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Pediatr (Paris)* 1986;33(6):503-506.
- 27 Kotila L. Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:436-443.
- 28 Bergstrand CG, Otto U. Suicidal attempts in adolescence and childhood. *Acta Paediatrica* 1962;51:17-26.
- 29 Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(1):60-68.
- 30 Brown LK, Overholser J, Spirito A, Fritz GK. The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(1):95-99.
- 31 Razin AM, O'Dowd MA, Nathan A, Rodríguez I, Golfield A, Martin Cy cols. Suicidal behavior among inner-city hispanic adolescent females. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13:45-58.
- 32 Agüero A, Catalá MA, Hernández M, Cuquerella MA, Llorens P, Pérez F, Agüero C. Estudio de las tentativas suicidas en adolescentes con trastornos psiquiátricos. *Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: SEPIJ, 1994.
- 33 Del Barrio V. Factores de riesgo en el suicidio infantil. *Jano* 1985;29(666):1873-1878.
- 34 Brooksbank DJ. Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. *Br J Psychiatry* 1985;146:459-463.
- 35 Barter JT, Swaback DO, Todd D. Adolescent suicide attempts. A follow-up study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry* 1968;19:523-527.
- 36 Connell HM. Attempted suicide in schoolchildren. *Med J Aust* 1972;1:686-690.

- 37 Davidson F, Choquet M. Apport de l'épidémiologie à la compréhension et la prévention du suicide de l'adolescent. *Rev Neuropsych Infant* 1978;**26**(12):683-691.
- 38 Velilla JM, Serrat D. Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia. *Rev Psiq Inf* 1990;(2):83-95.
- 39 Hawton K, Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry* 1992;**161**:816-823.
- 40 Kotila L, Lönnqvist J. Adolescent suicide attempts 1973-1982 in the Helsinki area. *Acta Psiquiatr Scand* 1987;**76**:346-354.
- 41 Mardomingo MJ, Catalina ML. Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿un problema en aumento? *Pediátrika* 1992;**12**:118-121.
- 42 Sathyavathi K. Suicide among children in Bangalore. *Indian Pediatr* 1975;**42**:149-157.
- 43 Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 1982;**141**:286-291.
- 44 O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Suicide notes. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:45-48.
- 45 Posener JA, Lahaye A, Cheifetz PN. Suicide notes in adolescence. *Can J Psychiatry* 1989;**34**:171-176.
- 46 Alléon AM, Morvan O, Facy F. Tentative de suicide a l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 1991;37216 H<sup>10</sup>: 1-7.
- 47 Motto JA. Suicide and suggestibility - the role of the press. *Am J Psychiatry* 1967;**124**:252-256.
- 48 Steede KK, Range LM. Does Television induce Suicidal contagion with adolescents? *J Commun Psychology* 1989;**17**:166-172.
- 49 González-Seijo JC, Ramos YM, Lastra I, De Dios JL, Carbonell C. Suicidio juvenil y medios de comunicación. *Psicopatología* 1993;**13**:168-172.
- 50 Jacobs J. *Adolescent suicide*. New York: Wiley-Interscience, 1971.
- 51 Hudgens RW. *Psychiatric disorder in adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1974.
- 52 Mardomingo MJ, Catalina ML, Hernández P. Curso clínico de los intentos de suicidio: seguimiento longitudinal a lo largo de 8 años. *Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: SEPIJ, 1994.
- 53 Trautman PD, Rotheram-Borus MJ, Dopkins S, Lewin N. Psychiatric diagnoses in minority female adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**(4):617-622.
- 54 Mattson A, Seele LR, Hawkins JW. Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch Gen Psychiatry* 1969;**20**:100-109.
- 55 González-Seijo JC Ramos YM, Lastra I, De Dios JL, Avellanosa I, Carbonell C. Diseño de un programa de prevención del suicidio en la adolescencia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;**22**(3):100-108.

**M.L. Mediano Cortés<sup>1</sup>**  
**A. Polaino-Lorente<sup>2</sup>**  
**R. Martínez Arias<sup>3</sup>**

- 1 Clínica Psiquiátrica Ntra. Sra. de la Paz  
Hermanos de San Juan de Dios. Madrid
- 2 Cátedra de Psicopatología  
Universidad Complutense de Madrid.
- 3 Cátedra de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.  
Universidad Complutense de Madrid

**Correspondencia:**

María Luz Mediano Cortés  
Clínica Psiquiátrica Ntra. Sra. de la Paz  
López de Hoyos, 259; 28043 Madrid

Adaptación española de la  
*children's depression rating  
scale-revised* y su aplicación  
diagnóstica en población general  
escolar: estudios de fiabilidad y  
validez

*Spanish adaptation of CDRS-R  
and its diagnostic application in  
general school-aged population.  
Reliability and validity studies*

**RESUMEN**

La CDRS-R es un instrumento de evaluación-clínica diseñado para medir la presencia y severidad de depresión en niños entre los 6 y 12 años. El presente estudio informa sobre algunas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez de la CDRS-R, en su versión castellana, tras su administración a una muestra de 1.309 niños de ambos sexos, extraída de la población general escolar madrileña de 3º, 4º y 5º curso de Educación General Básica.

El elevado grado de acuerdo inter-evaluadores y los valores de los coeficientes de consistencia interna, indican la *fiabilidad* de la CDRS-R.

Los *índices de homogeneidad* de los 17 ítems de la CDRS-R en relación a la puntuación total, indican que miden el mismo contenido psicopatológico.

Las correlaciones entre la «puntuación total» de la CDRS-R y la evaluación clínica mediante los criterios del DSM III R, indican la *validez referida a criterio* del instrumento (*predictiva* y *concurrente*). Distintas evidencias operacionalizadas tanto de la conducta depresiva «verbal» como «no verbal», evaluadas con la CDRS-R, permiten inferir la presencia de depresión infantil (*validez de constructo*). La fiabilidad de los resultados aquí analizados, y las distintas evidencias

de validez, permiten considerar a la CDRS-R como un instrumento científico de evaluación de la depresión infantil.

**PALABRAS CLAVE**

Evaluación de depresión infantil; Diagnóstico; Instrumentos de evaluación; CDRS-R; Fiabilidad y Validez.

**ABSTRACT**

*The Children's Depression Rating Scale Revised (CDRS-R) is a clinician-rated instrument for the assessment of the presence and severity of depression in children between 6 and 12 years old.*

*This study reports on some of the psychometric properties of reliability and validity of the CDRS-R, applied to a sample of 1.309 children of both sexes pulled out among a school-aged population of Madrid (3º, 4º and 5º educative level of EGB).*

*The great agreement inter-observers and the coefficients value of internal consistency, show the reliability of the CDRS-R.*

*The homogeneity rates of the CDRS-R 17 items in relation to its total score, indicate us that they measure the same psychopathologic contents. The correlations between the CDRS-R total and the clinical assessment by means of DSM-III-R criteria show the criterion-related validity of that instrument (predictive and concurrent). Several operative evidences of «verbal» and «nonverbal» behavior assessed by means of CDRS-R, allow us to infer the presence of children depression (construct validity). The reliability of results found in this study and the several evidences of validity, allow to consider CDRS-R like a scientific instrument of children depression assessment.*

#### KEY WORDS

*Childhood depression assessment; Clinician-rated instrument; CDRS-R; Studies of the reliability and validity.*

#### INTRODUCCIÓN

«La depresión infantil, ¿es algo que está desde antiguo entre nosotros, o se trata de algo nuevo y perturbador que se ha introducido en la vida humana? ¿es una moda científica o es un estilo nuevo de enfermar en la infancia?»<sup>(6)</sup>.

Estas cuestiones, descartando de entrada que estamos ante una moda, pueden servir para despertar el interés por este tema, pero las razones que nos llevan al estudio de la depresión en la infancia, hay que buscarlas en causas más complejas, que nacen de los importantes cambios neurobiológicos y conductuales que se producen a lo largo de esta edad, así como de las diferentes demandas y expectativas que la familia y la propia sociedad van a plantear al niño<sup>(22,39)</sup>.

El interés que este tema despertó en los años sesenta, ha aumentado progresivamente siendo, en estos momentos, uno de los núcleos centrales en la investigación de la psicopatología infantil<sup>(24,27,28)</sup>.

Actualmente, la mayoría de los psiquiatras infantiles admiten la existencia de la depresión infantil como una entidad clínica independiente, con distintos grados de severidad, que puede presentarse en distintas formas y

aparecer desde edades muy tempranas. Ahora bien, a pesar del acuerdo mayoritario en la conceptualización de la depresión infantil como un síndrome, su diagnóstico sigue siendo difícil y controvertido, lo que lleva a que, tanto clínicos como investigadores, dirijan sus esfuerzos fundamentalmente hacia la búsqueda de un mayor esclarecimiento en el diagnóstico de la depresión en la infancia, ya que quedan aún muchas cuestiones por resolver.

Por otro lado, también hay que decir que el reiterado vacío en las revisiones más recientes de las clasificaciones diagnósticas internacionales de las enfermedades mentales (ICE-10, DSM-III-R y DSM-IV), contribuye a que la depresión infantil sea todavía una entidad clínica problemática y no bien definida hasta el momento, dificultando su comprensión y dando lugar, no pocas veces, a confusiones.

Aunque, hoy por hoy, las distintas corrientes científicas evalúan de modo diferente, la clínica depresiva en los niños, podemos decir, que según los resultados y las pruebas que aportan los distintos investigadores parecen coincidir en señalar que: 1) Existe sin lugar a dudas un síndrome clínico de depresión infantil cuyos síntomas esenciales se manifiestan de manera similar a como se presentan en el síndrome depresivo del adulto; 2) Además, es cierto que muchos niños presentan una sintomatología asociada, que puede dificultar el diagnóstico real y primario de depresión, pero no «enmascarar» dicha sintomatología esencial; 3) Es lógico pensar que la expresión clínica de la sintomatología depresiva en el niño, se vea afectada por el desarrollo.

En esta dirección, sí parece probada por ejemplo, una tendencia, en la medida en que el niño se hace mayor, a sustituir los síntomas somáticos por psicológicos, más específicos de la depresión en el adulto<sup>(32)</sup>.

Nuestra opinión es que la nosología de la depresión en el adulto actualmente vigente, no puede trasladarse sin ninguna matización al ámbito infantil. La depresión en el niño, al menos sintomatológicamente, es algo distinto a la depresión en el adulto<sup>(32)</sup>. La edad es una variable no sólo interviniente, sino moduladora, más aún, configuradora del modo en que se manifiesta clínicamente la depresión en cada momento evolutivo<sup>(18)</sup>.

En cualquier caso, la edad es una variable que debe tenerse en cuenta a la hora de detectar o diagnosticar un trastorno depresivo en un niño. Y quizá esto, que puede ser lo más difícil a la hora de delimitar el cuadro clínico de la depresión infantil, es lo que, por otro lado, abre

196 nuevas tentativas diagnósticas: técnicas de observación conductual, aplicación de escalas y cuestionarios específicos de evaluación, pruebas neurofisiológicas y de neuroimagen, determinaciones bioquímicas, neuroinmunológicas, etc.<sup>(1,13,23,30,38,39,47)</sup>.

Por lo tanto desde el punto de vista conceptual y a modo de síntesis, se puede decir que la depresión infantil en la actualidad es considerada como un trastorno básico del estado de ánimo, que puede ser triste (*melancólico*) o irritable (*disfórico*), con pérdida de interés en todas o casi todas las actividades (*anhedonia*), de etiología variable, de la que se pueden inferir elementos genéticos, biológicos, ambientales, sociales, familiares y de la personalidad; de curso y clínica variables, en ocasiones equiparable al trastorno del adulto, y con abundancia de síntomas asociados, característicos de cada fase o etapa del desarrollo, que modularán su expresión clínica en función del nivel evolutivo alcanzado.<sup>(12,17,19,20,29,38,39,48)</sup>

La vieja polémica entre sintomatología y estructura continúa viva debido al peso que las estructuras del desarrollo arrojan sobre las manifestaciones sintomatológicas depresivas.

El síndrome depresivo está compuesto de signos y síntomas en las áreas *afectiva, cognitiva, psicomotora y vegetativa*.

Sin embargo, la participación de estas esferas puede ser expresada de forma diferente según la edad e incluso según el sexo.

Por otro lado, hay que decir que todavía no está claro si estas manifestaciones sintomatológicas implican, forzosamente o no, la existencia de una estructura psicopatológica de tipo depresivo.

La gran versatilidad de los síntomas psicopatológicos infantiles, pueden fundamentar más de un diagnóstico, pero aunque no es éste el momento de poder profundizar en este tema, sí queremos resaltar los riesgos que tiene el empleo del llamado «doble diagnóstico», en cuanto a la posibilidad de enmascarar la entidad clínica. Esto conduce al planteamiento de que quizá, en muchas ocasiones, lo más coherente para el clínico será reconocer honradamente que el niño presenta unas alteraciones que a veces no es posible considerarlas como una entidad clínica independiente. Puede ser más conveniente, en algunos casos, hablar de síntomas, signos o conductas, y no de diagnósticos<sup>(36)</sup>.

Al margen de las cuestiones que quedan por resolver, en cuanto a la determinación clínica del cuadro

depresivo infantil, hay que decir que gracias al enfoque clínico-conductual se han realizado notables avances en los estudios neurobiológicos, cognitivos e incluso genéticos, que han servido entre otras cosas, para comprender mejor la necesidad de una concepción multidimensional a la hora de enfocar el diagnóstico del síndrome depresivo infantil, lo cual proporcionará mayor precisión y rigor, en el momento de la evaluación.

Por otra parte, es importante señalar que sería un grave error pretender llegar a un diagnóstico de depresión infantil a partir de una sola fuente de información o de un único procedimiento de evaluación. La información del estado afectivo del niño por las personas relacionadas con él (padres, tutores, educadores, compañeros de colegio, etc.) se considera importante, pero no debe olvidarse que la información proporcionada por el propio niño, tanto verbal como no verbal (expresión postural, tono de voz, tempo del habla, facies, nivel de actividad, etc.), es siempre prioritaria<sup>(6)</sup>.

Para finalizar esta introducción, resaltar dos aspectos concretos en la especificidad de la evaluación diagnóstica en la depresión infantil: por un lado, la veracidad del niño como informador de su sintomatología afectiva, confirmada ya por numerosos estudios<sup>(7,12,14,21,38-40,42,44,46)</sup>; y por otro lado, la influencia determinante y altamente interviniente en el desarrollo del niño, de los contextos en los que habitualmente se desenvuelve, fundamentalmente el familiar y el escolar<sup>(4,5,19,33,45)</sup>.

Este último aspecto manifiesta la importancia de analizar las conductas psicopatológicas infantiles en los lugares («*settings*») en los que éstas se producen, a fin de minimizar los efectos de distorsión provocados por los fenómenos de exploración en contextos artificiales o de laboratorio.

Poznanski y cols.<sup>(45)</sup>, lo expresan con las siguientes palabras: «...*Children in psychiatric settings are more likely to give guarded responses or withhold information than in nonpsychiatric settings such as schools*».

La importancia del colegio en la evaluación de la depresión infantil, es un aspecto valorado y estudiado cada día más en paidopsiquiatría, y que algunos autores lo denominan «*contexto académico, como factor situacional*»<sup>(33)</sup>. Según estos mismos autores, hay alteraciones psicopatológicas de la infancia, que sólo se manifiestan en casa, mientras que otras lo hacen principal, pero no exclusivamente, en la escuela. Incluso allí, unas se expresan únicamente en el aula, mientras que otras aparecen durante el recreo, cuando el niño se interrelaciona con sus compañeros.

En definitiva, la valoración del contexto, como determinante situacional, dota de mayor validez la evaluación de la depresión infantil en la fase de análisis, y por consiguiente, aporta mayor certeza y solidez a las decisiones posteriores de intervención o de tratamiento<sup>(19)</sup>.

Ahora bien, nunca habrá que olvidar, de cara al diagnóstico de depresión infantil, el papel primordial de la anamnesis familiar y personal, el examen pediátrico, las determinaciones de laboratorio, etc., e incluso, como indican Poznanski y cols.<sup>(45)</sup>, la conveniencia de utilizar otros criterios diagnósticos como el DSM-III-R o el RDC-R.

En los casos en que el diagnóstico es seguro, la CDRS-R puede ser de gran utilidad como base para un seguimiento en el tiempo del niño.

El trabajo que presentamos a continuación, encabeza los resultados de una investigación de mayores dimensiones, que engloba una serie de análisis estadísticos seleccionados como proceso de validación de la CDRS-R en su versión castellana, y que es nuestro propósito ofrecer en próximas publicaciones.

El objetivo de este primer trabajo es verificar, en una población general de escolares madrileños de ambos sexos, que la *Children's Depression Rating Scale Revised*<sup>(45)</sup> en su versión castellana, es un instrumento científico de evaluación, capaz de medir la *presencia y severidad* de la depresión en niños prepuberales de 8 a 11 años de edad; y demostrar, que puede ser además, una prueba adicional de gran utilidad en el diagnóstico clínico de depresión infantil, a través de la información que se recoge directamente del niño mediante dicha entrevista, tanto de su conducta verbal como no verbal.

Para demostrar su acreditación como tal instrumento científico de evaluación diagnóstica, en el estudio de *validación (criterio, contenido, constructo)*, se han empleado los criterios sintomatológicos del DSM-III-R.

