

Año 1993

Nº 1

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S. A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Manerix[®]

m o c l o b e m i d a

PRIMER ANTIDEPRESIVO RIMA

UNA ELECCION LOGICA EN TRASTORNOS DEPRESIVOS



COMPOSICION: El Manerix[®] contiene como principio activo, la moclobemida (DCI) y se presenta en forma de comprimidos con 150 mg de sustancia activa. Contiene lactosa. **PROPIEDADES:** La moclobemida es un antidepresivo que actúa sobre el sistema neurotransmisor cerebral monoaminérgico mediante la inhibición reversible de la monoaminoxidasa, principalmente del tipo A (RIMA). Disminuye así el metabolismo de la noradrenalina y serotonina incrementándose, por tanto, las concentraciones de estos neurotransmisores. El fármaco se metaboliza casi por completo antes de ser eliminado; menos del 1% de la dosis se excreta por vía renal de forma inalterada. Los metabolitos formados se eliminan igualmente por vía renal. La moclobemida es eliminada rápidamente en el organismo. **INDICACIONES:** Depresión mayor, moderada y grave. **ADMINISTRACION Y POSOLOGIA:** La dosis inicial es de 300 mg diarios (en dos o tres tomas) después de las comidas. En caso necesario, la dosis se aumentará hasta 600 mg/día en función de la gravedad de la depresión. La respuesta individual permitirá una reducción de la dosis diaria a 150 mg. Cuando el metabolismo hepático esté gravemente alterado por enfermedad hepática o por consumo de un fármaco (tipo cimetidina) que inhibe la actividad de la monoaminoxidasa microsomal, se reducirá la dosis diaria de moclobemida a la mitad o a un tercio para alcanzar niveles plasmáticos normales. **CONTRAINDICACIONES:** Estados de confusión aguda. Niños. Hipersensibilidad conocida al fármaco. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Pueden aparecer alteración del sueño, vértigos, náuseas, dolor de cabeza y confusión. **PRECAUCIONES:** Los pacientes depresivos con excitación o agitación como característica clínica predominante, no deberán tratarse con Manerix[®] o si se hace, debe asociarse a un sedante (p. ej. una benzodiazepina), durante no más de 2-3 semanas. Debido a la ausencia de datos clínicos no se administrará la moclobemida a pacientes depresivos con esquizofrenia y alteraciones orgánicas esquizoafectivas. Puede aparecer inquietud o agitación en pacientes depresivos. Los pacientes con hipertensión deberán evitar el consumo de grandes cantidades (> 100 g) de queso curado en una comida. Consideraciones farmacológicas teóricas indican que los inhibidores de la MAO, podrían desencadenar una reacción hipertensiva en pacientes con tirotoxicosis o feocromocitoma. Al carecerse de experiencia con la moclobemida en este grupo, se recomienda precaución antes de prescribir el fármaco. Los pacientes con tendencia al suicidio deben controlarse estrictamente al inicio del tratamiento. El tratamiento de un episodio depresivo en un trastorno bipolar puede provocar episodios maníacos. **INTERACCIONES:** En animales, la moclobemida potencia los efectos del ibuprofeno y de los opiáceos. Por tanto, deberá ajustarse la dosis para estos fármacos. No existe evidencia de interacción entre moclobemida y morfina, fentanilo y codeína. Por el momento no se recomienda la combinación con petidina. En los estudios farmacológicos clínicos, la moclobemida muestra una interacción con tiramina mucho menor que los inhibidores irreversibles de la MAO. Hasta ahora ninguna interacción clínicamente relevante ha sido observada entre la moclobemida y los alimentos que contienen tiramina. La cimetidina inhibe el metabolismo de la moclobemida. La dosis normal de moclobemida deberá reducirse a la mitad en aquellos pacientes tratados con cimetidina. El tratamiento con antidepresivos tricíclicos u otros puede iniciarse sin periodo de descanso. Existe la posibilidad de que el efecto farmacológico de simpaticomiméticos administrados por vía sistémica se vean potenciados y prolongados durante el tratamiento concomitante con la moclobemida. No existe experiencia de la administración simultánea de moclobemida y buspirona en humanos. **ADVERTENCIAS:** Embarazo y lactancia: Los estudios de reproducción en animales no han evidenciado riesgo alguno para el feto, pero no se ha podido establecer la seguridad de Manerix[®] durante el embarazo. Por tanto, el beneficio del tratamiento en este periodo debe sopesarse frente al posible riesgo para el feto. Dado que sólo una pequeña cantidad de moclobemida (<0.06% de la dosis de adulto) pasa a la leche materna, los beneficios del tratamiento durante la lactancia, se contrapesarán frente a posibles riesgos para el niño. Efecto sobre la conducción y manejo de máquinas: La alteración del comportamiento en actividades que precisan una alerta mental completa (p. ej. la conducción de vehículos) parece no verse influida por Manerix[®]. No obstante, la reacción individual deberá monitorizarse al inicio del tratamiento. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** La experiencia de sobredosisación en el hombre es limitada. Los síntomas observados son agitación, agresividad y alteración del comportamiento. El tratamiento de la sobredosis debe ir encaminado en principio al mantenimiento de las funciones vitales. **PRESENTACION Y PVP (IVA):** Comprimidos (ranurados) con 150 mg.; Envase de 30. Precio con IVA: 2.688 Ptas. Envase de 100. Precio con IVA: 8.065 Ptas. Especialidad catalogada por la Seguridad Social de aportación especial reducida por parte del beneficiario, 50 Ptas. por receta.