## MÉTODO

### Sujetos

En el presente estudio han sido evaluados directamente 1.309 niños de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 8 y 11 años, que en el momento del estudio cursaban 3º, 4º o 5º de EGB en colegios de Madrid, de enseñanza pública, privada y concertada. La

participación tanto de los colegios como de sus alumnos, fue voluntaria y las respuestas de los niños se custodiaron con la exigida confidencialidad.

La composición de la muestra fue determinada mediante un muestreo aleatorio estratificado y proporcional a la población diana, según el tipo de enseñanza, resultando así un 33% de escolares de la pública (N = 432), un 54% escolares de la concertada (N = 705) y un 13% de la privada (N = 172), y el curso escolar (3º, 4º y 5º de EGB). En total resultaron, 648 niños y 661 niñas.

Considerando el total de la población como infinito, en términos estadísticos, y por ser ésta lo suficientemente restrictiva, dentro de los cánones habituales, se estimó como válido un valor de precisión con un error inferior a  $e = 0,028$  y con un riesgo de  $\alpha = 0,05$ . En las proporciones de respuesta se ha estimado un error inferior a  $\pm 10\%$ .

### Instrumento

Los 1.309 niños han sido evaluados con la *Children's Depression Rating Scale-Revised*<sup>(44)</sup>.

La CDRS-R es una entrevista clínica semiestructurada diseñada por sus autores para medir la presencia y severidad de depresión en niños entre los 6 y 12 años de edad.

La CDRS-R está constituida por 17 ítems: 14 son evaluados en base a las respuestas de los niños a las siguientes preguntas estandarizadas:

1) rendimiento en el trabajo escolar, 2) anhedonia, 3) retraimiento social, 4) alteraciones en el sueño, 5) cambios en el apetito, 6) fatiga excesiva, 7) quejas somáticas, 8) irritabilidad, 9) culpabilidad patológica, 10) disminución de la autoestima, 11) sentimientos depresivos, 12) ideación mórbida, 13) ideación suicida, y 14) llanto excesivo.

Los tres ítems restantes de la CDRS-R deben ser evaluados por el clínico en base a la conducta «no verbal» que presenta el niño durante la entrevista: 15) *afecto deprimido*, 16) *tempo del habla*, y 17) *hipoactividad*.

Cada ítem de la CDRS-R es puntuado según el grado de severidad reflejado por las respuestas del niño entrevistado a las preguntas del clínico. Para los ítems: *alteraciones del sueño, cambios en el apetito y tempo del habla*, la puntuación es una escala numérica de 1 a 5; el valor de 1 indica ausencia de signos patológicos y un valor de 5 en estos tres ítems, indica patología severa;

198 para el resto de los 14 ítems de la CDRS-R, la evaluación se realiza en base a una escala numérica de 1 a 7; cuando una respuesta es puntuada con 1, se quiere indicar ausencia de signos patológicos; una puntuación de 7 indica patología severa.

Según Poznanski y cols.<sup>(45)</sup>, un valor de 3 indica afectación *leve* del síntoma. Un valor de 4, sintomatología *entre leve y moderada*. Un valor de 5 o más, en cualquiera de los ítems, *presencia de sintomatología psicopatológica clara*.

Esta entrevista semi-estructurada está fundamentalmente diseñada, como ya se ha dicho, para ser aplicada a niños de 6 a 12 años de edad, pero también puede ser administrada a los padres, profesores, trabajadores sociales, o a otras personas que puedan informar sobre el estado afectivo del niño. Cuando la entrevista es administrada a otras personas que no son el propio niño, no se evalúan los tres últimos ítems (conducta «no verbal»).

La duración aproximada de la entrevista es entre 20 y 30 minutos. Como es lógico, en el caso de que el niño presente algún síntoma, este tiempo se verá prolongado.

#### **Normas para aplicación de la prueba:**

- 1) Según indicaciones de los autores en la primera versión de la CDRS-R<sup>(42)</sup>, cada niño debe ser valorado, simultáneamente, por dos evaluadores clínicos, un entrevistador y un observador, que después de la entrevista puntuarán, independientemente, cada uno de los ítems para posteriormente, mediante la suma de éstos, obtener la puntuación total de la CDRS-R. De este modo, resultarán dos evaluaciones del mismo sujeto y en el mismo momento, la del entrevistador y la del observador. Después discutirán las posibles discrepancias entre sus valoraciones, puntuando de nuevo la CDRS-R de modo conjunto, obteniendo una tercera evaluación del sujeto. La evaluación global de la CDRS-R, tiene cinco posibles resultados diagnósticos: 1 no depresión; 2 depresión dudosa; 3 depresión media; 4 depresión moderada; 5 depresión severa.
- 2) La entrevista ha de llevarse a cabo con el consentimiento voluntario del niño, en ningún caso debe realizarse de un modo impositivo.
- 3) Cualquier entrevistador que utilice la CDRS-R, tiene que esforzarse en adaptar su lenguaje a la edad del niño, así como a su nivel socio-cultural.
- 4) El estilo escalar de evaluación, maximiza la valoración clínica, pero requiere un entrenamiento siste-

mático por parte del clínico y una utilización apropiada y cautelosa de las definiciones de contenido psicopatológico en las que se basa la evaluación.

- 5) El entrevistador debe crear un ambiente distendido en la entrevista, pero al mismo tiempo tiene que evitar elicitar respuestas en el niño, que son supuestamente normales o que por el contrario, se esperan de un niño con trastornos de tipo depresivo.
- 6) Según nuestra experiencia<sup>(26)</sup>, en los estudios de campo para detectar sintomatología depresiva en los ámbitos escolares, se aconseja no mostrar excesiva resonancia afectiva, tanto positiva como negativa. En el primer caso, hay que tener en cuenta que si el niño crea una relación afectiva demasiado intensa, puede acusar la «separación» con respecto al entrevistador, ya que posiblemente no volverá a entrevistarse con el niño. En el segundo caso, mostrar extrañeza o sorpresa ante una respuesta del niño, puede hacer que oculte otros síntomas depresivos, o de cualquier otro tipo, que resultaría beneficioso para el niño verbalizar, para poder recibir la ayuda necesaria.

#### **Procedimiento**

El tamaño de la muestra del presente trabajo de campo, exigió la selección de un equipo de investigación con los conocimientos suficientes sobre la depresión infantil, que fue esmeradamente adiestrado en el manejo de la CDRS-R por el clínico responsable de este estudio, con experiencia en el empleo de la CDRS-R en niños.

Cada uno de los niños del presente estudio ha sido evaluado individualmente, en su ámbito escolar habitual, empleando la CDRS-R, por dos miembros del equipo investigador: un entrevistador y un observador. En todos los casos, el entrevistador formulaba las preguntas al niño, en presencia de un observador que tomaba nota escrita de las respuestas.

A continuación y en ausencia del niño, siguiendo las indicaciones de los autores de la CDRS-R, entrevistador y observador evaluaban por separado cada uno de los 17 ítems contestados; y, finalmente, ambos realizaban una evaluación conjunta del niño, discutiendo las posibles discrepancias en sus puntuaciones individuales, obteniendo así una tercera evaluación del niño en los 17 ítems de cuya suma se obtendrá una puntuación total de la CDRS-R.

**Tabla 1** Media y desviación típica en la puntuación de los ítems de la CDRS-R

Nº Item	Contenido del ítem	Media	Desviación típica	Casos
E 1	Trabajo escolar	1,6417	1,1424	1309,0
E 2	Anhedonia	1,6348	1,0975	1309,0
E 3	Retraimiento social	1,6035	1,0365	1309,0
E 4	Insomnio	1,6066	1,0667	1309,0
E 5	Cambios apetito	1,3545	0,7489	1309,0
E 6	Fatiga excesiva	1,4668	1,0352	1309,0
E 7	Quejas somáticas	1,5966	1,0762	1309,0
E 8	Irritabilidad	1,9228	1,1263	1309,0
E 9	Culpabilidad	1,5332	0,9203	1309,0
E 10	Autoestima	1,9595	1,3688	1309,0
E 11	Sentimientos depresivos	1,6898	1,0456	1309,0
E 12	Ideación mórbida	1,9251	1,2073	1309,0
E 13	Ideación suicida	0,9244	0,5940	1309,0
E 14	Llanto	1,5646	1,0535	1309,0
E 15	Afecto deprimido	1,5355	1,0621	1309,0
E 16	Tempo del habla	1,3132	0,7376	1309,0
E 17	Hipoactividad	1,1872	0,6643	1309,0

*N* = 1,309

En un momento y lugar distinto, en ausencia de los resultados obtenidos con la CDRS-R, el clínico responsable de este trabajo, aplicó individualmente los criterios sintomatológicos del DSM-III-R para la distimia y el episodio de depresión mayor a las respuestas que se tenían registradas por escrito de cada niño, quedando la muestra total (*N* = 1.309) formada por tres grupos: niños control 87,47% (*N*<sub>1</sub> = 1.145), niños distímicos 6,64% (*N*<sub>2</sub> = 87) y niños depresivos 5,88% (*N*<sub>3</sub> = 77).

En síntesis, de cada sujeto de la muestra, se obtuvieron cuatro exploraciones y valoraciones distintas de la posible presencia de sintomatología depresiva: tres evaluaciones distintas empleando la CDRS-R (entrevistador, observador y la conjunta de ambos) y una evaluación clínica empleando los criterios del DSM-III-R.

Junto con las variables obtenidas con la CDRS-R (puntuación de los 17 ítems y puntuación total de la CDRS-R) del entrevistador, observador y conjunta, y la evaluación clínica obtenida con el DSM-III-R, se recogieron en una base de datos computarizada, las siguientes variables alfanuméricas de cada sujeto: edad (de 8 a 11 años), sexo, nivel educativo (3º, 4º y 5º de EGB), y tipo de enseñanza escolar (pública, concertada y privada).

En el tratamiento estadístico de los datos se trabajó con las puntuaciones directas de la CDRS-R. La evalua-

ción con el DSM-III-R, se codificó numéricamente con un 1 para los controles, un 2 para los distímicos y un 3 para los depresivos.

La variable «sexo», se codificó con un 1 para los niños y un 2 para las niñas. Y la variable «tipo de colegio», con 1 para los colegios concertados, un 2 para los privados y un 3 para los colegios públicos. Con las variables numéricas «edad» y «curso», se trabajó directamente. Todos los datos obtenidos de cada sujeto de la muestra (60 variables numéricas y alfanuméricas; 1.309 sujetos) fueron tabulados en ordenador PC en un fichero del programa DBASE-IV.

Para proceder al tratamiento estadístico de los datos, esta información se transformó, mediante la instrucción correspondiente del SPSS/PC+, en un fichero activo de este programa, con el que se han realizado todos los análisis estadísticos de este trabajo<sup>(25)</sup>.

## RESULTADOS

### Consistencia interna de la CDRS-R y homogeneidad de los ítems

La *media* de la «puntuación total» en la CDRS-R, en base a las puntuaciones obtenidas en todos los sujetos

**Tabla 2** Validez de los ítems. Coeficiente de homogeneidad y consistencia interna de la CDRS-R

Item	Media sin el ítem	Varianza sin el ítem	Correlación ítem/total	Coef. alpha sin el ítem
E 1	24,8182	94,0694	0,5040	0,8816
E 2	24,8251	90,7668	0,6969	0,8737
E 3	24,8564	92,0757	0,6733	0,8749
E 4	24,8533	96,1298	0,4435	0,8837
E 5	25,1054	100,7167	0,3504	0,8859
E 6	24,9931	93,6689	0,5890	0,8781
E 7	24,8633	93,8765	0,5518	0,8795
E 8	24,5371	94,5730	0,4886	0,8821
E 9	24,9267	97,6475	0,4426	0,8833
E 10	24,5004	88,0514	0,6469	0,8758
E 11	24,7701	92,4463	0,6467	0,8759
E 12	24,5348	92,8132	0,5276	0,8808
E 13	25,5355	102,6495	0,2942	0,8871
E 14	24,8953	95,2085	0,4973	0,8816
E 15	24,9244	92,2810	0,6437	0,8759
E 16	25,1467	99,0366	0,4743	0,8827
E 17	25,2727	99,7734	0,4769	0,8829

Coeficiente de fiabilidad:  $N^{\circ}$  de casos: 1,309;  $N^{\circ}$  de ítems: 17; Alpha: 0,8867;  $F= 128,475$ ;  $p < 0,0000$ .

de la muestra estudiada ( $N= 1.309$ ) resultó ser de 26,4645, en las evaluaciones del entrevistador (E); 26,3018, en las evaluaciones del observador (O); y 26,5569, en la evaluación conjunta (C), con una *desviación típica* de 10,3162 (E), 10,2218 (O) y 10,2983 (C), respectivamente. Los estadísticos de forma (*kurtosis y skewness*) de las tres distribuciones de datos, resultaron ser también muy similares, presentando en los tres casos un fuerte *índice de apuntamiento (kurtosis)*: (E), 2,2793, (O), 2,3576 y (C), 2,2510. El *índice de asimetría (skewness)*, en los tres casos presenta una «cola» prolongada hacia la derecha o asimetría positiva (sesgo): (E), 6,6055, (O), 7,1181 y (C) 6,5221.

Los resultados de estos estadísticos descriptivos, en concreto la media y el sesgo, eran de esperar si pensamos que la variable «puntuación total» en la CDRS-R (entrevista diseñada para medir la presencia y severidad de sintomatología depresiva), ha sido obtenida en sujetos de una población general, evaluados en su ámbito escolar habitual, un día lectivo cualquiera; es decir, la mayoría eran niños supuestamente asintomáticos, respecto a la distimia o al episodio de depresión mayor, según criterios del DSM-III-R.

Por tanto, si el instrumento es fiable, la gran mayoría obtendrá puntuaciones bajas en la CDRS-R (fuerte apuntamiento y sesgo positivo).

En la tabla 1, se recogen la media y la desviación típica de las puntuaciones individuales de los 17 ítems de la CDRS-R. Recordamos que la categoría de respuestas es una escala que puntúa de 1 a 7.

La tabla 2 recoge los coeficientes de fiabilidad calculados mediante un procedimiento basado en el análisis de la estructura de varianza y covarianza de las respuestas a todos los ítems, lo que permitirá valorar el grado de consistencia interna y la homogeneidad de los ítems de la CDRS-R. En esta tabla, se puede observar que las correlaciones entre cada ítem y la puntuación total de la CDRS-R, tienen valores moderados (no superiores a 0,6969) y homogéneos, pudiéndose apreciar que ningún ítem presenta una correlación especialmente alta con la puntuación total de la CDRS-R, lo que demuestra que ninguno de ellos es relevante respecto de los restantes.

Estos resultados indican por un lado, que son necesarios los 17 ítems de la CDRS-R para conseguir el máximo rendimiento de la prueba, lo cual es una evidencia de la consistencia interna y estructural del instrumento; y por otro, que los 17 ítems de la CDRS-R miden el mismo dominio de contenidos (depresión), por lo que se puede afirmar que la CDRS-R presenta *homogeneidad de ítems*.

Los valores de las covarianzas entre los ítems de la CDRS-R (*coeficiente alpha de Cronbach*) indican que

**Tabla 3** Índices de acuerdo inter-evaluadores y su significación estadística

Nº de ítem	Contenido del ítem	Entrevistador/Observador	Entrevistador/Conjunta	Observador/Conjunta
1	Trabajo escolar	0,9386**	0,9746**	0,9690**
2	Anhedonia	0,9193**	0,9682**	0,9514**
3	Retraimiento social	0,9261**	0,9615**	0,9521**
4	Insomnio	0,9239**	0,9623**	0,9569**
5	Cambios apetito	0,8840**	0,9446**	0,9082**
6	Fatiga excesiva	0,9217**	0,9641**	0,9533**
7	Quejas somáticas	0,9151**	0,9608**	0,9507**
8	Irritabilidad	0,8875**	0,9501**	0,9293**
9	Culpabilidad	0,8923**	0,9397**	0,9273**
10	Autoestima	0,9499**	0,9803**	0,9669**
11	Sent. depresivos	0,8949**	0,9511**	0,9343**
12	Ideación mórbida	0,9114**	0,9609**	0,9458**
13	Ideación suicida	0,8328**	0,8680**	0,9131**
14	Llanto	0,9185**	0,9690**	0,9438**
15	Afecto deprimido	0,9522**	0,9772**	0,9646**
16	Tempo del habla	0,9002**	0,9587**	0,9339**
17	Hipoactividad	0,9144**	0,9577**	0,9353**

Tamaño de la muestra: N= 1,309; Nivel de significación:  $p < 0,001$  (\*\*).

ninguno rebaja el coeficiente alpha global de la entrevista (alpha = 0,8867), cuya prueba de la F de Snedecor muestra que es altamente significativo (F= 128.475,  $p < 0,0000$ ), constituyendo una evidencia más de la fiabilidad de la CDRS-R.

### Consistencia entre evaluadores

Otro procedimiento empleado en este estudio para analizar la fiabilidad de la CDRS-R como instrumento de medida, ha sido computar las correlaciones de las puntuaciones de los 17 ítems en cada sujeto de la muestra (N= 1.309), obtenidas de dos evaluadores diferentes (entrevistador y observador), y una tercera evaluación obtenida tras el consenso de ambos (conjunta). El grado de acuerdo entre evaluadores, se ha estimado a través del cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson entre todas las variables que intervienen en el estudio tomadas dos a dos. Estos resultados proporcionarán una aproximación más, a la estimación de la fiabilidad de la CDRS-R.