Productos Roche S.A.

Carretera de Carabanchel a Andalucía s/n - 28025 MADRID
Teléfono: 508 62 40 - Fax: 508 47 01

Número 1/1993



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

Sr. Salvador Arxé i Closa
C/ Riera Sant Miquel, 71 pral. 1ª
08006 Barcelona

Publicación trimestral

Administración y suscripciones:

Editorial Garsi, S.A.
Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

Copyright 1993

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil
Editorial Garsi, S.A.

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

Depósito legal:

B-41.588-90

ISBN:

84-7179-182-X

Publicidad:

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

C/ Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

Av./ Príncipe de Asturias, 20
08012 Barcelona
Tel. (93) 415 45 44

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*

Secretario: *S. Arxé i Closa*

Vocales: A. Agüero Juan

M.D. Domínguez Santos

X. Gastaminza Pérez

P. León Ramos

J.L. Pedreira Massa

P. Rodríguez Ramos

C. Rubin Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

Vice-presidente: *M.J. Mardomingo Sanz*

Secretario: *X. Gastaminza Pérez*

Tesorero: *L. Sordo Sordo*

Vocal: *J. Espín Montañez*

Asesor de Junta: *J. L. Alcázar Fernández*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez†

J. de Moragas Gallisa†

C. Vázquez Velasco†

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente†

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

Asociación fundada en 1950

Revista fundada en 1983

Revista Indexada en el Índice Médico Español.

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Riera Sant Miquel, 71 ppral. 1ª
08006 BARCELONA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	La manía en psiquiatría infantil <i>E. Domènech Llaberia</i>	1
Artículos originales	CIE-10: la empresa del milenio <i>P. Rodríguez Ramos, M. Fernández Álvarez</i>	4
	Estudio epidemiológico en un centro de salud mental infanto- juvenil de nueva creación <i>R. Anegón Madinabeitia, A. Pascual García, A. Rivases Aumes, I. Lozano Soriano</i>	11
	Variables clínicas en salud mental infanto-juvenil <i>J.A. López Villalobos, M.I. Sánchez Azón, C. Gil-Díez Usandizaga</i>	16
	Comprensión familiar de la depresión infantil a través de la CDS <i>J.J. García-Campayo, A. Bonals Pi, C. Sanz-Carrillo, C. Marco Sanjuan</i>	24
	Validación y factorización de la «Escala de sintomatología depresiva para maestros» (ESDM) en población adolescente <i>V. Mestre Escrivá, R. García Ros, D. Frías Navarro, C. Moreno Rosset</i>	29
	Pautas de consumo de alcohol y relación con patología psiquiátrica menor en población adolescente de Galicia <i>J.A. Mazaira Castro, M.D. Domínguez Santos, A. Rodríguez López</i>	35
	Intento de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo <i>M.J. Mardomingo Sanz, M.I. Catalina Zamora</i>	42
Artículos de revisión	Edad y formas de inicio de la esquizofrenia infantil <i>M. Tesouro Cid</i>	50
	Atención en situación de crisis: pautas orientativas. Revisión <i>J. Tomás, X. Gastaminza</i>	57
Carta al director		62
Caso clínico		63
Reseñas terapéuticas		65
Comentario de publicaciones		66
Agenda		68

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

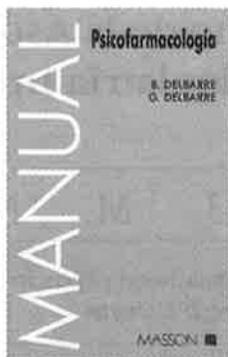
Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Brief commentary	Mania in childhood psychiatry <i>E. Domènech Llaberia</i>	1
Original articles	ICD-10: the enterprise of the millenium <i>P. Rodríguez Ramos, M. Fernández Álvarez</i>	4
	Epidemiological study from a new childhood and adolescence mental health center <i>R. Anegón Madinabeitia, A. Pascual García, A. Rivases Aunes, I. Lozano Soriano</i>	11
	Clinical variables in childhood and adolescence mental health <i>J.A. López Villalobos, M.I. Sánchez Azón, C. Gil-Díez Usandizaga</i>	16
	Family understanding of the child depression by the use of the CDS <i>J.J. García-Campayo, A. Bonals Pi, C. Sanz-Carrillo, C. Marco Sanjuan</i>	24
	Validation and factors of the «Escala de sintomatología depresiva para maestros» (ESDM) in adolescence <i>V. Mestre Escrivá, R. García Ros, D. Frías Navarro, C. Moreno Rosset</i>	29
	Alcohol consumption and its relationship with the presence of minorpsychiatric pathology in Galicia's adolescence population <i>J.A. Mazaira Castro, M.D. Domínguez Santos, A. Rodríguez López</i>	35
	Attempted suicide in childhood and adolescence: risk factors <i>M.J. Mardomingo Sanz, M.L. Catalina Zamora</i>	42
Review articles	Age and types of onset of child schizophrenia <i>M. Tesouro Cid</i>	50
	Psychiatry emergency: guidelines of assessment. A review <i>J. Tomás, X. Gastaminza</i>	57
Letters to the editor		62
Clinical case		63
Therapeutical summary		65
Publications commentary		66
Calender		68