En la tabla 3 presentamos los resultados de las correlaciones obtenidas entre las variables («puntuación en el ítem») del entrevistador/observador; entre las del entrevistador/conjunta; y entre las del observador/conjunta. Esta tabla muestra, en forma de matriz, los coeficientes

de correlación lineal de Pearson entre todas las variables. Como puede observarse los coeficientes de fiabilidad o índices de acuerdo inter-evaluadores, en todos los casos, son muy próximos a la unidad, lo que indica que son significativos y con un grado de asociación lineal fuerte, y también altamente significativa. Por otro lado, todos los coeficientes de correlación presentan signo positivo: por tanto, valores elevados de una variable se asocian con valores elevados de la otra variable.

Los dos asteriscos junto a los coeficientes indican que los valores son significativos, con una probabilidad menor a 0,001. Por tanto, podemos afirmar, con una pequeña probabilidad de error (0,1%), que existe una fuerte asociación lineal (elevado grado de acuerdo o consistencia inter-evaluadores) a un nivel de confianza del 99%, entre los resultados de las tres evaluaciones realizadas en este estudio: entrevistador, observador y conjunta, en cada uno de los 17 ítems de la CDRS-R.

### Relación entre las puntuaciones de la CDRS-R y los grupos formados, según los criterios diagnósticos del DSM-III-R para los trastornos depresivos

De los 1.309 niños entrevistados con la CDRS-R, 87 cumplieron los criterios sintomatológicos del DSM-III-

204 Por último la capacidad discriminativa de la CDRS-R entre distímicos y depresivos es también significativa ( $F= 157,3525$ ,  $p < 0,0000$ ), pero menor que en los casos anteriores.

En conclusión y a la vista de los resultados anteriores, se puede afirmar que la puntuación total de la CDRS-R (resultado de la suma de las puntuaciones individuales de los 17 ítems que la constituyen), de acuerdo con los criterios del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, tiene capacidad para discriminar significativamente, entre (1) sujetos del grupo control (ausencia de sintomatología distímica y/o depresiva) y los sujetos del grupo distímico (presencia de sintomatología de distimia); (2) entre los sujetos del grupo control y del grupo depresivo; y (3) entre los sujetos de los grupos distímico y depresivo.

Los resultados del análisis indican que los valores del estadístico de contraste son tan elevados (F de Snedecor) que con cualquier nivel de significación que aceptemos ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,000$ ), puede rechazarse la hipótesis nula con mucha contundencia. Es decir, las puntuaciones de la CDRS-R tienen una capacidad discriminativa muy significativa con respecto al DSM-III-R. Estos resultados se ven apoyados, clínica y nosológicamente, por la ambigüedad conceptual del trastorno distímico que, en la actualidad, sigue sin resolverse.

## DISCUSIÓN

Aplicando la CDRS-R en su versión castellana a una muestra de niños entre los 8 y 11 años de edad, de ambos sexos ( $N= 1.309$ ), extraída de la población general de escolares madrileños de 3º, 4º y 5º de EGB, y tras el tratamiento estadístico de los datos mediante distintos análisis del programa SPSS/PC+, los resultados obtenidos del presente trabajo permiten inferir la fiabilidad y validez global de la CDRS-R, como instrumento de medida de la presencia y severidad de la sintomatología depresiva.

En cuanto al análisis de la consistencia interna mediante la valoración del *coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach (1951)*, el valor obtenido para la CDRS-R de 17 ítems, es muy bueno ( $\alpha = 0,8867$ ), con lo cual puede concluirse que la CDRS-R tiene una consistencia interna suficiente. Por otro lado, ésta se ve subrayada por el hecho de que ninguno de los valores del coeficiente alpha, calculados para cada uno de los 17 ítems,

rebaja el coeficiente alpha global de la CDRS-R. Otra aproximación a la estimación de la fiabilidad es mediante el cálculo de las correlaciones entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total del instrumento (*coeficiente de homogeneidad*), cuyos valores resultantes son moderadamente altos y homogéneos, lo que permite afirmar que la CDRS-R presenta homogeneidad de ítems, es decir todos miden el mismo dominio de contenidos («depresión»).

Por último, la *fiabilidad entre evaluadores*, se ha estimado mediante el cálculo del *coeficiente de correlación lineal de Pearson* entre todas las variables incluidas en este estudio, tomadas dos a dos. Los valores resultantes, en todas las correlaciones, son muy próximos a la unidad (entre 0,8328 y 0,9803), alcanzando una significación estadística muy buena ( $p < 0,0001$ ).

Estos elevados índices de acuerdo entre evaluadores (entrevistador, observador y conjunta) aportan una evidencia más de la fiabilidad de la CDRS-R; en este caso, como consistencia inter-evaluadores.

En cuanto a la validez referida a criterio, podemos afirmar que la «puntuación total» de la CDRS-R, en función de los criterios del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, tiene capacidad para discriminar significativamente entre los niños con distimia, con depresión mayor, y en ausencia de ambos trastornos ( $F= 1731,3373$ ,  $\text{sig.} = 0,0000$ ,  $\text{coef. eta} = 0,8521$ ); entre niños con ausencia de sintomatología distímica y/o depresiva y los niños con sintomatología de distimia ( $F= 1064,0280$ ,  $\text{sig.} = 0,0000$ ,  $\text{coef. eta} = 0,6810$ ); entre niños con ausencia de sintomatología depresiva y niños depresivos ( $F= 2729,2323$ ,  $\text{sig.} = 0,0000$ ,  $\text{coef. eta} = 0,8313$ ); y entre niños distímicos y niños depresivos ( $F= 157,3525$ ,  $\text{sig.} = 0,0000$ ,  $\text{coef. eta} = 0,7019$ ).

Los *índices de validez de los ítems* estimados en base a la correlación entre las puntuaciones obtenidas con la CDRS-R y la evaluación de los sujetos, obtenida de un modo directo e independiente mediante la aplicación de los criterios sintomatológicos del DSM-III-R para la distimia y la depresión mayor, muestran que los 17 ítems están relacionados significativamente ( $p < 0,0000$ ) a los diagnósticos obtenidos con el DSM-III-R. Estos índices representan una evidencia de la validez de la CDRS-R referida a criterio.

Esta afirmación se apoya en la evidencia de que hay una relación entre la «puntuación individual» de cada ítem de la CDRS-R y la clasificación de los niños en los tres grupos del DSM-III-R (control, distímico y depresivo).

Este tipo de evidencia se ha obtenido a través de un estudio de *validación referida a criterio*, mediante el *análisis de correlación y regresión lineal simple* y su significación, así como a través de los *coeficientes de correlación eta y eta cuadrado*.

## CONCLUSIÓN

Como conclusión, diremos que las propiedades psicométricas aquí expuestas permiten inferir la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos en este estudio, por lo que puede afirmarse que la CDRS-R, en su versión castellana, cumple con los estándares mínimos exigidos para poder considerarla como un instrumento científico capaz de medir, tanto la presencia como la severidad de la depresión infantil. Esta afirmación se ve apoyada por los resultados de otros análisis realizados con los mismos datos, que también se harán públicos.

Y para finalizar, queremos señalar que este estudio forma parte de otro de mayores dimensiones, en el que se analizan una serie de procedimientos estadísticos con el objeto de probar la fiabilidad y la validez de la CDRS-R en la población general de escolares españoles de 8 a 11 años de edad.

Es nuestra intención hacer públicos los resultados de esta investigación de varios años de duración, que además de acreditar con sus resultados la «bondad» psicométrica de la CDRS-R, en su versión castellana, dado el tamaño, la homogeneidad y la representatividad de la muestra, nos ha permitido realizar un estudio epidemiológico de corte transversal haciendo posible analizar, incidentalmente, *la tasa de base de depresión infantil* (distimia y depresión mayor) en la población escolar madrileña de ciclo medio de EGB (niveles educativos de 3º, 4º y 5º), que incluye niños de ambos sexos en un rango de edades entre los 8 y los 11 años.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Achenbach TM. Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. En: Forns i Santacana M. *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova, 1993.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed, Revised). Washington: American Psychiatric Association, 1987.
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. *DSM-IV Draft Criteria, Task Force on DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association, 1993.
- 4 Anderson J, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 1987; **44**:69-76.
- 5 Anastasi A. Evolving concepts of test validation. *Ann Rev Psychol* 1986; **37**:1-15.
- 6 Anthony EJ, Benedek T. La depresión infantil. En: Anthony EJ, Benedek T, eds. *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat, 1981.
- 7 Brumback RA, Weinberg WA. Pediatric Behavioral Neurology: An Update on the Neurologic Aspects of Depression, Hiperactivity, and Learning Disabilities. *Neurologic Clinics* 1990; **8**:677-703.
- 8 Brumback RA. Is Depression a Neurologic Disease? *Neurologic Clinics* 1993; **11**:79-103.
- 9 Cantwell DP. Childhood Depression: What do we know, where do we do? En: *Childhood Psychopathology and development*. New York: Raven Press, 1983.
- 10 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- 11 Cantwell DP, Carlson GA. *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1983.
- 12 Carlson GA, Cantwell DP. Clasificación de los trastornos afectivos. En: *Affective disorders in childhood and adolescence*. New York: S.P. Medical & Scientific Books, 1983.
- 13 Cytryn L, McNew DH. Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. *American Journal Psychiatry* 1974; **131**:879-881.
- 14 Cytryn L, McNew DH, Bunney WE. Diagnosis of depression in children: A reassessment. *American Journal of Psychiatry* 1980; **137**:22-25.
- 15 Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; **16**:297-334.
- 16 Domènech Llaberia E, Polaino-Lorente A. Depresión infantil: Una revisión de los conocimientos actualmente disponibles. *Acta Pediátrica Española* 1992; **50**:372-381.
- 17 Domènech Llaberia E. Concepto y prevalencia de la depresión infantil. En: De Rivera y cols., eds. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
- 18 Domènech Llaberia E. Psicopatología en la etapa escolar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994; (3):147-151.
- 19 Forns i Santacana M. *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova, 1993.
- 20 Forns i Santacana M, Anguera Argilasa MT. *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU, 1993.

- 21 Freeman LN, Mokros H, Poznanski EO. Violent Events Reported by Normal Urban School-Aged Children: Characteristics and Depression Correlates. *Journal Academy Child Adolescents Psychiatry* 1993;**32**:419-423.
- 22 Kazdin AE. Developmental Differences in Depression. En: Lahey BB, Kazdin AE, eds. *Advances in clinical child Psychology*. New York: Plenum, 1990:193-219.
- 23 Lázaro i García L, Toro i Tfallero J. Características de la población de 6-11 años visitada en la sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;**(3)**:172-176.
- 24 Mardomingo MJ, Grado E. Criterios diagnósticos de la depresión en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;**(4)**:268-277.
- 25 Martínez Arias R. *Psicometría: Teoría de los Tests Psicológicos y Educativos*. Madrid: Síntesis, 1995.
- 26 Mediano Cortés ML, Polaino-Lorente A, Basurte Cisneros I. *Depresión infantil: una aportación a la validación de instrumentos de diagnóstico*. Comunicación presentada en el III Congreso Iberoamericano de Psiquiatría y Salud Mental O.H. de San Juan de Dios, Santafé de Bogotá. Colombia, 1993.
- 27 Mesquita PB, Gilliam WS. Differential Diagnosis of Childhood Depression: Using Comorbidity and Symptom Overlap to generate multiple hypotheses. *Child Psychiatry and Human Development* 1994;**24**:157-172.
- 28 Messerschmitt P. Depression in childhood. *Annales de Pédiatrie* 1993;**40**:149-156.
- 29 Pedreira Massa JL, Sánchez B, Sardinerio E. Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. En: De Rivera y Revuelta JLG. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson, 1993.
- 30 Pedreira Massa JL, Martín Martínez de Toda P, Fernández Villar A. Experiencias asistenciales en psiquiatría infantil: la etapa escolar y sus perfiles evolutivos y psicopatológicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;**(3)**:152-161.
- 31 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E, Ezpeleta Ascaso L. Diseño de doble fase en epidemiología peditopsiquiátrica: aplicación a un estudio de la depresión infantil en la población española. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* 1987;**18**:225-236.
- 32 Polaino-Lorente A. *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata, 1988.
- 33 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E. *La depresión en los niños españoles de 4º de EGB*. Barcelona: GEIGY, 1988.
- 34 Polaino-Lorente A, Senra C. Measurement of Depression: Comparison Between Self-Reports and Clinical Assessment of Depressed Outpatients. *Journal of Psychopathology Behaviour Assessment* 1991;**13**:313-323.
- 35 Polaino-Lorente A, Lizasoain Rumeu O. Depresión y hospitalización infantil: resultado de un programa de intervención psicopedagógica. *Anales de Psiquiatría* 1991;**7**:346-350.
- 36 Polaino-Lorente A. Manifestaciones clínicas diferenciales en el adulto y en el niño: La importancia del seguimiento en psicopatología infantil. En: *Medio Siglo de Psiquiatría en España. Homenaje al Profesor Ramón Sarró*. Madrid: ELA, 1992.
- 37 Polaino-Lorente A, Del Pozo Armentia A. Modificación de la depresión mediante un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos no hospitalizados. *Análisis y Modificación de Conducta* 1992;**18**:494-503.
- 38 Polaino-Lorente A, García Villamizar DA. *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC, 1993.
- 39 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E. Prevalence of Childhood Depression: Results of the First Study in Spain. *J Am Psychol and Psychiatry and allied disciplines* 1993;**34**:1007-1017.
- 40 Poznanski EO, Thrull JP. Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives General of Psychiatry* 1970;**23**:8-15.
- 41 Poznanski EO, Krahenihl V, Thrull JP. Childhood depression: a longitudinal perspective. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 1976;**15**:491-501.
- 42 Poznanski EO, Cook SC, Carrol BJ. A Depression Rating Scale for Children. *Pediatrics* 1979;**64**:442-450.
- 43 Poznanski EO, Corzo L. Children's depression rating scale: its performance in a residential psychiatric population. *J Clin Psychiatry* 1993;**44**:200-203.
- 44 Poznanski EO, Grossman J, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *J American Academy of Child Psychiatry* 1984;**23**:191-197.
- 45 Poznanski E, Mokros H, Grossman J, Freeman L. Diagnostic criteria in childhood depression. *American Journal Psychiatry* 1985;**142**:1168-1173.
- 46 Poznanski EO, Freeman LN, Mokros HB. Children's Depression Rating Scale-Revised (Septiembre 1984). *Psychopharmacology Bulletin* 1985;**21**:979-989.
- 47 Puig-Antich J, Blaus S, Marx J, Greenhill LG, Chambers W. Prepubertal major depressive disorder. A pilot study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978;**17**:695-707.
- 48 Puig-Antich J, Cambers WJ, Tabrizi MA. Evaluación clínica de episodios depresivos habituales en niños y adolescentes: entrevistas a padres y niños. En: Cantwell y Carlson. *Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- 49 Schmidt MH, Moll GH. ICD 10 and DSM-III-R classification differences in classification psychiatric disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatrie* 1992;**20**:266-272.
- 50 Streiner DL. An introduction to Multivariate Statistics. *Canadian Journal of Psychiatry* 1993;**38**:9-13.
- 51 Toro J. Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. En: Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat, 1991.
- 52 World Health Organization. ICD 10<sup>a</sup>. *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, draft of chapter V: Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO, 1988.

**P. M. Ruiz Lázaro**  
**J. M. Velilla Picazo**  
**A. Bonals Pi**

Terapia psicodramática grupal en  
escolares de una Unidad de  
Psiquiatría Infanto-Juvenil

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

**Correspondencia:**

P. M. Ruiz Lázaro  
Luis Vives 8, 3º A  
50006 Zaragoza

*Psychodramatical group therapy  
in schoolchildren from an  
Infantile Psychiatric Unit*

**RESUMEN**

Se presenta una experiencia psicodramática grupal con siete niños (tres varones y cuatro mujeres) escolares de 9 años 2 meses a 11 años, con diversas patologías no psicóticas, en la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. La técnica empleada es, con modificaciones, la de Rodolfo Rodríguez del Service Médico-pédagogique de Genève. Se describe y se analiza la práctica durante 1995. Se explica dentro de su marco teórico.

**PALABRAS CLAVE**

Psicodrama; Grupo; Psicoterapia; Niños; Psiquiatría.

**ABSTRACT**

*It is presented a psychodramatic experience of group with 7 children (3 male and 4 female) scholastic of 9 years 2 months to 11 years, with various pathologies not psychotic, in the Infantile Psychiatry Section of the University Clinical Hospital of Zaragoza. The employed technique is, with modifications, Rodolfo Rodríguez's one of the Service Médico-pédagogique of Genève. It is described and is analyzed practice during 1995. It is explained within its theoretical framework.*

**KEY WORDS**

*Psychodrama; Group; Psychotherapy; Children; Psychiatry.*

## 208 INTRODUCCIÓN

Jacob Levy Moreno (1889-1974), psiquiatra, filósofo e investigador social, nació en Rumanía, aunque vivió y trabajó en Viena hasta 1925 en que emigró a los EE.UU.<sup>(1,2)</sup>. Interpretó a Dios en 1896 con un grupo de niños de cuatro y cinco años. Voló desde una pirámide de sillas y se provocó una fractura. Fue la primera sesión psicodramática que dirigió aunque descubrió este instrumento terapéutico en los años veinte tras la experiencia de Bárbara, una de las actrices de su teatro de la espontaneidad vienés (Steigreiftheater)<sup>(3)</sup>. Así, acuñó el término de Psicodrama para designar una forma o método de psicoterapia colectiva o de grupo en la que se trata de lograr que los pacientes con una actitud activa compongan o interpreten una pieza dramática<sup>(4,5)</sup>.

Comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de la problemática personal y emocional del enfermo y de los conflictos inmediatos de la interacción grupal que explora la personalidad y las relaciones interpersonales<sup>(1,6)</sup>. Sus resultados terapéuticos son más rápidos y mejores con niños, aunque este método se aplicó en principio sobre todo al adulto, donde sigue teniendo utilidad<sup>(7,8)</sup>. El niño pequeño o con dificultades de expresión, inhibición, va a manifestar más fácilmente sus conflictos, tensiones o problemas a través de la acción que a través de la palabra, de los medios simplemente verbales<sup>(9)</sup>. El niño por su tendencia lúdica es un "protagonista natural del psicodrama"<sup>(10)</sup>, cuyas técnicas básicas derivan de elementos de su juego, de su actividad espontánea, de sus experiencias<sup>(2)</sup>.

### OBJETIVO

El objeto de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en terapia psicodramática infantil dentro de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se aplica modificada la técnica de psicodrama de niños de Rodolfo Rodríguez<sup>(11)</sup> "aprehendida" tras una estancia en las Institutions Universitaires de Psychiatrie en Genève (IUPG) (Profesor Guimon) en el Service Médico-Pédagogique de Genève (Profesor Manzano)

gracias al programa Europa del Gobierno de Aragón y la Caja de Ahorros de la Inmaculada (CAI).

Dos terapeutas (masculino y femenino) manejan un grupo pequeño de niños<sup>(2)</sup> de edad relativamente homogénea. Uno de los pacientes cuenta una historia y los niños se reparten sus papeles y los de los psiquiatras psicoterapeutas. No hay público, y pacientes y terapeutas son a la vez actores, guionistas y directores, de un modo total de la investigación psicodramática.

Se emplean cuatro tipos de palabra:

*Contextual:* sitúa el marco, las normas, es la de la ante-escena.

*Escénica:* desde el papel, dentro del juego dramático.

*Pronunciada fuera del rol:* memoriza escenas pasadas para restablecer la continuidad de la historia del grupo.

*Accesorio:* para contener la escena, apresar la desviación.

Hay cuatro movimientos:

*Primero:* desde la periferia al centro<sup>(2)</sup>.

Tiempo 1: para restablecer por los terapeutas los límites del marco establecido en la sesión anterior, retomar el contrato inicial, la alianza terapéutica, la regla grupal.

Tiempo 2: para la palabra de los niños, para vender su argumento, escoger, quedarse con los mejores papeles, negociar los secundarios. La dinámica grupal alcanza su apogeo. El guionista debe crear papeles para todos. Los terapeutas deben estar contenidos e influir en la dinámica, facilitando el reparto, ayudando a vencer resistencias y pensando en interpretar para establecer la diferencia entre lo manifiesto y lo latente.

*Segundo:* el de la interpretación escénica del papel atribuido.

*Tercero:* el tiempo de detenerse y retomar, relanzar lo interpretado, restablecer la continuidad del preconsciente desvelando el contenido latente.

*Cuarto:* el de preparar la separación. Este tiempo aumenta la asimetría niños-terapeutas. Estos últimos desalojan a los pacientes recuperando sólo para ellos la escena espacial en que se reflexionará sobre la secuencia acaecida.

Están presentes dos observadores que recogen por escrito el material para la posterior discusión del equipo. Periódicamente se establecen reuniones con los padres para seguimiento y evaluación.

El lugar para su práctica es una sala de medianas dimensiones con las sillas de los participantes dispuestas de modo que dos sillas de color negro (para los

**Tabla 1 Escala de extraversión del EPQ-J de Eysenck**

PC 1-5 PC 5-10 PC 25 PC 25 PC 30 PC 30 PC 30 PC 80

adultos de la pareja terapéutica) están frente a siete sillas de color naranja (diferente, para los pacientes). Los dos observadores se sientan en una lateral, de modo que puedan observar claramente las sesiones. También están disponibles una mesa de material resistente y varios cojines blandos para recortar, organizar el espacio<sup>(9,11)</sup>.

Durante el año 1995 se realizan sesiones semanales de 45 minutos de duración con un grupo de siete niños, seleccionados con indicación para esta terapia, de edades comprendidas entre los 9 años 2 meses y los 11 años (la media es de 10 años 3 meses), de ambos sexos (cuatro mujeres y tres varones). De cada uno de ellos se ha practicado la historia clínica, psicobiográfica y exploración psicológica-psicométrica completa (EPQ-J de Eysenck, CDS de Lang y Tisher, STAIC de Spielberger, matrices progresivas de RAVEN o WISC o WISC-R de Wechsler en todos los casos y adaptación de Bell, diversas pruebas proyectivas: TAT de Murray, CAT-H de Bellak, dibujos de la familia de Trude Traube, Corman, HTP de Buck: house de Minkowska, tree de Koch, person de Machover en algunos). A destacar que la inteligencia es normal, salvo en dos casos con CI límite de 84, y que en el cuestionario de personalidad de Eysenck en seis de los casos la Escala de extraversión o "E" tiene percentiles bajos o normales bajos y sólo en uno tiene un percentil alto (Tabla 1).

Los diagnósticos (CIE-10, DSM-IV) son: trastorno adaptativo, del comportamiento social (retraimiento, timidez y problemas de sociabilidad), de ansiedad de separación, trastornos emocionales, problemas escolares, de aprendizaje, reacción depresiva prolongada e hiperfagia psicógena (Tabla 2).

## RESULTADOS

Los contenidos manifiestos de las sesiones dramáticas abarcan una temática muy diversa que va desde las series de televisión infantiles de moda (power rangers, tortugas ninja), los cuentos fantásticos inventados, al relato de sus experiencias personales y familiares (excursiones, cumpleaños, relaciones entre los miembros del grupo, atraco de una madre) pasando por aconteci-

**Tabla 2 Diagnósticos CIE-10, DSM-IV**

F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia: retraimiento y timidez con deficiencias en la sociabilidad (2 casos) (313.9).
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación. (309.21)
F43.25	Trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y disociales (309.4).
Z63.5	Ruptura familiar por separación-divorcio
F43.21	Reacción depresiva prolongada (309.9).
F50.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (307.50)
F93.9	Trastorno de las emociones de la infancia sin especificaciones (313.9).
F51.4	Terrores nocturnos (307.46).
F81.9	Trastorno del aprendizaje no especificado (315.9).

miento de actualidad (atentado a Aznar). Su relación pormenorizada o la exposición de una sesión sería excesivo para los límites de este escrito.

Conjuntamente con la terapia psicodramática en dos de los casos se sigue tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos (fluoxetina y clorhidrato de minaprina)<sup>(9)</sup>.

La evolución de los trastornos ha sido a la mejoría con cambios apreciables en este período de seguimiento, desapareciendo la sintomatología emocional ansiosa y depresiva, las somatizaciones y mejorando la introversión, la timidez, con mayor capacidad de interacción social. Persiste en un niño la mala adaptación al divorcio, pasando del rechazo y heteroagresividad verbal hacia el padre a la madre en la actualidad (coincidiendo con el cambio de convivencia familiar)

## DISCUSIÓN

Reanudamos, años después, la actividad psicodramática iniciada en 1979 en nuestro Departamento (Profesor Antonio Seva) y abandonada por la excesiva demanda asistencial. El psicodrama clásico de Moreno apenas se emplea hoy de modo ortodoxo, sí sus conceptos y fases (calentamiento o "warming up", dramatización, comentarios finales), su aproximación sistemática con acento en las relaciones interpersonales, en la interacción. Si al principio hubo obstáculos para su

**210** aceptación, en la actualidad está reconocido como un método psicoterapéutico más. Muy extendido está el psicodrama psicoanalítico en sus dos escuelas:

- Latinoamericana: Paulovsky, Moccio, Martínez Bouquet, Kesselman.

- Francesa: Ajuriaguerra, Levobici, (psicoanálisis dramático de grupo), Anzieu, Degoumois, Michaux, Duché, Widlocher, Soule, Diatkine, Kaes, Lemoine (integran teorías de Lacan), Kestemberg, Lestenberg, Basquin, Testmale, Monod, Ancelin Schutzenberger (psicodrama triádico) entre otros<sup>(11-17)</sup>.

Son las nociones teóricas de esta última escuela y su práctica aprendida junto a Rodolfo Rodríguez, Marie Pierre Maystre (con niños con trastornos caracteriales, problemas de aprendizaje en las Consultas de Sector de Onex) e Ignacio Melo (con niños psicóticos en el Centro de día "Institución Maison des Charmilles") del Service Médico-Pédagogique de Genève las que inspiran nuestra actuación<sup>(9)</sup>.

Nos parece importante una selección previa de los pacientes a incluir en el grupo de psicodrama de acuerdo a unas indicaciones generales amplias (trastornos psicomotores, caracteriales, inhibiciones, timidez, dificultades de expresión, neurosis general, que es la indicación más frecuente)<sup>(8,10)</sup>. No hemos incluido psicóticos en nuestro grupo, buscando homogeneidad, aunque está indicado el psicodrama en ellos pues incita a la expresividad mímica y al contacto corporal real en la relación afectiva con el equipo terapéutico<sup>(10)</sup>.

La mayoría de los terapeutas de grupo prefieren trabajar con un co-terapeuta que complementa y apoya<sup>(18)</sup>. El utilizar dos terapeutas facilita la dinámica del grupo y observar mejor su proceso<sup>(1)</sup>.

Consideramos útil que los terapeutas sean una pareja (hombre y mujer) pues presenta ventajas únicas<sup>(17)</sup>: facilita las identificaciones y permite que la dinámica generada sea el vínculo donde entender y elaborar las formas patológicas de sus relaciones objetales<sup>(19)</sup>. La pareja terapéutica, es decir, esta presencia de dos adultos de distinto sexo en posición de líderes de un grupo, va a plantear identificaciones con imágenes parentales, va a ser lugar de proyección del fantasma común a propósito de la pareja y la escena primitiva<sup>(20)</sup>. Y así lo hemos visto en nuestro quehacer semanal. El hecho de ser pareja ofrece al paciente una pantalla proyectiva diferente de la terapia individual. Se producen inevitablemente particularidades en la transferencia<sup>(21)</sup>. Para Paulovsky<sup>(22)</sup> se puede pensar que una pareja terapéu-

tica no necesita ser de sexo diferente. Muchas veces no impide para nada la explicitación de la fantasía de la pareja de los padres<sup>(23)</sup>.

Eso sí, los terapeutas deben estar suficientemente a gusto entre ellos para que sus fantasmas de cara al grupo y vis a vis no sean bloqueados, puedan ser discutidos y jugados en toda la gama propuesta por los niños del grupo.

Los niños en período de latencia consolidado o fin de latencia (9 a 12 años) son para Lasa<sup>(23)</sup> los que más se benefician de esta técnica que les permite movilizaciones defensivas importantes sin sentirse acosados, ya que no temen tanto la dependencia física del adulto y pueden ver en otros sus mecanismos intrapsíquicos, ejercer la comprensión y tolerancia hacia la rigidez ajena<sup>(23,24)</sup>. Muy a menudo el psicodrama analítico es el acceso más fácil para niños en período de latencia que corren el riesgo de ser demasiado defensivos, hablar poco o aplicarse de forma obsesiva a sus dibujos durante las sesiones enteras. Permite movilizar el juego de las identificaciones y realizar transformaciones fecundas<sup>(25)</sup>.

Es la edad con la que hemos trabajado, sin diferencias entre los integrantes mayores de tres años, como recomienda Paulovsky. También coincidimos con él en que las técnicas dramáticas en escolares y adolescentes ofrecen ventajas sobre otras terapias grupales<sup>(21)</sup>. El sociodrama o psicodrama aunque puede usarse durante un período dilatado de tiempo se usa en tratamientos breves para Poch y Talarn<sup>(26)</sup>. Nosotros hemos dado a nuestro grupo una duración de un año, con buenos resultados clínicos.

El funcionamiento del psicodrama es tan misterioso como todos los efectos del trabajo psicoterapéutico. Uno observa muchos cambios pero no se puede decir o predecir de modo definitivo cómo trabaja realmente para Bosselmann<sup>(2)</sup>. El psicodrama es una terapia profunda de grupo que empieza donde termina la psicoterapia de grupo y la amplía para hacerla más efectiva<sup>(27)</sup>. Su uso está lleno de peligros en manos de personas no informadas e inexpertas, siendo necesaria una formación adecuada para su práctica<sup>(17,27,28)</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

A partir de nuestro trabajo durante estos meses coincidimos con Serge Levobici<sup>(8)</sup> en que el psicodrama de niños es terapéuticamente eficaz y económico.

Nos parece que la terapia psicodramática grupal tiene sus indicaciones en los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente que se controlan ambulatoriamente en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Se debería contemplar como un instrumento terapéutico más en la formación de los futuros psiquiatras del niño y del adolescente.

211

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Pérez A. *Psiquiatría para no psiquiatras*. Salamanca: Tesitex, 1995.
- 2 Bosselman R. Psychodrama in Psychiatry and Mental Health. En: Seva A. *The European handbook of Psychiatry and Mental Health*. Zaragoza: Anthropos. Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:2148-2152.
- 3 Lemoine G, Lemoine P. *Teoría de Psicodrama*. Barcelona: Gedisa, 1979.
- 4 Feixas G, Miro MT. *Aproximaciones a la Psicoterapia, Una introducción a los tratamientos psicológicos*. 2ª reimpresión. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1995.
- 5 *Diccionario de Psiquiatría*. Barcelona: JIMS, 1995.
- 6 Velilla JM, Tejero R. Una experiencia psicodramática en Psiquiatría Infantil. *Comunicación psiquiátrica*. 1980;6:401-409.
- 7 López JM. Psicodrama infantil. En: Ruiz C, Barcia D, López-Ibor JJ. *Psiquiatría*. Barcelona: Toray, 1982:720-723.
- 8 Levobici S. El Psicodrama en el niño y el adolescente. En: Biemann G. *Tratado de Psicoterapia infantil*. Barcelona: Espaxs, 1973:815-821.
- 9 Ruiz PM, González S, Garces EM, Olza I, Velilla JM, Bonals A, Seva A. Psicodrama de grupo de niños. En: *La psiquiatría en la década del cerebro*. Madrid: Libro del Año, 1995:424-427.
- 10 López JM. *El Psicodrama en Psiquiatría clínica*. Granada, Círculo de Estudios Psicopatológicos, 1982.
- 11 Rodríguez R, Von Siebenthal A. El Psicodrama de los grupos de niños. En: Manzano J, Palacio-Espasa F. *Las terapias en psiquiatría infantil y Psicopedagogía*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1993:137-151.
- 12 García A. Aproximación histórica y filosófica a la psicoterapia de grupo. En: Ávila A. *Manual de Psicoterapia de grupo Analítico-Vincular*. Madrid: Quipú Ediciones, 1993:35-74.
- 13 García A. Psicoterapia de grupo. revisión histórica. En: Garrido M, García J. *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 2ª ed. Valencia: Promolibro, 1994:165-206.
- 14 Leutz G. La terapia psicodramática: presente y futuro. En: *El grupo, lugar de encuentro y divergencia*. Madrid: Primeras Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia, 1988:56-68.
- 15 Schutzenberger A. *Introducción al psicodrama en sus aspectos técnicos*. Madrid: Aguilar, 1970.
- 16 Moreno JL. *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Méjico: Fondo de Cultura Económica, 1966.
- 17 Schutzenberger A, Sauret MJ. *Nuevas terapias de grupo*. Madrid: Pirámide, 1986.
- 18 Vinogradov S, Yalom ID. Terapia de grupo. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª ed. Barcelona: Ancora, 1996:1197-1231.
- 19 Tello C. Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida. *Rev Psiq Inf* 1992;3:207-212.
- 20 Decobert S, Soule M. La notion de couple thérapeutique (a propos de l'expérience d'un couple de thérapeutes dans un groupe de couples). *Revue française de Psychanalyse* 1972;1:83-110.
- 21 Valiente D. *Psicodrama y psicoanálisis*. Madrid: Fundamentos, 1995.
- 22 Pavlovsky E. Psicodrama analítico. Su historia. (Reflexiones sobre los movimientos francés y argentino). En: Ávila A. *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular II*. Madrid: Quipú Ediciones, 1993:115-149.
- 23 Lasa A. La Psicoterapia en la infancia. En: Rodríguez J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones, 1995:1437-1480.
- 24 Pawlosky EA. *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1974.
- 25 Amar N, Bayle G, Salem I. *Formation au psychodrame analytique*. Paris: Dunod, 1988.
- 26 Poch J, Talam A. El grupo de las psicoterapias. En: Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Barcelona: Masson-Salvat-Ediciones Científicas y Técnicas, 1991:632-654.
- 27 Espina JA. *Psicodrama. Nacimiento y desarrollo*. Salamanca: Amarú Ediciones, 1995.
- 28 Moreno JL. *Psicodrama*, 6ª ed. Buenos Aires: Formé, 1993.

**M. Amor**  
**P. Rodríguez-Ramos**

Servicios de Salud Mental de Tetuán  
Madrid

**Correspondencia:**

P. Rodríguez-Ramos  
Servicios de Salud Mental de Tetuán  
Maudes, 32  
28003 Madrid

Comorbilidad del trastorno  
obsesivo en niños y  
adolescentes. Análisis de estudios  
en población general y clínica

*Comorbidity of obsessive-  
compulsive disorders in children  
and adolescents. Epidemiological  
and clinical studies analysis*

**RESUMEN**

Los estudios de población general y clínica van descubriendo una constelación psicopatológica que sitúa al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con una alta comorbilidad; pero estos estudios difieren en aspectos metodológicos y en resultados.