NOVEDADES MASSON

Colección Manuales de Medicina



Manual de Psicofarmacología Fundamentos y aplicaciones clínicas

B. DELBARRE

Chef de laboratoire, Faculté de Médecine de Tours

G. DELBARRE

Ancienne Assistante de Sciences Fondamentales.
Faculté de Médecine de Tours

Formato 13,5x21 cm., 144 páginas, 65 figuras y 43 tablas.
Encuadrado en rústica con cubiertas a color. © 1991

- Las principales funciones del «comportamiento» dependen de modificaciones bioquímicas del propio organismo, pero pueden ser también modificadas por sustancias químicas.
- Este manual trata de la influencia de la actividad farmacológica de los neurotransmisores sobre el comportamiento y sus indicaciones terapéuticas en situaciones patológicas.
- La finalidad de este libro es explicar estas nociones de la manera más clara y sencilla posible.
- De interés para estudiantes de medicina, psicología y médicos interesados en los mecanismos de acción de los neurotransmisores.

ÍNDICE DE MATERIAS

1. Generalidades sobre el metabolismo del sistema nervioso central.

Constituyentes químicos. Metabolismo de la glucosa y del oxígeno. Barreras cerebrales.

2. Neurotransmisores.

Evolución del concepto de neurotransmisión. Catecolaminas. Serotonina. Acetilcolina. Histamina. Aminoácidos. Purinas. Prostaglandinas. Calcio. Péptidos. Opiáceos. Segundos mensajeros. Radicales libres.

3. Funciones mayores.

Sueño y vigilia. Memoria y aprendizaje. Emoción.

4. Psicopatología.

Ansiedad. Depresión. Esquizofrenia. Toxicomanías. MDMA (éxtasis). MPTP. Tabaco.

5. Variaciones de la respuesta a los fármacos.

Factores extrínsecos. Factores inherentes a los fármacos. Factores inherentes al sujeto.

MASSON, el prestigio científico de la Europa Latina

TARJETA DE PEDIDO

012

Agradeceré remitan a mi nombre la obra:

PSICOFARMACOLOGÍA. **B. Delbarre** y **G. Delbarre**. ISBN: 84-311-0586-0

VVP: 2.400 Ptas. con IVA y **2.330 Ptas. sin IVA**

FORMA DE PAGO: Contra reembolso, sin recargo alguno.

Nombre y apellidos:

Profesión:

Dirección: Teléfono:

Localidad: C. P.: Provincia:

..... a de de 19

FIRMA

Puede dirigirse a su librería habitual o enviar el cupón adjunto a:

EDICIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, S.A. - Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 BARCELONA

E. Domènech Llaberia

La manía en psiquiatría infantil

Departamento de Psicología de la Salud,
Universidad Autónoma de Barcelona,
Catedrática de Psicopatología
Barcelona

Mania in childhood psychiatry

La manía forma parte de lo que actualmente se denomina en psiquiatría, trastornos del estado de ánimo, según la nomenclatura del DSM-III y trastornos del humor según la del ICD-10. Por estado de ánimo o humor se entiende el estado emocional, permanente, que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. La elevación excesiva y patológica del humor constituye el trastorno maníaco.

Los trastornos del humor no se encuentran dentro de las categorías que hacen referencia a la infancia ni en el DSM-III-R (1987) ni en la ICD-10 (WHO, 1988). Esto podría explicar, de una parte, que los criterios diagnósticos de esta patología en ambas clasificaciones sean similares para los niños y los adultos y, de otra, que se haya prestado poca atención a estos trastornos en psiquiatría infantil durante muchos años.

La depresión infantil salió del letargo a partir de los años setenta y de pronto se la empezó a diagnosticar cada vez con más frecuencia en los niños por debajo de la pubertad; al mismo tiempo se multiplicaban los trabajos y publicaciones en torno a la depresión de la infancia. Pero el trastorno del estado de ánimo de los niños en el sentido de la euforia no tuvo la misma suerte. Se ha llegado a la década de los noventa sin que se diagnosticara ni se publicara casi nada sobre la manía en

los niños. Tampoco existe, que sepamos, ningún estudio epidemiológico de manía por debajo de la pubertad.

Muy recientemente el tema ha empezado a interesar y a aparecer en algunas revistas de la especialidad de ámbito internacional. Es de suponer que en un futuro próximo el interés por el tema de la manía siga aumentando y este capítulo de la psiquiatría infantil recobre la importancia que ya tuvo en el siglo pasado.