*Objetivos.* Comparar la metodología y los resultados de 10 estudios que revisan la comorbilidad del TOC.

*Método.* Contrastar métodos y comorbilidad hallada en seis estudios de población clínica infantil y adolescente.

*Resultados.* Los cuatro estudios de población general difieren en las edades estudiadas y los instrumentos de detección. Sus tasas de comorbilidad general varían entre 55 y 84%. La comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad es alta, con trastornos de alimentación y tics parece muy superior a la prevalencia esperada. En los estudios de grupos clínicos la comorbilidad general varía entre 62 y 96% (media 77,7%). La comorbilidad específica de diversos trastornos es superior a la tasa de prevalencia esperada: T. Humor (media: 40,7%, esperada 28%), T. Ansiedad (media: 43,52%, esperada 31%), Síndrome de Tourette (media: 13,2%, esperada 0,1%), Anorexia

N. (media 7,26%, esperada 0,5%), Personalidad Obsesivo-compulsiva (media 12,5%, esperada 0,35%).

*Conclusiones.* La comorbilidad general del TOC es superior al 55% en cualquiera de los estudios que la analizan. La comorbilidad con los trastornos por ansiedad y del estado de ánimo es superior a la esperada; llegando a ser más de 12 veces la esperada en la anorexia nerviosa, y aún más en los trastornos por tics y de personalidad obsesivo-compulsiva.

**PALABRAS CLAVE**

Trastorno obsesivo-compulsivo; Comorbilidad; Niños; Adolescentes.

**ABSTRACT**

*Results from epidemiological and clinical studies in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) show high comorbidity rates. Those studies differ in their methods and comorbidity results.*

*Objective. To compare information on comorbidity of ten OCD's studies in children and adolescents.*

*Method. To compare methodology and results on four non referred and six clinical groups.*

*Results. Epidemiological studies differ in ages and diagnostic instruments. OCD' comorbidity in general population is between 55-84%. Anxiety and mood disorders are the highest associated disorders. Association with stereotyped movements is higher than expected. In the clinical studies the majority of cases had comorbid diagnoses (62-96%). Comorbidity for most disorders was greater than expected: mood disorders (mean 40.7%, expected 28%), anxiety disorders (mean 43.52%, expected 31%), Tourette's syndrome (mean 13.2% expected 0.1%), anorexia nervosa (mean 7.26%, expected 0.5%), and obsessive-compulsive personality disorder (OCPD) (mean 12.5%, expected 0.35%).*

*Conclusions: Comorbid diagnostic is over 55% in any study. Association with anxiety in anorexia nervosa, Tourette's syndrome and OCPD.*

## KEY WORDS

*Obsessive-Compulsive disorder; Comorbidity; Children; Adolescents.*

## INTRODUCCIÓN

El interés por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) viene incrementándose en los últimos 10 años. Los estudios recientes han llevado a situar a esta enfermedad entre las más prevalentes en la infancia y la adolescencia. Por otra parte, la variedad de los trastornos que se asocian al TOC es sustancialmente mayor que los descritos años atrás, y pueden suponer una característica importante para la investigación etiológica y terapéutica de este trastorno.

La alta frecuencia de comorbilidad entre los diversos trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia está poniendo en evidencia las limitaciones, al menos de precisión, de los sistemas actuales de clasificación psiquiátrica. Incluso en un proceso aparentemente tan compacto como el TOC está emergiendo tal grado de comorbilidad, y algunas formas de ésta tan particulares, que comienzan a sugerirse subtipos de TOC según sus formas clínicas, tal como hace la CIE-10, o según sus asociaciones comórbidas.

La frecuente asociación del trastorno obsesivo-compulsivo a otros trastornos es más que un fenómeno curioso, pues tiene implicaciones pronósticas, clínicas y de diseño terapéutico. Por ello es necesario explorar sistemáticamente la existencia de trastornos asociados, y por supuesto la de trastornos en los que los síntomas obsesivos constituyen sólo una peculiaridad y no deben ser diagnosticados como TOC.

El presente estudio analiza una parte significativa de los trabajos sobre comorbilidad del TOC realizados en los últimos años, a fin de comparar sus resultados y considerar la importancia de los distintos trastornos que con mayor frecuencia, absoluta y relativa, acompañan al obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia.

Otra cuestión analizada se refiere a la posibilidad de que existan diferencias importantes entre los trastornos asociados al TOC atribuibles a factores geográficos o culturales. Los estudios analizados se han realizado en diversos estados de los EE.UU., en Israel, en España, en Nueva Zelanda y en Dinamarca.

Conviene señalar algunas *diferencias* entre unos y otros estudios. Los de población general son transversales, aunque el más reciente<sup>(1)</sup> forma parte de un estudio longitudinal de una cohorte; por el contrario, los estudios de población clínica son longitudinales, unos prospectivos y otros retrospectivos. Puede considerarse que, mientras mayor sea la duración del estudio longitudinal mayores serán los porcentajes de comorbilidad, pero ¿realmente ocurre así? Otra posibilidad estriba en que puedan existir diferencias en las comorbilidades detectadas que sean atribuibles a diferencias demográficas.

## ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL ADOLESCENTE

Al menos cuatro grupos de trabajo han publicado estudios recientes sobre la prevalencia del TOC en la población general adolescente<sup>(1-4)</sup>. Las diferencias principales de métodos y edades quedan recogidas en la tabla 1.

### Descripción

Aunque los cuatro estudios utilizan criterios DSM-III-R sus resultados ofrecen diferencias notables en cuanto a prevalencia y distribución por sexos. La prevalencia

**Tabla 1 Estudios del TOC en población general adolescente**

Autores/Año	Flament y cols., 1988	Zohar y cols., 1992	V. Basile y cols., 1994	Douglass y cols., 1995
Lugar	New Jersey	Israel	Carolina del Sur	Nueva Zelanda
Nº Población	5596	562	3283	930 (Cohorte)
Eldades	14-18	16-17	12-15	18
Instrumento	Leyton-20	Yale-Brown	K. Sacks	D.I.S.
Sexos F/M	45%/55%	15%/85%	49%/51%	59%/41%
Prev. P. TOC-clínico	1,0% (1,9)*	3,56% (1,8)**	3,0%	4%
Prev. P. TOC- subclínico	3,93%	1,25%	19%	?

\* Prevalencia vida estimada.

\*\* Excluyendo las obsesiones puras.

punto, y la prevalencia vida estimada, varían notablemente.

Resulta aventurado sacar conclusiones comparativas de los estudios sobre la prevalencia del TOC en la población general, en primer lugar porque las diferencias van más allá de las zonas geográficas y, en segundo, porque la forma de selección ha sido diferente en los cuatro estudios. La circunstancia de hacerlo en la selección para el servicio militar<sup>(3)</sup> también merece tenerse en cuenta.

El método ha sido distinto en los cuatro casos, los dos primeros con instrumentos específicos para el trastorno, frente al tercero y al cuarto realizados con una entrevista estructurada para detección de psicopatología general, no específicamente de TOC. Otra diferencia, las edades en cada estudio, también puede constituir un elemento perturbador de las comparaciones, pues a lo largo de la adolescencia se va invirtiendo la distribución del TOC por sexos y aumenta la prevalencia, según se deduce de los estudios clínicos.

Estos estudios coinciden en tasar el TOC, pero varían en otros objetivos y en los trastornos comórbidos analizados. Como última diferencia cabe destacar que el estudio neozelandés está realizado sobre una cohorte, revisada varias veces en sucesivas edades y con diversos instrumentos de medición psicopatológica.

## Discusión

En cuanto a la definición de casos no hay diferencia respecto al TOC clínico, pues los cuatro estudios utilizan el DSM-III-R. Aun así, la mitad de los casos positivos de Zohar y cols.<sup>(3)</sup>, y más de la mitad en el estudio de Douglass y cols.<sup>(1)</sup>, presentaban sólo obsesiones, lo que no ocurre en los otros dos estudios.

La definición del TOC subclínico es muy poco explícita, y a ello puede deberse una buena parte de las llamativas diferencias encontradas, sobre todo por el 19% del grupo de Vanelli-Basile<sup>(4)</sup>.

La suma de TOC-clínico y TOC-subclínico resulta casi idéntica en los estudios de Flament y cols. (4,93%) y Zohar y cols. (4,83%)<sup>(2,3)</sup> lo que sugiere una diferencia en el criterio de apreciación de caso, más exigente en el primero.

Una primera conclusión comparativa es que la prevalencia del TOC en la adolescencia resulta ser, como mínimo, un 1%. Otra que, con independencia del método de detección, la población con TOC subclínico está presente en tres de los cuatro estudios; esto permite suponer que existe un grupo específico con ¿mayor riesgo de padecer TOC? o ¿características de personalidad muy determinadas?; grupo del que no se conocen datos sobre su evolución, la cual puede ser hacia la psicopatología obsesiva o de otro tipo, hacia la desaparición de los síntomas o hacia mantenerse sin cambios a lo largo de los años.

Una forma de diferenciar el TOC clínico del subclínico podría ser a través de las diferencias cuantitativas y cualitativas obtenidas mediante cuestionarios y escalas específicos.

## COMORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL ADOLESCENTE

### Descripción

La comorbilidad encontrada en estos estudios (Tabla 2) ofrece datos que resultan bastantes similares, tanto

**Tabla 2 Comorbilidad del TOC en estudios de población general**

	<i>Flament y cols., 1988</i>	<i>Zohar y cols., 1992</i>	<i>V-Basile, 1994</i>	<i>Douglass y cols., 1995</i>
Sólo TOC	25%	65%†	<45%	16%
T. depresivo	25%		45%	62%
Ans. separación	35%		34%	
Distimias	5%		29%	22%
Fobias	10%		29%	40%
Bulimia	15%			0%
T. Tourette	0%	5% (25%)**		?
Des. alcohol				24%
Ideas suicidas			23%	
TPOC	15-20%			

† Sólo estudia comorbilidad con T. hiperactivo y tics.

\* Trastornos por ansiedad generalizada.

\*\* (25%): Tourette+Tics crónicos+Tics transitorios.

entre sí como comparados con los recogidos en estudios de población clínica.

Los cuatro estudios abordan el análisis de la comorbilidad, pero cada uno lo hace de forma diferente. En el primer trabajo, la comorbilidad se deduce fundamentalmente de las entrevistas con los casos positivos y de cuestionarios. En el segundo se restringe la búsqueda a los trastornos hiperactivo y por tics, sin analizar otros diagnósticos. El tercer estudio recoge los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista Kiddie-Sads, y el cuarto por el D.I.S.

La detección de psicopatología asociada al TOC tiene grados de precisión y sensibilidad diferentes debido a los objetivos y métodos, también diferentes, de cada uno de los estudios.

## Discusión

A pesar de las diferencias metodológicas, se pueden deducir algunas conclusiones de estos datos: 1) Como mínimo la tasa de comorbilidad se eleva al 50%, y como máximo al 84%; 2) Los trastornos más habitualmente asociados al TOC son los de ansiedad y estado de ánimo; 3) Los trastornos por tics muestran una alta tasa de comorbilidad relativa cuando se investiga su existencia; 4) Igualmente los trastornos de la alimentación (bulimia) pueden mostrar una alta tasa de comorbilidad relativa; 5) Es posible que la fobia social también constituya una psicopatología frecuente, sobre todo porque es coherente con las dificultades de relación interpersonales y la tendencia a ocultar los síntomas en los pacientes con TOC.

La evolución del TOC-subclínico, y su relación con el TOC o el TPOC, no están claras. Flament y cols.<sup>(2)</sup> encuentran una similitud llamativa entre el TOC-subclínico y el Trastorno de Personalidad tipo anancástico de la CIE-9.

Los estudios del TOC en población general deberían prestar especial atención a la presencia comórbida de: Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y fobia social, trastornos de Tourette y tics, trastornos de alimentación, y trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva.

## COMORBILIDAD EN GRUPOS CLÍNICOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Descripción

Uno de los primeros estudios prospectivos de población clínica, es el de Flament y cols.<sup>(5)</sup> Siguieron 27 casos durante 2-7 años; casos que forman parte de posteriores estudios más amplios como el de Leonard y cols.<sup>(6)</sup>, y que en el primer estudio presentaban comorbilidad en el 48% de ellos (13 de 27).

Anteriormente Swedo y cols.<sup>(7)</sup> realizaron un estudio transversal para buscar la comorbilidad en el momento del diagnóstico. Los estudios posteriores son todos prospectivos menos el de Toro y cols. que es retrospectivo.

Aunque existen discrepancias parciales en sus resultados, la mayoría de los estudios de grupos clínicos de

**Tabla 3 Comorbilidad comparada en grupos clínicos con TOC**

Autores y nº de pacientes	Swedo (70)	Riddle (21)	Toro (72)	Leonard (54)	Hanna (31)	Thomsen (21)	P.C.*
Sólo con TOC	26%	38%	27,2%	4%	16%		
T. del humor	48%	29%	37,5%	75%	36%	19%	28%
Depresión mayor	35%		22,2%	56%	13%	9,5%	
Distimia			15,3%	28%	10%	9,5%	
Adapta. Depres.	13%			18%	10%		
T. por ansiedad	40%	38%	41,6%	70%	28%		31%
Ans. separación	7%		4,2%	11%	6%		14%
Ans. excesiva	16%		27,8%	54%	13%	33%	17%
Ans. fóbica	17%		9,7%	22%	9%	14,2%	
Mov. estereotipados	20%***	24%	31,9%	59%	26%	38%	
Tics			16,7%	59%	13%	28,5%	
Síndrome Tourette			15,3%	15%	13%	9,5%	0,1%
Comporta. destr.	28%	10%	8,3%	50%	35%	14,2%	
Anorexia nerviosa	**		8,3%	4%		9,5%	0,5%
T. pers. obs. C.	11%	14%					0,35%

\* Proporciones máximas de prevalencia en estudios de población clínica.

\*\* Estos casos fueron excluidos, no formando parte de los 70.

menores obsesivos coinciden en encontrar una alta tasa de comorbilidad general para el TOC, tasa que está entre el 62% y el 96% en los seis estudios revisados<sup>(6-11)</sup> (Tabla 3).

### Discusión

Aparte de las diferencias metodológicas, o de poblaciones, en ningún estudio resulta baja la asociación a trastornos del humor (29%-75%), por ansiedad (28%-70%) y movimientos estereotipados (20%-59%). Si efectivamente los trastornos del humor y los tics son predictores veraces de la evolución, un porcentaje cercano a la mitad resultaría con peor pronóstico.

Es interesante conocer si los diagnósticos asociados son previos, coincidentes en el tiempo, o posteriores al TOC; pero de los estudios revisados sólo lo investiga con claridad el de Toro y cols. De él podría deducirse una aparición previa de los trastornos por ansiedad y quizá por tics, mientras que los trastornos depresivos tienden a aparecer más coincidiendo con el TOC. De ser así, los dos primeros trastornos podrían deberse a causas o predisposiciones comunes con el TOC, pero con expresividad dependiente del desarrollo, mientras que el trastorno depresivo podría considerarse como una complicación secundaria al TOC.

En relación con los trastornos depresivos, el seguimiento de Leonard y cols.<sup>(6)</sup> encuentra una relación significativa entre continuar padeciendo el TOC y pre-

sentar un trastorno depresivo asociado; esto parece indicar que cuando el TOC se mantiene es mayor la probabilidad de que aparezca un trastorno depresivo.

El Trastorno de Tourette aparece en los TOC en cantidades más de 100 veces superiores a las encontradas en poblaciones clínicas de psiquiatría adolescente.

La relación del TOC con la anorexia nerviosa es otra cuestión que, reseñada por los estudiosos de la anorexia, merece mayor atención en los estudios de grupos de menores obsesivos. Así lo sugieren las cifras encontradas por Toro y cols (8,3%), por Leonard y cols (4%) o por Thomsen y Mikkelsen (9,5%)<sup>(6,9,11)</sup>. Las tres resultan entre 19 y 8 veces superiores a las esperadas en la población clínica.

Un problema sólo abordado por Swedo y cols. y Riddle y cols.<sup>(7,8)</sup> es el de la relación entre TOC y el Trastorno por Personalidad Obsesivo Compulsiva (TPOC). Sus cifras son muy altas (11% y 14%) en relación con lo que puede suponerse encontrar en una clínica psiquiátrica de adolescentes.

### TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVA

Entre los adolescentes con TOC detectados por Flament y cols. en 1990<sup>(5)</sup> en un estudio comunitario, un 15%

fueron diagnosticados de TPOC asociado al TOC, mientras que en el grupo sin TOC el TPOC no fue detectado (0%). En la revisión a los dos años el TPOC aparecía ya en el 20% de esos mismos adolescentes con TOC.

Puede considerarse, como sugieren Swedo y cols.<sup>(7)</sup>, que algunos menores con TOC de inicio temprano desarrollan un TPOC como instrumentación adaptativa para manejar sus síntomas, por lo que se autoconvierten en lentos, minuciosos, rígidos para hacerlo bien a la primera y evitar los rituales. También cabe que el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos sea difícil en la adolescencia porque en ella comienza a desarrollarse el TPOC; si en él predomina el aspecto obsesivo con dudas sufrimiento y malestar, lo que generaría egodistonia, podría confundirse con formas obsesivas de TOC.

En los estudios de adultos no se aprecia la alta frecuencia de comorbilidad entre el TOC y el TPOC. Para desarrollarse una personalidad obsesivo-compulsiva sería necesario que, antes, exista un trastorno OC y no al revés. Si el TOC aparece durante la infancia o la adolescencia sí podría establecerse la forma peculiar de personalidad.

A favor de esta hipótesis existen pruebas negativas, como diversos estudios de adultos que no encuentran asociación significativa entre TOC y TPOC<sup>(12,13)</sup>; y pruebas que correlacionan, positivamente, ambos trastornos en la adolescencia<sup>(2,7,8,14)</sup> o que incluso aprecian un incremento de la tasa de esta comorbilidad en los jóvenes cuyo seguimiento pone de manifiesto una persistencia del TOC<sup>(5)</sup>.

Los estudios de seguimiento son los destinados a valorar la veracidad de estas observaciones, su significado pronóstico, y las implicaciones clínicas derivadas de la posible aparición de un TPOC como consecuencia de sufrir el TOC en la infancia o la adolescencia.

## CONCLUSIONES

El hecho de que diversos métodos de detección proporcionen resultados parecidos apoya, tanto las cifras de prevalencia del TOC como las de comorbilidad, ya que ambas resultan bastante similares entre los distintos estudios.

Las diferencias culturales no parecen influir en la cualidad de los principales trastornos psíquicos asociados al TOC.

Una circunstancia a tener en cuenta es la diferencia sintomática entre los pacientes con TOC estudiados en unos y otros trabajos. Mientras que los casos de TOC detectados en población general son predominantemente obsesivos, los estudiados en poblaciones clínicas son predominantemente obsesivo-compulsivos. Esto puede sugerir que se trata de poblaciones distintas en cuanto a su psicopatología obsesiva, pero no tanto en lo referente a su comorbilidad.

El TOC en la infancia y la adolescencia presenta una alta tasa de comorbilidad con los trastornos del humor y con los de ansiedad.

Las particularidades de la comorbilidad específica del TOC pueden centrarse en: 1) la fuerte asociación relativa con los trastornos por tics, o 2) los de la alimentación; 3) la existencia de un número importante de jóvenes con TOC-subclínico y 4) la relación entre el TOC y el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva (TPOC); esta última comorbilidad está resultando frecuente en algunos estudios de adolescentes, al contrario de lo observado en otros de la edad adulta.

Gracias a los estudios de seguimiento y comorbilidad del TOC en la adolescencia, parece que podrá mejorar la comprensión psicológica de la génesis de los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Douglass HM, Moffitt TE, Dar R y cols. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-years-olds: Prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; **34**:1424-1431.
- 2 Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL y cols. Obsessive Compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; **27**:764-771.
- 3 Zohar AH, Ratzosin G, Pauls DL y cols. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:1057-1061.
- 4 Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL y cols. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; **33**:782-791.
- 5 Flament MF, Koby E, Rapoport JL y cols. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; **31**:363-380.
- 6 Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC y cols. A 2-to 7-years Follow-up study of 54 Obsessive-Compulsive Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993; **50**:429-439.

- 218**
- 7 Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL y cols. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989;**46**:335-341.
  - 8 Riddle MA, Scahill L, King R y cols. Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;**29**:766-772.
  - 9 Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;**33**(6):1025-1037.
  - 10 Hanna GL. Demographic and clinical features of Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:19-27.
  - 11 Thomsen PH, Mikkelsen HU. Course of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A prospective follow-up study of 23 Danish cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:1432-1440.
  - 12 Black DW, Yates WR, Noyes R y cols. DSM-III personality disorder in obsessive compulsive study volunteers: a controlled study. *Journal of Personality Disorders* 1989;**3**:58-62.
  - 13 Baer L, Jenike M. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992;**15**:803-812.
  - 14 Rosen KV, Tallis F. Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behaviour Research and Therapy* 1995;**33**:445-450.

**J. L. Pedreira Massa**

Servicio de Salud del Principado de Asturias  
Psicopsiquiatría, Unidad de Salud Mental Infantil  
del Área Sanitaria de Avilés  
Profesor Asociado, Área de Psiquiatría  
Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo

Principios introductorios a la  
metodología de investigación en  
Psiquiatría de la infancia y la  
adolescencia

*Research and methodological  
aspects in child and adolescent  
psychiatry and mental health*

#### **IV. LAS DOS PRIMERAS FASES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN**

##### **INTRODUCCIÓN**

Una vez que hemos expuesto las bases conceptuales y metodológicas generales de la investigación debemos iniciar lo que comprende el proceso de investigación en sí mismo.

El fundamento del proceso de investigación consiste en poder dar respuesta de forma sucesiva y lógica, a una serie de preguntas que se realiza el equipo investigador. Cada pregunta corresponde a una fase de dicho proceso, según el procedimiento de exposición que vamos a utilizar en este trabajo:

1ª fase: ¿Qué se va a investigar?

2ª fase: ¿Cuál es la base teórica del problema que se pretende investigar?

3ª fase: ¿Cómo se va a realizar la investigación?

4ª fase: ¿Qué se va a hacer para ejecutar la investigación?

##### **1ª FASE: ¿QUÉ SE VA A INVESTIGAR?**

Responder a esta pregunta tiene su interés para iniciar la investigación, por ello secuenciar el desarrollo de forma operativa es fundamental (Fig. 4).

##### **Fase previa**

##### ***Primera caracterización del problema. Objeto de la investigación***

Para lo cual debemos tener claro qué se conoce en el momento actual sobre el problema, cuáles son los aspectos de ese problema que aún no han sido investigados y, por fin, qué procedimientos y técnicas son necesarios para caracterizar al problema de forma adecuada.

##### **Desarrollo operativo de la 1ª fase: componentes de la 1ª fase**

##### ***Delimitación del problema***

La figura 5 esquematiza los pasos que definen el marco teórico del problema a investigar. Un problema de investigación consiste en una situación conflictiva y significativa o bien una dificultad en el desarrollo de una teoría que es susceptible de ser observada y medida. Pero ese problema necesita una respuesta o solución, debido a que la práctica clínica o el desarrollo teórico precisan información sobre esa parcela. Aportar una solución tras la pertinente observación y medida, aportará un resultado que contribuirá a la generalización de nuevos conocimientos y/o desarrollos tecnológicos para su utilización en la práctica cotidiana.

220

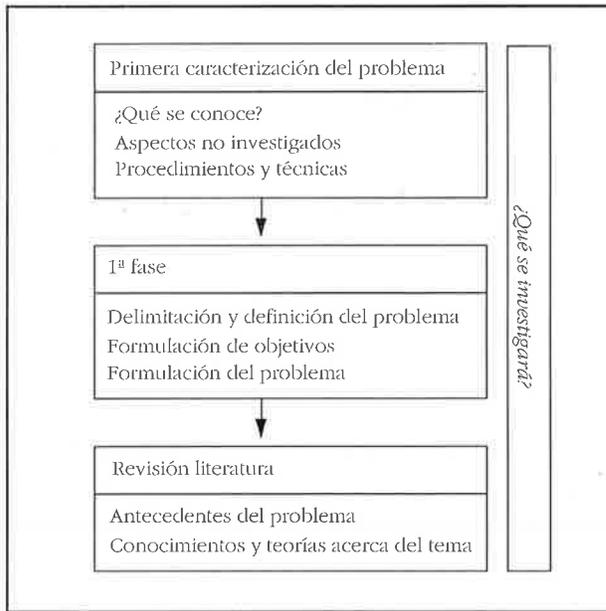


Figura 4. Proceso de investigación I.

**Formulación del problema**

Debe ser formulado de forma comprensible y operativa, con el fin de delimitar el campo de investigación y de aplicación posterior. Por ello el interés del tema debe referirse al interés social y al interés científico. La formulación debe ser clara y precisa, pero sobre todo operativa.

**Formulación de objetivos**

Los objetivos consisten en la descripción de los aspectos que se desean estudiar acerca del problema de investigación, con el fin de dar una respuesta lo más global posible a éste. Pero también incluyen la descripción de los resultados intermedios, que sumados dan una respuesta al problema en estudio. La formulación de objetivos debe cumplir las siguientes características.

- 1) Deben dirigirse a los elementos básicos del problema.
- 2) Deben denotar aspectos mensurables y observables.
- 3) Su redacción debe ser clara, precisa y concisa.
- 4) Los verbos utilizados al inicio de la formulación de cada objetivo deben estar en infinitivo y representar la posibilidad de medición.
- 5) El ordenamiento debe ser lógico referido al problema de estudio (p.e. debe ser primero "actualizar el conocimiento actual del problema" que "aportar un instrumento de evaluación").

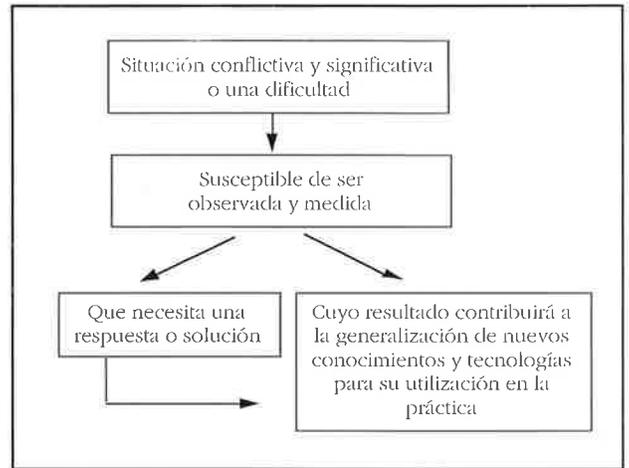


Figura 5. Problema de investigación.

**Conclusión de la primera fase: revisión de la literatura**

De forma operativa se le denomina también "rastreo bibliográfico" y consiste en actualizar los antecedentes del problema en la comunidad científica y sistematizar el estado de los conocimientos y de las teorías emitidas acerca del tema. Por la importancia de este punto nos vamos a permitir desarrollarlo en extensión.

**EL RASTREO BIBLIOGRÁFICO**

Decíamos con anterioridad que la revisión de la bibliografía consiste en actualizar los antecedentes del problema en la comunidad científica y sistematizar el estado de los conocimientos y de las teorías emitidas acerca del tema. Por lo tanto se requiere hacer una revisión actualizada y lo más en profundidad y detenida que sea posible.

**Selección de las fuentes**

Los aspectos principales a considerar son los siguientes: el tema objeto de la búsqueda bibliográfica, la secuencia de dicha búsqueda y, por fin, la fiabilidad de las fuentes empleadas, vamos a señalar algunos aspectos fundamentales para intentar aclararlos.

### **El tema**

En primer lugar es importante ajustarse, lo más posible, para el rastreo bibliográfico al tema objeto de la investigación lo que implica respetar el contenido previsto. Como recomendación útil se puede señalar que es eficaz ir de los conceptos más generales a lo más concreto del trabajo de investigación. De igual manera es de singular relevancia limitarse en la búsqueda a aquellos idiomas que se dominen y a un lapso de tiempo razonable.

### **Secuenciación**

Las fases recomendadas de forma operativa serían las siguientes:

- Revisión de conceptos generales y perspectivas históricas.
- Iniciar por los planteamientos generales del tema.
- Ir de lo más general a lo más específico.
- Buscar lo más representativo tanto en los aspectos descriptivos, como en la casuística que contemplan los diferentes estudios publicados y, por fin, limitarse lo más posible a un tiempo en el rastreo, tanto en lo retrospectivo como en lo prospectivo.

### **Fiabilidad**

Hay que tener un cuidado especial con los trabajos que se basan demasiado en valoraciones muy subjetivas de los autores porque pueden distorsionar los resultados. Se pueden sugerir las siguientes recomendaciones:

- a) Aspectos teóricos: deben estar claramente expuestos y con rigor. En Psiquiatría este aspecto se complica, sobre todo por las diferentes tendencias y perspectivas teóricas existentes en el panorama científico. No obstante desde cada una de las perspectivas teóricas los diferentes autores tienen un impacto determinado en cuanto al rigor de los planteamientos.
- b) Práctico/clínicos: la casuística y la metodología deben ser adecuadas, así como el contexto clínico en el que se hayan realizado.
- c) Metodologías: hay que evaluar la metodología empleada en el trabajo si es adecuada a los objetivos, si es una metodología ya abandonada o introduce modificaciones metodológicas actualizadas, etc.
- d) Publicaciones a seleccionar: existe una valoración de las revistas que se conoce como "impact factor", aunque es un método muy americanizado (con sus ventajas, pero también con sus muchos inconvenientes)

Como recomendación básica: iniciar la búsqueda en las revistas en español y posteriormente la de revistas internacionales.

- e) Idiomas seleccionados y el dominio de dichos idiomas, con el fin de poder integrar con facilidad los contenidos de dichos trabajos lo más exactamente.
- f) Los trabajos citados por varios autores se convierten en los clásicos de la materia, a pesar del tiempo que hayan transcurrido desde su publicación original.

### **El recorrido para el rastreo bibliográfico**

Existen dos grandes posibilidades: los medios escritos convencionales y los medios informatizados. Aunque los medios informatizados hoy en día se están generalizando con una relación precio/calidad inmejorable, creemos de especial significación conocer otras fuentes para realizar un rastreo bibliográfico de calidad.

#### **Medios escritos convencionales**

Son aquellos medios que utilizan fuentes escritas para la comunicación. La mayoría de ellos toman una serie de revistas que deben cumplir un mínimo de condiciones expuestas: normas estandarizadas de publicación (las más aceptadas son las conocidas como Normas Vancouver para las publicaciones biomédicas), existencia de jueces anónimos para los trabajos que se publican, presencia de la publicación en un mínimo de bibliotecas institucionales (variables para cada grupo, tanto en número como en calidad), etc. Se presentan por medio de los Resúmenes (fundamentalmente en inglés) de los trabajos originales y se seleccionan por temas de investigación (la importancia de las palabras clave de los trabajos hay que destacarla aquí), por Publicaciones periódicas y por autores firmantes de los trabajos.

- En español: el más prestigioso es el Índice Médico Español. Dirigido por el Prof. López Piñero, Cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.
- Internacionales: los fundamentales son Index Medicus (es el más selectivo de todos) y Excerpta Medica.

#### **Medios informatizados**

El avance tecnológico de la informatización hace que el rastreo bibliográfico se haya modificado sensible-

222

Autor: Apellido Inicial Nombre Título completo libro/artículo Ciudad Editorial/Publicación/año	Tema general: apartado que se recoge Págs. 1ª y última
	Contenido: 1) Valoración personal 2) Planteamiento general 3) Lo más interesante a destacar del texto 4) Partes textuales, se pone entrecomillado 5) Si no cabe en una ficha se pueden usar varias

Figura 6. Esquema de la ficha bibliográfica para el ordenamiento temático.

mente. Los bancos de datos bibliográficos tienen sus normas: hay que saber las publicaciones científicas que alimentan la base de datos y cuál es su fondo bibliográfico que poseen, se debe ser muy claro y explícito con la información que se introduce para solicitar la información: período a rastrear, idiomas y tema. En este tipo de medios juega un papel fundamental las *palabras clave* (mots clés/key words), son las palabras seleccionadas por los autores del trabajo que definen el área de la investigación, la importancia viene determinada por ser las puertas de entrada a los bancos de datos y al rastreo bibliográfico. Los recomendados son:

- El de la UNESCO, se consigue conectar con solicitud al Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.
- MEDLINE: es el más extendido y utilizado. Es un sistema CD-rom que aporta información de publicaciones internacionales de varios sistemas. Permite la selección por autores, por palabras claves (una o varias), aporta el resumen en inglés y la forma de localizar la publicación.
- Cuando se está conectado por suscripción al sistema INTERNET se consigue, por muy poco dinero, contactar con cualquier biblioteca o departamento universitario de reputación internacional. Entre ellas cabe destacar la Biblioteca del Congreso de EE.UU. de

Norteamérica, que pasa por ser una de las mayores fuentes de información científica y técnica del mundo.

### El fichero bibliográfico individual

Una vez localizada la bibliografía se recomienda que sea fichada y archivar la separata o la forma de localizarla. Para la redacción definitiva del trabajo de investigación debiera bastar con las fichas, cuando están realizadas de una forma lo suficientemente razonable.

### Ordenamiento de las fichas

- Por orden alfabético.

#### Ventajas:

- 1) La localización de los autores es sencilla, sobre todo para la transcripción de bibliografía para determinados trabajos (p.e. Tesinas de Licenciatura, Tesis Doctorales, capítulos de libros, etc.).
- 2) Facilita la obtención posterior de las separatas.

#### Inconvenientes:

- 1) Se debe tener una aceptable memoria para unir el autor con el contenido de su trabajo.
- 2) Lentitud en la organización y el rastreo posterior de los contenidos.
- 3) Es un procedimiento lento para la transcripción de bibliografía para las publicaciones habituales, sobre

todo para las que se acogen a la normativa internacional de Vancouver.

4) Falla en el orden cronológico.

- Por orden temático:

*Ventajas:*

1) Orden de acuerdo al índice temático que uno mismo ha construido.

2) Selecciona las ideas en base a los conceptos que se van a tratar.

3) En su seno se respeta el orden alfabético y cronológico.

4) Puede servir para varios trabajos.

*Inconvenientes:*

1) Cuando se precisa el orden alfabético se necesita realizar un fichero paralelo.