RECORDATORIO

En 1838 Esquirol citaba en su texto de psiquiatría tres casos de manía: uno a los ocho años, otro a los nueve y un tercero de catorce. Atribuía esta patología a los celos y al onanismo. Durante el año 1839 se diagnosticaron ocho casos de manía entre los niños del centro psiquiátrico infantil de Bicêtre, en París (Perchappe, cit. Gaubert 1894).

Siguiendo con los recuerdos, en 1852 Louis Delasiauve publicó un libro que llevaba el título *«Leçons sur la manie infantile»*. Tres años más tarde apareció otro, también sobre la manía infantil, que tenía por título *«Forme maniaque spéciale chez les enfants»*. Sus aportaciones al tema son interesantes y no han sido prácticamente

- 2 recogidas. En 1856 aparecía una obra importante para la psiquiatría infantil, la tesis de Le Paulmier, que resalta la importancia de la manía dentro de los trastornos psiquiátricos de la infancia y lo remarca en el título: «*Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie*».

Griesinger (1845) consideraba que la manía era la patología mental infantil más frecuente después de la deficiencia mental. Probablemente lo que se incluía dentro del concepto de manía a mitad del siglo pasado era mucha patología que hoy englobaríamos en otras categorías diagnósticas. Creo que actualmente debemos estar cometiendo el error contrario, es decir, considerar como hiperquinéticos o trastornos de conducta casos que quizá merecerían un diagnóstico de manía. De los ciento ochenta y siete casos de manía en la infancia, publicados entre 1809 y 1982 (Weller y cols., 1986), la mitad habían sido diagnosticados previamente de alteración de conducta, déficit de atención con hiperactividad o esquizofrenia.

En los manuales de psiquiatría infantil de finales del XIX, el de Moureau de Tours (1888) es un ejemplo, aparece el tema de la manía infantil. También Philippe Gaubert (1894) escribe ampliamente sobre la manía y lo considera una forma de expresión de la patología afectiva. Kraepelin (1921) señaló que el 0,5% de sus enfermos maníacos habían sufrido el primer episodio a la edad de diez años o antes. En la obra de los grandes psiquiatras de principios de este siglo encontramos datos sobre la manía infantil; Bleuler es uno de ellos. Unos años más tarde se llegó a dudar de que la manía existiera en la infancia.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

La manifestación de los trastornos afectivos suele variar bastante con la edad. La fenomenología de los cuadros maníacos del adolescente tiene sin embargo bastante parecido con la del adulto. Pensamos que no es así por debajo de la pubertad. No obstante es difícil encontrar publicaciones actuales referidas concretamente a la etapa prepuberal.

Carlson (1983) hizo un estudio pormenorizado de los síntomas maníacos según diversos grupos de edad. Llegó a la conclusión que, por debajo de los nueve años, los niños muestra labilidad emocional e irritabilidad en lugar de la euforia y delirios de grandeza de los ado-

lescentes. Por otra parte los síntomas de hiperactividad, verborrea y déficit atencional existen en los dos grupos de edad. También se ha sugerido que, en los casos de enfermedad bipolar, no se delimitan todavía en los niños ciclos de depresión y manía bien diferenciados. Existiría un solapamiento de síntomas de disforia, hipomanía y excitación en los primeros ciclos de la enfermedad (Delong y cols., 1987).

Por todo ello el diagnóstico de manía en el niño no es fácil. Conviene diferenciarlo de otros trastornos con los que es posible confundirlo. De todos ellos quizás en este momento y por debajo de la pubertad el que pueda inducir con más frecuencia a un diagnóstico erróneo es el déficit atencional con hiperactividad.

RELACIÓN CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

La posibilidad de confundir un cuadro maníaco con una sintomatología hiperactiva, ha llevado a pensar que algunos niños hiperactivos podrían ser portadores de un cuadro de «manía enmascarada». El estudio de las familias de enfermos bipolares y el seguimiento de niños hiperactivos hasta la edad adulta no han permitido comprobar esta hipótesis. Pero existen sin embargo antecedentes de hiperactividad infantil en una minoría de pacientes adultos bipolares.

En los trabajos de comorbilidad de estos dos trastornos se han barajado hipótesis muy diversas. La idea que se ha sugerido con mayor frecuencia es la de que el trastorno por déficit de atención podría ser un pródromo de un trastorno maníaco que se desarrollaría más adelante. Se trataría entonces de una forma de expresión en la infancia de un único trastorno.

Otra posible interpretación ha sido considerar a la manía como una alteración secundaria que aparece más tarde que el trastorno hiperactivo, pudiendo coexistir uno y otro sin que tengan unas mismas causas. Estos casos de «manía secundaria», como se la ha denominado, pueden también aparecer siguiendo a otras psicopatología que no sean el TDAH. Suelen tener un peor pronóstico que las formas bipolares primarias.