### La ficha de recogida de datos

Se recomienda tener a mano un papel y un bolígrafo siempre que se trabaja con bibliografía. En toda circunstancia se pueden tomar notas que luego es preciso ordenar y sistematizar. Parece que es un método pesado, pero facilita mucho la tarea y, con el tiempo, se interioriza y consigue establecer una ordenación de esas mismas ideas.

- El esquema de la ficha: se adjunta en la figura 6.
- El contenido de la ficha también se esquematiza en la parte interior de la figura 6.
- El desarrollo de los sistemas informáticos ha facilitado que existan programas para la recogida y archivo bibliográfico. Son programas muy útiles, pero el esquema es, básicamente, el expuesto con anterioridad.

### 2ª FASE: ¿CUÁL ES LA BASE TEÓRICA DEL PROBLEMA QUE SE PRETENDE INVESTIGAR?

En cualquier trabajo de investigación se necesita un marco teórico de referencia. De tal suerte que la inexistencia de uno puede invalidar todo el trabajo de investigación. La teoría se articula en torno a dos fundamentos: (Fig. 7) la formulación de hipótesis y las variables utilizadas.

#### La formulación de hipótesis

##### Concepto de hipótesis

En el concepto de la hipótesis de una investigación están incluidos los siguientes aspectos: la hipótesis

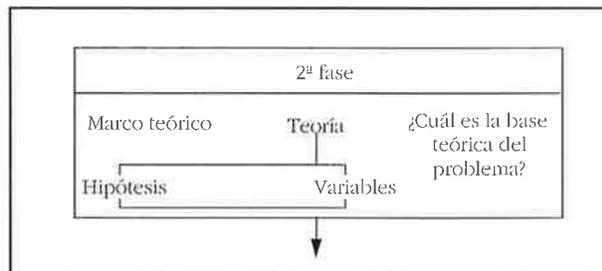


Figura 7. Proceso de investigación II.

consiste en una explicación anticipada de lo que va a acontecer en el proceso de investigación. En lo que se incluye la suposición de las relaciones existentes entre hecho o fenómenos. La hipótesis supone un eslabón entre la teoría o marco teórico y la investigación en sí misma. Lo importante de una hipótesis es que conduzca al descubrimiento de nuevas aportaciones o que su respuesta posibilite el planteamiento de nuevas hipótesis.

#### Características básicas de la hipótesis

- 1) La hipótesis se formula de forma afirmativa.
- 2) La formulación de una hipótesis debe clara y sencilla.
- 3) La formulación podrá ser explicativa o predictiva.
- 4) La hipótesis debe ser susceptible de verificación.
- 5) La hipótesis relaciona entre sí a dos o más variables.
- 6) Es deseable que la formulación señale lo más significativo y relevante de los que se pretende conseguir en la investigación.

#### Las variables de la investigación

Las variables hacen referencia a los múltiples aspectos y componentes que se evalúan en una investigación y de las que su modificación puede depender el resultado final. En Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y la adolescencia, al igual que en la práctica totalidad de las investigaciones en el sistema sanitario, son *variables complejas*, por ello se precisa operativizar la complejidad, sugerimos con Graziano y cols. los siguientes pasos para operativizar una variable compleja (Fig. 8). La gran importancia de conocer los diferentes tipos de variables que intervienen en una investigación hace que dediquemos un apartado específico para ellas.

224

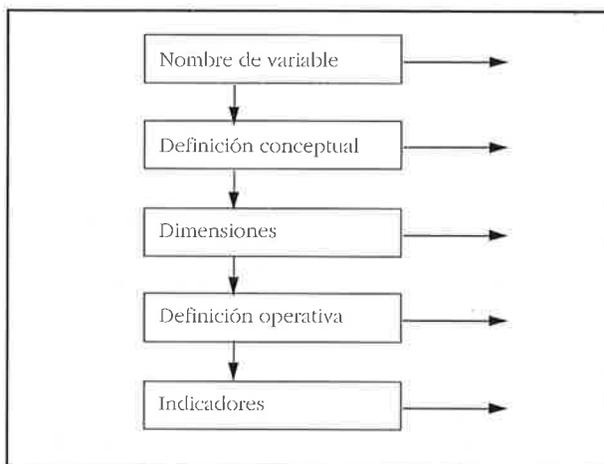


Figura 8. Operacionalización de una variable compleja.

#### **Nombre de la variable**

Es el nombre por el que vamos a denominar y conocer a esa variable durante el proceso de investigación (p.e. “accesibilidad”).

#### **Definición conceptual**

Se refiere a la definición que adopta el equipo investigador para esa variable (p.e. “incluimos como accesibilidad la mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud mental infantil para recibir asistencia”).

#### **Dimensiones**

Consiste en qué vamos a incluir de forma operativa, las partes que incluimos en la definición (p.e. en el caso de la accesibilidad: “accesibilidad geográfica, accesibilidad económica y accesibilidad cultural”).

#### **Definición operativa**

Consiste en las definiciones de cada una de las dimensiones y que posibilita su comprensión práctica (p.e. “accesibilidad geográfica: distancia del domicilio del paciente/cliente/usuario de la unidad de salud mental infantil. Se mide por el tiempo que tarda en realizar el traslado desde el domicilio familiar a la unidad asistencial”, “accesibilidad económica: disponibilidad de recursos para la atención según la importancia del gasto que ésta requiera”, y “accesibilidad cultural: percepción de problemas de salud mental que requieren atención

según los conocimientos de la evolución de un problema emocional o afectivo determinado en la infancia y que no haya sido atendido de forma satisfactoria”).

#### **Indicadores**

Son los aspectos medibles y comunicables de la variable compleja (p.e. “accesibilidad geográfica: horas y minutos”, “accesibilidad económica: niveles de valoración de la importancia para la familia”, y “accesibilidad cultural: niveles de conocimientos”).

### **DIFERENTES TIPOS DE VARIABLES DE UNA INVESTIGACIÓN**

#### **Variables conductuales**

Son aquellas que producen una respuesta externa y, por lo tanto, observable de un sujeto.

#### **Variables de estimulación**

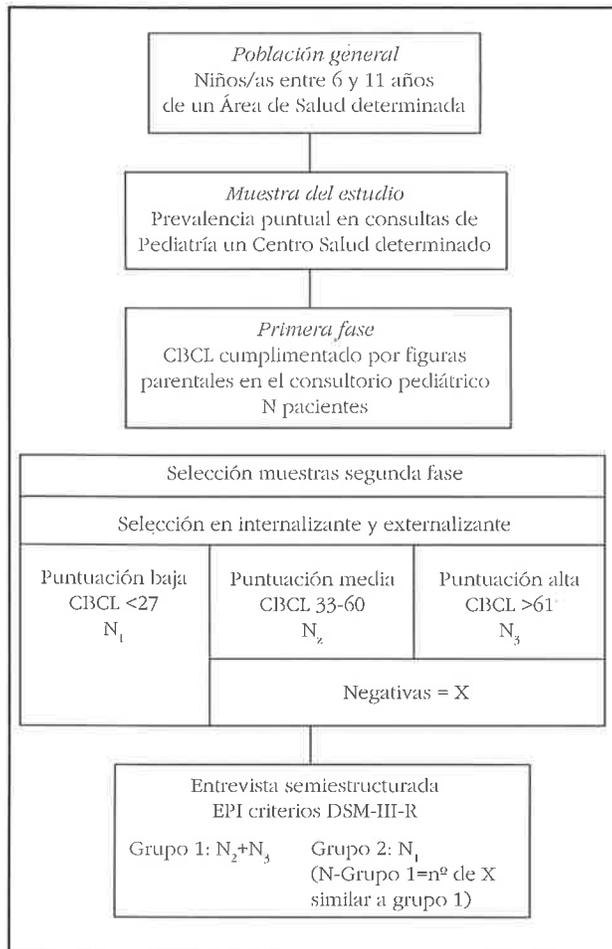
La conducta acontece siempre en el contexto, entendiendo por tal la situación total donde aparece la conducta del sujeto y todos los diferentes estímulos que suceden en la situación dada. Serían por lo tanto los acontecimientos que suceden en el contexto y que poseen un efecto actual o potencial en la respuesta del sujeto.

#### **Variables orgánicas o subjetivas**

Son aquellas variables que dependen de las características del sujeto: edad, sexo, inteligencia, cultura, actitudes raciales, habilidades artísticas, clase social, etc. Unas pueden ser observables externamente (sexo, edad, talla, peso, etc.) y se las denomina *orgánicas*, suelen utilizarse para establecer grupos de sujetos para la investigación. Otras variables se infieren de la conducta del sujeto y son las variables *subjetivas*.

#### **Variables dependientes e independientes**

- La variable dependiente* no es modificada directamente por el investigador, pero sus cambios son observables y medibles por él.
- Las variables independientes* pueden ser: modificables (cuando el investigador controla la modifica-



**Figura 9.** Ejemplo de selección y composición de las muestras en una investigación en doble fase.

ción por manipulación activa) e inmodificables (cuando no están directamente bajo el control del investigador).

c) *La relación causal entre dos variables* se establece cuando cambios que acontecen en una variable origina un cambio predecible en la otra. Una aclaración previa: dependiendo del tipo de investigación que se realice, una variable dependiente en un estudio puede ser independiente en otra investigación. Según esta relación, la investigación puede ser clasificada de la siguiente forma:

- *Investigación correlacional:* la distinción entre ambas no es necesaria.

- *Investigación por observación natural:* la variable independiente no está claramente definida.
- En algunas investigaciones la conducta observada no es propiamente una variable dependiente y es sólo una *variable de interés observacional*.
- *Investigación diferencial:* hay variables independientes que no son directamente manejadas por el investigador (las que caracterizan a los sujetos), pero sirven como tales y como guía para la observación e interpretación de los cambios que acontecen en la variable dependiente.
- *Investigación experimental:* la distinción entre ambos tipos de variables es fundamental
- *Investigación psicológica:* las posibilidades más frecuentes son las siguientes:
  - 1) Variable independiente manipulable: variable estimulación.
  - 2) Variable independiente no manipulable: variable orgánica.
  - 3) Variable dependiente: respuesta variable.

### Variables extrañas

Son aquellas variables cuya influencia puede reducir la validez de un estudio y no pueden ser controlables al inicio de la investigación ni, en ocasiones, pueden preverse por el investigador al iniciarla, por lo que son interferencias con un poder variable. En las investigaciones psicopatológicas deben tender a reducirse tanto las que dependen de la conducta de los sujetos, como las emanadas del investigador. Este tipo de variables suelen estar muy presentes en los métodos observacionales, hasta tal punto que pudieran llegar a invalidarlos o bien dificultar la obtención de conclusiones claras desde los resultados que se hayan obtenido.

La forma de superar este tipo de interferencias en la investigación, producidas por las variables extrañas, consiste en realizar un control de todo el proceso de investigación. Dicho control va dirigido a los métodos que sistemáticamente emplea el investigador, con el fin de reducir las posibles dudas hacia la validez del estudio por la existencia de influencias extrañas en la conducta del sujeto o del observador o de ambos. Para controlar el impacto negativo de las variables extrañas se precisa:

### Utilizar diseños fiables y contrastables

Siempre que sea posible. El uso de medios técnicos como el vídeo o el espejo unidireccional son medidas

**Tabla 1** Síndrome de Asperger

### Mirada

Vacía  
Lejana  
No mirada directa  
Mirada de soslayo  
Expresión de maldad (cuando crisis)  
Mirada que resbala sobre objetos y personas

### Mímica

Pobre  
Soñolienta  
Vacía  
Ademanos estereotipados  
Vivaz (cuando crisis)  
Tenaz (cuando crisis)  
Envejecida (cuando crisis)

### Lenguaje

Monótono  
Voz baja, susurrante  
Confuso  
Alejado  
Declamatorio, patético  
Inadecuado a la situación y al contenido  
Correcto en gramática y con hilaciones lógicas  
Original, creador  
Modismos o conceptos de adulto  
Expresiones adecuadas no oídas  
Neologismos  
Inversión pronominal  
No les importa el interlocutor  
Farfullean para sí mismos  
Espontáneo sin finalidad  
No responden  
Aprenden a hablar antes que a andar

### Torpeza motora

Dificultad para andar, vestirse, anudarse...  
Gran habilidad para sus intereses  
Motricidad torpe, rígida, carecen de esquema corporal  
Enuresis  
Encopresis

### Pensamiento

No aprenden de los demás sino de ellos mismos  
Se basan en su propia experiencia  
Intereses limitados, concretos y poco útiles  
Distanciamiento consigo mismo  
Discriminación en gustos (comidas, estéticos)

### Sentimientos

Objetividad frente a la propia maldad  
Refinados, astutos, provocadores  
No excusan sus fechorías; se vanaglorian de sus fechorías

### Conducta

Caprichoso  
Irritable  
Poco accesible  
Son extraños  
No participan  
Viven en sí mismos

### Afectividad

Rechazo de afecto y cariño  
Se retrae en sí mismo  
Se enoja  
Frialdad ante familiares  
Ansiedad ante cambios  
Sadismo  
Reacciones contradictorias  
Anomalías de sentimiento  
Fijación fetichista hacia objetos o animales

### Estereotipias

Movimiento de rotación, oscilación o aleteo  
Manipulación repetitiva de objeto fetiche  
No juego útil  
Irritabilidad ante la contrariedad  
Fijación obsesiva

### Rendimiento escolar

Precocidad en la lectura

1) Figuras geométricas: realiza la cruz, el cuadrado y se aproxima al rombo.

2) Figura humana: 3 puntos EM=3,9 CI=140.

3) Terman: EM=3,6 CI=130 (supera sólo dos pruebas de los años 3, 4 y 5).

4) Lectura: lee frases completas con facilidad, de forma rutinaria.

5) Escritura: escribe papá, mamá, nene con letras grandes y deformadas (Fig. 1).

Completamos las observaciones en otras dos entrevistas, a las que el niño viene contento, teniendo rabietas al irse. La

madre recelosa y desconfiada no ve necesario otras consultas pues sólo desea saber a qué colegio deberá ir.

El comportamiento durante la entrevista así como los aspectos que hemos comentado junto con una discordancia en las pruebas de inteligencia en el nivel de las diferentes áreas, nos van haciendo sospechar un diagnóstico del área de las psicosis. Nos planteamos la necesidad de hacer el *diagnóstico diferencial* con los siguientes trastornos: Superdotado, Síndrome de Asperger, Autismo y Disarmonía evolutiva.

Para descartar el primer diagnóstico pasamos el test de diagnóstico del desarrollo de A. Gessell, que pone de relieve

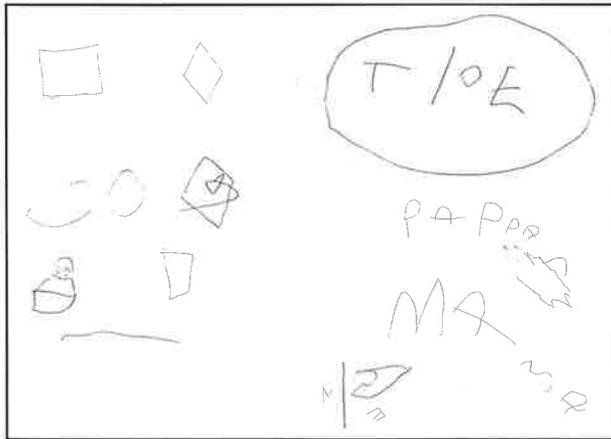


Figura 1.

una gran discordancia entre el nivel de lenguaje (entre 36 y 42 meses) y la motricidad, el área adaptativa y personal-social (menor de 30 meses).

Para descartar autismo pasamos a la escala ERC-A III (Bretonneau, 1985) en la que puntúa alto en algunos síntomas pero no en otros por lo que no se puede concluir que se trate de un autismo.

También comparamos la clínica con la descripción de la Disarmonía evolutiva recogida en el trabajo de Mises<sup>(10)</sup> encontrando semejanzas en algunos síntomas pero sin que claramente se corresponda el cuadro en toda su totalidad.

Respecto al Síndrome de Asperger, comparamos la clínica con la descripción dada por el propio Asperger en su trabajo

"Autismo en la edad infantil" encontrando la mayor semejanza con los síntomas presentados por T. durante la entrevista y la exploración, de entre todos los cuadros antes citados.

#### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Aunque cumple algunas características del trastorno autista y de la disarmonía evolutiva, creemos que la clínica observada en T. se ajusta perfectamente a la descripción dada por el propio Asperger, descripción que nos parece muy interesante de utilizar, pues por la dificultad de establecer una frontera clara entre todos los trastornos generalizados del desarrollo, y más en el caso de un paciente con 2,8 años de edad, nos aclara mejor el diagnóstico que la DSM-IV u otras clasificaciones al uso (CIE-10) en las que los criterios están referidos a edades más avanzadas.

Aun así y debido a la precocidad de la presencia de los síntomas, para confirmar el diagnóstico necesitaremos esperar la evolución.

Nos está resultando difícil su seguimiento al resistirse los padres, pues no tienen conciencia del problema que hemos empezado a indicar suavemente. Hemos contactado con el Equipo de atención temprana de educación y ciencia para realizar la orientación escolar adecuada y a través de ello esperamos poder ir controlando su evolución.