Para establecer el diagnóstico diferencial entre una manía infantil y un trastorno atencional con hiperactividad se pueden considerar dos aspectos: 1) Desde una vertiente clínica el principal síntoma diferencial es el curso crónico del TDAH frente a la evolu-

ción por ciclos de los cuadros maníacos. Puede añadirse el hecho que el TDAH aparece casi siempre antes de los seis años, 2) Desde el ángulo de la evaluación psicológica, Fristad, Weller y Weller (1992) han construido una primera escala, la MRS, que permite, según sus autores, diferenciar un cuadro maníaco de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad y que también evalúa la severidad del trastorno maníaco por debajo de la pubertad.

CONCLUSIÓN

La manía ha permanecido alejada de las preocupaciones de los psiquiatras infantiles durante un largo período del siglo XX. Hemos querido recordar que anteriormente había sido motivo de diagnósticos clínicos y de publicaciones. Se encuentran todavía muy pocos trabajos actuales sobre trastornos bipolares y ciclotímicos en la infancia. Desde 1990 se aprecia un incremento de publicaciones sobre el tema a estas edades, pero el

diagnóstico de un cuadro maníaco en un niño sigue siendo difícil. 3

Desconocemos la extensión de esta patología en la etapa infantil. Únicamente conocemos un trabajo epidemiológico reciente realizado en adolescentes de 14 a 16 años en el que Carlson y Kashani encontraron una prevalencia de un 0,6% (Carlson y cols., 1988), pero esta cifra era muchísimo más alta cuando no se tenían en cuenta criterios estrictos de duración y de severidad. Quien desee, en un futuro, realizar un estudio epidemiológico de la manía por debajo de la pubertad tendrá que hacer una buena definición de caso para delimitar muy bien la manía de la hiperquinesia, de las alteraciones de conducta, de las drogodependencias y de la esquizofrenia.

Dado que se han publicado incrementos de la prevalencia de los trastornos afectivos, manía inclusive, desde la segunda guerra mundial, probablemente nos vamos a encontrar con más diagnósticos de enfermos maníacos, niños y adolescentes, en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R* (3rd ed. rev.). Washington, APA, 1987.
- 2 Carlson GA. Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. En: Cantwell DP, Carlson GA (eds). *Affective disorders in childhood and adolescence - an update*. New York, Spectrum, 1983:61-84.
- 3 Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in a non-referred adolescent population. *J Affective Disord* 1988a; **15**:219-226.
- 4 Delasiauve L. Leçons sur la manie infantile. *Gazette des hôpitaux* 1852;115.
- 5 Delasiauve L. Forme maníaque spéciale chez les enfants. *Ann Med Psychol* 1855;1:527.
- 6 Delong GR, Aldershof AL. Long-term experience with lithium treatment in childhood. Correlation with clinical diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; **26**:389-394.
- 7 Esquirol D. *Traité des maladies mentales*. París, 1938. Reeditado por Arno Press, New York, 1976.
- 8 Fristad MA, Weller EB, Weller RA. The Mania rating scale: can it be used in children? A preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:252-257.
- 9 Gaubert A. *Etudes sur les formes de la folie chez l'enfant et chez l'adolescent*. Thèse por le doctorat en médecine. Toulouse, Imp. J.M. Pinel, 1984.
- 10 Griesinger. *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*. 1845. Alexander V, Selesnick. «Historia de la psiquiatría». Barcelona, Espaxs, 1970:444-445.
- 11 Kraepelin E. *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh, Livingstone, 1921.
- 12 Le Paulmier CS. Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie. V *Index des thèses parues en France au début du XVIIIème à 1934*. Lab. Spécia Serie Confrontations Psychiatriques. Documents 1985, No 2167.
- 13 Moreau de Tours P. *La folie chez les enfants*. Paris, Baillière et fils, 1888.
- 14 Perchappe. Recherches statistiques sur l'aliénation mentale p. 42. cit. Gaubert: *Etudes sur les formes de la folie chez l'enfant et chez l'adolescent*. Toulouse, Pinel, 1894.
- 15 Weller EB, Weller RA, Tucker S, Fristad MA. Mania in prepubertal children: has it been undiagnosed. *J Affective Disord* 1986; **11**:151-154.
- 16 World Health Organisation. *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Draft of chapter V: Mental and Behavioral Disorders. Geneva, WHO, 1988.

**P. Rodríguez Ramos
M. Fernández Álvarez**

CIE-10: la empresa del milenio

Madrid

ICD-10: the enterprise of the milenium

RESUMEN

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), ha sido proyectada y desarrollada con el objetivo de la estabilidad. La pretensión explícita es que no requiera revisiones amplias y regulares cada diez años, como se venían haciendo, sino que se mantenga más allá del milenio. Del capítulo V (F) - Trastornos Mentales y del Comportamiento - se han realizado cuatro versiones hasta publicar la definitiva. Los cambios que se realicen debidos a los progresos empíricos que los justifiquen, serán meros ajustes de las categorías existentes; o a lo sumo requerirán la adición de algunas otras nuevas, para lo cual han quedado códigos sin utilizar.

La versión matriz, distribuida para uso clínico, es la de "Descripciones clínicas y directrices diagnósticas". De ella se derivan varias: una para uso general de los profesionales de salud que es la forma reducida de la anterior. Otra que se ha desarrollado para uso en la investigación, "Criterios Diagnósticos de Investigación" (CDI-10). Un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos. Y una versión, aún no distribuida, para la práctica psiquiátrica infantil. Los CDI-10 se ha realizado

estructurando la versión matriz, sus criterios diagnósticos y descripciones clínicas, en criterios imprescindibles indicados con letras mayúsculas (A, B, C,...), y criterios opcionales enumerados dentro de los anteriores; para estos últimos se indica cuántos de ellos han de ser satisfechos. Algunos de los CDI-10 no son definitivos, como se indica en los del F-90 (Trastornos hipercinéticos), hasta que se diseñen instrumentos como punto de corte para el hogar y el colegio

PALABRAS CLAVE

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Ejes. Criterios diagnósticos. Categorías diagnósticas. Secciones. Apartados.

ABSTRACT

The tenth review of the International Classification of Diseases (ICD-10) has been designed and developed to provide consolidation. The real objective is that there need not be further wide and regular reviews (previously one every ten years), and that this

revision should last up to the next milenium. Chapter V (F) - Mental and Behavioural Disorders - was rewritten four times before being finally published. Should more changes need to be made -because of their justification due to empirical progress- there will need only to be adjustment on the existing categories; or in addition of some new ones (that is the reason why some points have been left available for further documentation).

The basic version, distibuted for clinical use, is "Clinical descriptions and diagnosis guideltnes". Some versions arise from this: a reduced edition for general use by health professionals. Another edition developed for use in investigation, "Diagnostical criteria of investigation" (ICD-10). It is a multiaxial system for the description of diseases and their diagnosis. And another version, still not distributed, to be used in child psychiatry. The ICD-10 version is the result of structuring the diagnostical criteria and clinical descriptions of the matrix version in Essential criteria marked with capital letters (A, B, C), and Optionals criteria enumerated (inside the Essential criterions). There are also indications on how many of these Optional criteria must be satisfied. As noted in F-90 (Hiperkinetical disorders), some of the ICD-10 are not completely defined, at least until instruments with cut-off points for home and school are designed.

KEY WORDS

Classification of mental and behavioural disorders. Axis. Diagnostical criteria. Diagnostical categories. Sections.

ANTECEDENTES

La CIE-5 (OMS 1939) contaba con una pequeña sección de enfermedades mentales en la que era posible hacer únicamente cuatro distinciones: 1) Deficiencia mental, 2) Esquizofrenia, 3) Manía y depresión, y 4) Otros trastornos. La 6ª y 7ª revisiones de 1949 y 1955 desarrollaron considerablemente el contenido de la Sección de Enfermedades Mentales, pero no consiguieron la amplia aceptación que se esperaba.

A finales de los años 50 comenzó un programa internacional para desarrollar sistemas de clasificación adecuados

al estado de los conocimientos y las necesidades científicas y administrativas. Su primer resultado fue la CIE-8 (OMS 1969) en la que figuraban trastornos infantiles específicos. Los trabajos de psicopatología infantil que han fructificado en la CIE-10 comenzaron incluso antes de estar terminada la 9ª revisión (OMS 1978). La OMS promovió una clasificación multiaxial para que superase las limitaciones del proceso diagnóstico en la infancia y la adolescencia. Concebida inicialmente como una clasificación triaxial, pasó luego a cuatro y finalmente a cinco ejes: Multiaxial Classification System of Clinical Origin - MAS - (Rutter, Shaffer y Shepherd 1975). La introducción del MAS supuso un importante avance, y la materialización de las necesidades clínicas de la Psiquiatría Infantil.

Estudios específicos sobre la CIE-9, fundamentalmente los de Gould y cols. (1988) y Remschmidt (1988), han puesto en evidencia la validez y fiabilidad de este sistema para diferenciar algunos de los principales síndromes clínicos de la paidopsiquiatría. Pero también han confirmado sus limitaciones: la baja confianza que ofrecen algunas subcategorías, la incierta justificación de los trastornos mixtos, y la insuficiencia de las descripciones tipo glosario para conceptualizar y definir categorías diagnósticas. A la vista de la CIE-10 queda claro que su desarrollo ha tenido en cuenta varias de las dificultades detectadas en su antecesora. El síndrome hiperkinético de la niñez (314 de la CIE-9) ha sido rediseñado a la luz de los acontecimientos actuales, persiguiendo la clara diferenciación entre los aspectos hiperactivos e hipotentos, frente a los impulsivo-disociales. Del mismo modo las perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia (313) han sufrido una transformación sustancial, abriendo dos categorías diferentes para los Trastornos emocionales (F93) y los Trastornos del comportamiento social (F94). Algunas formas especiales de trastornos mixtos (emociones-conducta, depresión-conducta, hipercinesia-conducta) han sido las únicas en resistir el criterio general en la CIE-10 de evitar las categorías combinadas. La existencia de poblaciones que encajan en estas definiciones, y la conveniencia de realizar evolutivos y terapéuticos en tales casos, son las justificaciones para su inclusión.