J. Rodado

M. J. Rodado

C. Gómez-Ferrer

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Comunidad Autónoma de Murcia

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mardomingo M. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- 2 Rodríguez Sacristán J. *Psicopatología del niño y del adolescente. Manuales Universitarios*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995.
- 3 Asperger H. Die autischen psychopathen in kindersalter. *Arch Psychiatrie Nervenkrankheiten* 1994; **117**:76-146.
- 4 Kanner L. *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Paidós-Psique, 1966.
- 5 Asperger H. Autismo en la edad infantil. *Folia Clínica Internacional* 1969; **19**(2):76-92.
- 6 Mendiguchía FJ. *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: Del Castillo, 1980.
- 7 Rutter M, Schopler E. *Autismo*. Madrid: Alhambra Universidad, 1984.
- 8 Wolf S, Barlow A. Squizoid personality in childhood: a comparative study of squizoid, autistic and normal children. *J Child Psychol Psychiat* 1979; **20**:19-46.
- 9 Gómez-Ferrer C, Ruiz MJ, Coy L, Peñalver JM. Trastornos psicóticos límites en la infancia y adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (en prensa).
- 10 Mises R, Moniot M. *Los comportamientos psicóticos del niño*. Cuadernos de información para el Médico general. Madrid: Roche, 1980.

Todos los medios de información se han echo eco y recogido noticias de la celebración en Madrid, el pasado mes de agosto: del 23 al 28, del X Congreso Mundial de Psiquiatría. Congreso que, avalado por el elevado número de trabajos requiriendo la celebración de numerosos actos simultáneamente, el alto nivel científico, la magnífica organización y los más de 10.000 especialistas asistentes de todo el mundo, ha sido todo un éxito. Todo lo que ha confirmado como muy acertada la decisión de la Asociación Mundial de Psiquiatría de elegir Madrid como sede del Congreso y al Profesor Dr. D. Juan José López-Ibor como Presidente del Comité Organizador del Congreso. Es a destacar que España es el único país que repite sede (lo fue en 1966 organizado por el padre del mencionado Prof. López-Ibor).

Así, este encuentro ha constituido la ocasión de tener una visión actual de la psiquiatría mundial. Ésta es la razón de recoger algunos de los trabajos de paidopsiquiatría presentados en este congreso.

#### **TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS**

García Álvarez y cols.<sup>(1)</sup> presentan los resultados de un estudio multicéntrico sobre 102 casos de niños y adolescentes con Trastornos de ansiedad. Pacientes atendidos durante casi tres años (42 en Madrid, 33 en Florida y 21 en Santo Domingo) con técnicas de biofeedback. El tratamiento fue dirigido con las siguientes variables fisiológicas: electromiografía, temperatura periférica y respuesta electrodermal.

Los resultados fueron óptimos en todos los casos concluyendo que el uso de estas técnicas psicofisiológicas es de gran eficacia en este tipo de procesos patológicos constituyendo un «tercer camino» terapéutico, con la farmacoterapia y la psicoterapia, en adolescentes.

#### **TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN ATÍPICA EN JÓVENES**

Diversos autores (Glatzel J, Huber G, 1968; Tsutsulkovskaya M, 1982) han señalado que jóvenes con cuadros de clínica negativa, de tipo estados defectuales (con síntomas tales como apatía, anhedonia, astenia, problemas de comprensión, trastornos mnésicos sin trastornos tímicos francos, retardo motor) que remedan la esquizofrenia simple corresponden a trastornos reversibles.

En este sentido, Oleichik<sup>(2)</sup>, de Moscú, estudió una muestra, presentando estas características clínicas, de 85 pacientes, entre 15 y 25 años, utilizando entrevistas psiquiátricas, cuestionarios (HDS, Beck, SPQ), y estudio EEG. La mayoría fue repetidamente estudiada.

Resultados: encuentra en la base de esta sintomatología la presencia de trastornos depresivos inestables (humor melancólico o ansioso, ideas de inferioridad, sentimientos de culpa, oscilaciones diurnas e ideas de suicidio) que permiten identificarlos como una forma atípica de depresión del adolescente. El 38% presentaba trastornos depresivos y el 68% trastorno de personalidad esquizotípico con comorbilidad de rasgos depresivos. Encontrando que los ISRS eran más efectivos que los tricíclicos en estos trastornos.

#### **RESPUESTA TERAPÉUTICA DEL SÍNTOMA COMPULSIVO EN UNA PACIENTE JOVEN DIAGNOSTICADA DE TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA INFANCIA**

En este trabajo<sup>(3)</sup> se presenta la evolución terapéutica de un síntoma compulsivo de escritura en una joven paciente diagnosticada de trastorno esquizoide de la infancia.

Concluyendo Gonzales Gómez y cols, de Pontevedra, en la eficacia del tratamiento asociado de terapia farmacológica y cognitiva.

#### **TRATAMIENTO DEL TOC Y EVOLUCIÓN DEL SPECT EN UN ADOLESCENTE**

Ricardo García y cols, de Santiago de Chile, describen<sup>(4)</sup> el curso clínico, tratamiento y SPECT correspondiente de un adolescente afecto de TOC con unos alentadores resultados.

El caso se trata de un niño de 13 años afecto de un severo TOC con ideación obsesiva (en relación con temores de muerte o de accidente de sus padres) y rituales compulsivos de tocar y comprobar. Como sintomatología asociada presentaba: rechazo a acudir a la escuela y conductas de aislamiento. Su puntuación en la Escala de Yale Brown fue de 27.

La exploración neurológica y EEG fueron normales. El SPECT reveló un incremento de la perfusión en el giro cingulado y una hipoperfusión en el lóbulo frontal dorsal izquierdo en comparación con una muestra normal.

Aplicando un tratamiento multimodal: educativo, farmacológico: fluoxetina 60 mg con técnicas conductuales y abordaje social.

A la 6ª semana empezó a mostrar mejoría clínica; en la 10ª una mejoría significativa con una Escala de Yale Brown de 7 y el SPECT normalizado; en la 15 semana, con una dosificación de fluoxetina de 40 mg, volvió a la escuela y a la semana 26 estaba asintomático.

Demostrándose un SPECT anormal en un niño de 13 años afecto de un severo TOC y su normalización con la mejoría clínica frente a un adecuado tratamiento.

### UTILIZACIÓN DE AZALEPTIN EN UNA CLÍNICA MENTAL PARA NIÑOS

El azaleptin es el análogo ruso de la clozapina registrado en ese país. Este fármaco es producido en forma de gránulos de 5 y de 10 mg.

En este trabajo Balakireva<sup>(5)</sup> estudia el efecto terapéutico del azaleptin en la esquizofrenia hebefrénica, la catatónica, otra esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de conducta siguiendo criterios de la CIE-10.

La muestra estaba constituida por 43 niños (30 chicos y 13 chicas), la mayor parte del grupo tenía entre 8 y 13 años. La dosis diaria fue de 30 mg, o 5-10 mg en una vez.

El máximo efecto fue conseguido en el tratamiento del síndrome de imaginación patológica, tipo delirio, en la esquizofrenia (100%), seguido de una considerable mejoría de los trastornos tipo catatónicos (75%). Los síndromes hebefrénicos mejoraron en el 42,8% de los pacientes mientras que los trastornos de tipo psicopático mejoraron en un 50% de los casos.

Efectos adversos: no se observaron efectos adversos graves tales como: trombocitopenia, granulocitopenia. Detectando: somnolencia en los primeros días (10 casos), hipotensión ortostática matutina (n= 6) e inhibición de las funciones cognitivas (n= 8).

### LA CLOZAPINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO

Mandoki, en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Florida, realizó un estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas, de los niños ingresados con el

diagnóstico de esquizofrenia y tratados con el antipsicótico atípico clozapina: encontrando 10 casos<sup>(6)</sup>. La mejoría fue medida utilizando la Escala de Valoración de la Actividad Global (GAF).

La clozapina mostró ser efectiva en la esquizofrenia de inicio precoz, no existiendo casos de agranulocitosis o granulocitopenia o de que la medicación hubiera sido suspendida a causa de los efectos secundarios. El efecto secundario más común fue la somnolencia.

Concluyendo que la clozapina es efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia de inicio temprano. Ahora bien, a causa del riesgo de agranulocitosis o granulocitopenia tanto como el requisito del control hemático semanal únicamente debe ser usada en casos refractarios a neurolépticos típicos o en formas crónicas de la enfermedad.

### LA RISPERIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO

Mandoki<sup>(7)</sup> estudia la eficacia del antipsicótico atípico de la risperidona en una muestra de 10 niños diagnosticados de esquizofrenia y utilizando para valorar la mejoría la escala GAF.

*Resultados.* La risperidona resulta eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia de inicio temprano. Sin embargo el desarrollo de reacciones agudas distónicas fue mayor que el referido en los estudios con adultos.

Siendo convenientes estudios adicionales comparativos doble ciego con antipsicóticos típicos y el antipsicótico atípico clozapina.

**X. Gastaminza**

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 García Álvarez AR, Herrera Pino JA, Quintero Lumbreras FJ, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Shoendorf Rodríguez G. Treatment of anxiety in children. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:26.
- 2 Oleichik I. Atypical depression in youths: clinical states and treatment. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:32.
- 3 Gonzalez Gómez E, Acuña Gallego J, Gómez Calle A. Evolution of a compulsive symptom in a young female patient diagnosed of an infancy schizoid disorder. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:33.
- 4 García R, de la Barra F, Mena I, Neubauer S. OCD treatment and SPECT course in one adolescent patient. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:33.
- 5 Balakireva E. The use of granulated azaleptinum at mental clinic for children. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:36.
- 6 Mandoki MW. Clozapine in the early onset of schizophrenia. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:63.
- 7 Mandoki MW. Risperidone in the early onset of schizophrenia. En: Vistosky H, Lieh Mak F, López-Ibor JJ, eds. *Abstracts of the X World Congress of Psychiatry*. Madrid, august 23-28, 1996;2:73.

232

**PREVENCIÓN DE LOS ABUSOS SEXUALES DE MENORES Y EDUCACIÓN SEXUAL**

*F. López Sánchez*

Salamanca: Amarú Ediciones, 1995:183 págs.

Félix López Sánchez es un estudioso del tema de los abusos sexuales en la infancia en general y en concreto en nuestro país, pudiendo destacar el amplio trabajo de investigación sobre abusos sexuales en España (con un equipo de colaboradores del departamento de Psicología de la Universidad de Salamanca) que patrocinado por el Ministerio de Asuntos Sociales lo publicó en 1994.

En esta obra, después de una introducción y una aproximación general al tema de los abusos sexuales se plantea el núcleo de la obra: una revisión crítica de los programas de prevención de los abusos sexuales que vienen siendo habitual en EE.UU y Canadá, planteando una propuesta que supone un cambio en el contexto, la actitud y los contenidos, criticando los programas aplicados en forma aislada y defendiendo su inclusión en los programas de Educación Sexual y Educación para la salud.

Acompaña el texto de unos claros esquemas y cuadros que destacamos así como los apéndices (principios y estrategias de intervención, instrumentos de evaluación, instrumentos profesionales, criterios de salud sexual y una recopilación sobre el maltrato infantil, abusos sexuales y el código penal).

**R. Vacas Moreira**

**AGRESIÓN SEXUAL. Evaluación y tratamiento en menores**

*B. Vázquez Mezquita*

Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1995:100 págs.

En esta monografía se presenta, con una orientación eminentemente práctica y un enfoque ecléctico, una obra que tiene por objeto servir de guía para cualquier profesional que deba afrontar un caso de abuso sexual.

Después de una primera parte que revisa de una forma resumida el tema (concepto, incidencia y prevalencia, actitud del profesional ante la detección del abuso sexual, secuelas, características de la paidofilia y del incesto como forma de abuso sexual) plantea la evaluación y la elaboración de un programa psicoterapéutico. Finalizando la obra con unos supuestos prácticos que presentan cinco casos.

El formato, tipo libro de bolsillo, facilita su manejo.

**R. Vacas Moreira**

**TRATADO DE PSIQUIATRÍA, 2ª edición**

*R. E. Hales, S. C. Yudofsky, J. A. Talbot (eds.)*

Barcelona: Áncora, 1996:1647 págs.

Una segunda edición de una obra es una confirmación de éxito y éste es el caso de la presente publicación comentada.

Inicialmente se planteó siguiendo el modelo del Libro de Texto de Medicina de Harrison, buscando tanto un libro de Introducción a la Psiquiatría (para estudiantes de medicina) como un libro de consulta para el clínico, siendo publicado originariamente, en Washington, por The American Psychiatric Press. Con esta segunda edición, confirmando la consecución de su objetivo, considero que ha llegado a crear su propio espacio y estilo.

Esta edición reúne 86 prestigiosos autores que, tras tres años de trabajo y pese a buscar exponer lo esencial en Psiquiatría, han tenido que ampliar la obra en un 20% sobre la anterior edición en función del incremento de conocimientos en psiquiatría. En este sentido han añadido nuevos capítulos sobre: factores psicológicos que afectan al estado físico, trastornos ficticios y simulación, trastornos del dolor, psicoterapia breve de orientación dinámica, terapia cognitiva, la mujer en la psiquiatría y la formación en psiquiatría.

Se ha de destacar el esfuerzo del equipo de traducción, de la Universidad Autónoma de Barcelona, y de la editorial Áncora que, en menos de un año de la publicación original en inglés, nos han permitido contar con la obra traducida e impresa.

En fin una buena obra de consulta actualizada.

**R. Vacas Moreira**

**ANTIDEPRESIVOS EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

*J. Vallejo, C. Gastó (eds.)*

Madrid: Mosby-Doyma libros, 1996:118 págs.

Los autores realizan, desde una perspectiva clínica, una revisión de los llamados fármacos antidepresivos. Revisión publicada cuando se cumplen, casi los 40 años de la presentación de la primera comunicación científica sobre los antidepresivos.

La melancolía, las depresiones no melancólicas, la depresión postpsicótica, los trastornos de ansiedad y fobias, los trastornos obsesivos, los trastornos del sueño, los trastornos de la personalidad, la bulimia nerviosa, la infancia y la adolescencia son los grupos de posibles indicaciones abordadas en el libro.

Destacando, por su especial interés paidopsiquiátrico, el capítulo de los antidepresivos en la infancia y la adolescencia, a cargo del Dr. Toro. El estilo conciso, respaldado por una extensa bibliografía y la gran experiencia clínica de sus autores proporciona una obra que facilita una actualización condensada de los antidepresivos en la práctica clínica.

**X. Gastaminza**

---

Involuntariamente se produjeron los siguientes errores en el pasado número de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, número 2/96, Abril-Junio 1996.

En el **Comentario breve** (págs. 79-80), firmado por J. Tomás i Vilaltella no aparecía el título del artículo que era «*Calidad de vida*».

En el **Comentario de publicaciones**, se indicaron distintos autores a los reales. Los redactores de los comentarios son los siguientes:

***El cerebro sexual:*** M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo Sanz (Págs. 154-155).

***Glosario de psiquiatría:*** Prudencio Rodríguez Ramos (Págs. 155-156).

•

234

**XV CONGRÉS DE METGES I BIÒLEGS DE LLENGUA CATALANA**

*Información y secretaría:* 15è CMBLC. Apartado 16009; 08080 Barcelona. Te. (93) 448 23 73. Fax. (93) 334 10 79.

*Lugar:* Edificio Central de la Universidad de Lérida. Rambla d'Aragó, s/n. Lérida.

Lérida, de 30 al 2 de noviembre de 1996

**IV JORNADAS DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA AEN: «Patología y cronicidad en infancia y adolescencia»**

*Secretaría:* Secretaría de la AEN. Villanueva, 11, 3º; 28001 Madrid. Tel. (91) 431 49 11.

*Organiza:* Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en colaboración con la Fundación Rey Alfonso XIII.

*Lugar:* Salón de Actos de Previsión Sanitaria Nacional. Villanueva, 11 - Madrid.

Madrid, 15 de noviembre de 1996

**II SIMPOSIUM INTERNACIONAL: STRESS Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y JUVENTUD**

*Organización:* Cátedra de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

*Secretaría:* Ultramar Exprés. Diputación, 238 3º; 08007 Barcelona. Tels. (93) 482 71 40 - 482 71 50. Fax. (93) 482 71 58.

*Lugar:* Palacio de Congresos.

Barcelona, de 3 al 6 de diciembre de 1996

**JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD**

*Secretaría:* Nuria Bassas. Unitat de Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129; 08035 Barcelona. Tel. (93) 427 20 22 Ext. 2330

*Lugar:* Sala de Actos del Pabellón Docente de los Hospitales Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129; 08035 Barcelona.

Barcelona, de 16 a 18 de enero de 1997



# enuresis nocturna

un trastorno de gran prevalencia

el 50% de los enuréticos nocturnos permanecen ocultos

**FERRING**

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

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

famix



# Minurin<sup>®</sup> Desmopresina

## Aerosol nasal 5 ml

única respuesta actual y eficaz  
al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

**MINURIN** Aerosol nasal. Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP), es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural, careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada. Composición Cuantitativa: Por 100 ml Desmopresina (D.C.I.) 10 mg Excipiente c.s.p 100 ml. Un ml de solución contiene 0,1 mg de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg de Desmopresina. Indicaciones: Enuresis nocturna. Diabetes insípida. Posología: Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones). Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la Desmopresina. Precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: No se han descrito. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente. Intoxicación y su tratamiento: No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida. Condiciones para su conservación y almacenamiento: Entre 2° y 8° C. Presentación: Un frasco-aerosol de 5 ml. F.V.P. (IVA): 5.265 Ptas.

**FERRING**

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.  
P<sup>º</sup> de la Habana, 15 28036 Madrid.  
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

famix