DIFERENCIAS ESTRUCTURALES

En contraste con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, la Sección V

6

Tabla 1 Esquema comparativo de códigos y estructuras en CIE-9, CIE-10 y DSM-IIIr

	<i>CIE-9</i>	<i>CIE-10</i>	<i>DSM-III-R</i>
Código	Tres caracteres numéricos 290-319 para las <i>categorías</i> Un cuarto carácter (decimal) para los <i>trastornos</i>	Caracteres alfanuméricos. Dos para las Secciones o Grupos Principales o bloques (10 Secciones) F0-F9 Tres para los <i>apartados</i> o categorías F00-F99 Cuatro y cinco (hasta dos decimales) para los <i>trastornos</i> o categorías	Cinco caracteres numéricos, dos decimales
Estructura	000.0 Glosario del término diagnóstico	F00.00 Descripción clínica Pautas diagnósticas Diagnóstico diferencial Inclusiones Exclusiones	000.00 Descripción clínica Criterios diagnósticos
Infantil y Juvenil	Ocho categorías 44 trastornos (incluidos anorexia, sueño y psicalgia)	Tres secciones 20 categorías 68 trastornos (excluidos alimentación -F50-, sueño -F51-, desarrollo psicosexual -F64,2 - e identidad sexual -F66,0-	Doce categorías (incluyendo Trastornos de la identidad sexual y alimentación 44 Trastornos

de la CIE-10 es una parte de la amplia estructura que clasifica todas las enfermedades médicas y circunstancias que influyen en el estado de salud. Además está dirigida a diversos profesionales de la salud, no sólo mental, diferentes entre sí debido a circunstancias étnicas, culturales, lingüísticas, sociales y sanitarias. Está pues diseñada para cubrir necesidades psiquiátricas clínicas, de investigación y de atención primaria; el núcleo lo constituyen las descripciones clínicas y pautas para diagnóstico, derivándose de él las versiones citadas en la introducción. Además, la CIE-10 forma parte de una extensa familia de clasificaciones, con las que debe compatibilizarse: 1) Deficiencias, discapacidades y minusvalías. 2) Procedimientos en medicina, y 3) Motivos de contacto de enfermos con personal sanitario.

En referencia a los trastornos mentales en general, y a los infantojuveniles en particular, la CIE-10 es claramente más extensa que la CIE-9 y el DSM-IIIr (Tabla 1). De las cien categorías diagnósticas principales que puede distinguir, por ahora ha cubierto 78. La codificación por caracteres alfanuméricos es el primer cambio que llama la atención. Las categorías de dos caracteres también son llamadas Secciones (F0 a F9). El resto de categorías, de tres hasta cinco caracteres, reciben diversos nombres a lo largo del manual que quedan recogidos en la tabla 1.

Cada Sección puede contener hasta un máximo de 10 categorías de tres caracteres, también llamadas apartados. Los apartados y las categorías de cuatro y cinco caracteres están organizadas individualmente describiéndose los síntomas, especificando los cardinales y los asociados, y proporcionan elementos para un diagnóstico diferencial preciso. Tanto la descripción clínica como las pautas para el diagnóstico y las directrices del diagnóstico diferencial son deliberadamente amplias. Por ello vienen a constituir un verdadero minimanual nosológico, con síntomas y descripciones destilados de múltiples discusiones entre investigadores. En este aspecto cualitativo radica la diferencia, y el avance, respecto a la CIE-9 y el DSM-IIIr.

La superioridad cuantitativa de la CIE-10 en el apartado de opciones diagnósticas respecto a sus antecesores, queda también reflejada en la tabla 1.

COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS TRASTORNOS

La CIE-10 de acuerdo a sus principios generales ha trasladado a secciones no infantojuveniles algunos trastornos que su antecesora y el DSM-IIIr mantenían en sus dominios. Tal es el caso de los trastornos de la alimen-

Tabla 2 Categorías diagnósticas y trastornos de los trastornos generalizados del desarrollo y las psicosis infantiles

<i>CIE-9</i>		<i>CIE-10</i>		<i>DSM-III-R</i>	
<i>Psicosis peculiares de la niñez 299_</i>		<i>Trastornos generalizados del desarrollo F84_</i>		<i>Trastornos generalizados del desarrollo 299_</i>	
299.0	Autismo infantil	F84.0	Autismo infantil	299.00	Trastorno autista
		F84.1	Autismo atípico		
		F84.2	Síndrome de Rett		
299.1	Psicosis desintegrativa	F84.3	Trastorno de desintegrativo de la infancia		
		F84.4	T. hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados		
		F84.5	Síndrome de Asperger		
299.8	Otras P.P. de la N.	F84.8	Otros T.G. del D.	299.8	T.G. del D. No especificado.
299.9	P.P. de la N. sin especificar	F84.9	T.G. del D. sin especificar		

tación (F50) y del sueño (F51). Lo mismo puede decirse de los Trastornos de la identidad sexual (F64) con una categoría Trastorno de identidad sexual en la Infancia (F64.2), que bien podía haberse incluido en el F94; y el Retraso mental (F7), el cual queda como una sección o categoría principal independiente de los Trastornos del desarrollo y de otras connotaciones infantiles.

El *Retraso mental* parece estar considerado como una categoría en régimen transitorio. El manual reconoce su afán de brevedad y concisión a la espera de un sistema de clasificación multiaxial que recoja aspectos somáticos y mentales que influyen en su aparición y curso, así como de gran variabilidad de adaptación que presentan los individuos, con independencia de la intensidad de su retraso. En todos los grados se cuenta con la opción de un dígito adicional para el deterioro del comportamiento: 0, 1, 8 o 9, después del diagnóstico de cuantificación: F7x_.. Aparte de poder utilizarse diagnósticos adicionales del capítulo V (F), queda explícita la recomendación de asociar siempre el diagnóstico etiológico mediante el código Infeccioso (A), Endocrino-Metabólico (E), del Sistema nervioso (G), de Malformaciones y anomalías cromosómicas (Q), u otros que reflejen la causa orgánica.

Los *Trastornos generalizados, ¿o profundos?, del desarrollo* (F84) constituyen una Sección estructurada en ocho categorías de tres dígitos para precisar las discordancias diagnósticas entre trastornos que hasta ahora no habían sido tan diferenciados (Tabla 2). Su ampliación ofrece perspectivas discriminatorias superiores a la CIE-9 y al DSM-IIIr; frente a la contrapartida de incluir entidades de validez nosológica eventual. Tal es el caso del F-84.4 e incluso del F84.1. Sobre el primero Teixidó (1992) ha comentado las utilidades e incertidumbres de su incorporación. En esta Sección se han

atendido los fines investigadores, estableciendo diferencias encaminadas a permitir el estudio de diversos síndromes cuya entidad aún está fundamentada desigualmente. El perfil homogéneo de esta Sección lo constituye la expresión de profundas alteraciones evolutivas en la interacción social y la comunicación.

Existe una objeción semántica. El participio "generalizados" carece de la precisión descriptiva que exigen las antiguas psicosis infantiles. El problema queda restringido a la versión castellana, pues el término "pervasive" sí resulta adecuado (ver nota a pie de página). Los Trastornos generalizados (F84) no afectan de forma general al desarrollo de las personas que los padecen, sino a algunos aspectos, los más humanos, de su desarrollo psicosocial. Perturban tales funciones tiñéndolas de rasgos peculiares y limitaciones muy específicas. Por ello "generalizadas" resulta equívoco y nada descriptivo. La carencia es atribuible a los creadores de la versión castellana, que en este caso concreto no es versión sino desafortunada traducción. Desde que el DSM-IIIr distingue entre Trastornos del desarrollo específicos y generalizados (pervasive) hemos perdido, en la traducción, esa precisión que mantiene la versión original. Otros conceptos se acercan más a "pervasive" que "generalizados"; podrían ser profundos, perturbadores, disturbadores, contaminantes o invasores. No desintegran el desarrollo, excepto en el F84.3, pero tampoco son generalizados.

Confundiendo en el progreso de las neurociencias y en los estudios sobre casos similares en diferentes países se ofrece una afinada clasificación de los Trastornos profundos del desarrollo. Por ejemplo, el Autismo atípico (F84.1) no sólo es diferenciado de otros T.P. del D., sino que constituye un diagnóstico sombrilla dentro del que se

- 8 diferencian varias formas: F84.10. - Atipicidad en la edad de comienzo, F84.11.- Atipicidad sintomática (cuando no se satisfacen completamente los criterios B, C y D), F84.12.- Atipicidad tanto en la edad de comienzo como sintomática.

La duda de que algunos de los trastornos de esta categoría constituyeran una verdadera entidad diagnóstica, fue la que llevó al DSM-IIIr a incluirlos a todos, menos al autismo clásico, en una heterogénea entidad (otros trastornos profundos del desarrollo no especificados). Los redactores de la CIE-10 apuestan por el riesgo de eliminar algunos en los próximos años, con tal de progresar en el conocimiento de síndromes inciertos -en sí mismos, en su delimitación actual, en su etiología, o en sus fundamentos biológicos-, ofreciéndonos la posibilidad de realizar estudios de casos bien delimitados para comprobar su validez. La resistencia de algunos de estos síndromes a la extinción, como el de Asperger (Mendiguchia) es una garantía de su vitalidad.

Los Criterios Diagnósticos del Trastorno Autista coinciden ampliamente con los del DSM-IIIr. Éste no recoge específicamente la "Falta de alegría compartida", ni el "Retraso o ausencia del lenguaje sin intentos de compensación mímica o motórica"; en el resto de criterios la diferencia sólo estriba en el orden en que quedan recogidos, y el apartado que ocupan de los tres de ambas clasificaciones: A) Interacción social recíproca, B) Comunicación, C) Restricciones y estereotipias del comportamiento. La diferencia fundamental, que coloca a algunos T. Autistas (299.0) del DSM-IIIr en el Autismo atípico (F84.1) es la edad de comienzo. CIE-10 exige una edad de comienzo anterior a los tres años, hecho que el DSM-IIIr no exige, sino que permite sea especificado. El significado de "la edad de comienzo" es, también, diferente en una y otra clasificación. DSM-IIIr recoge la edad de comienzo basada fundamentalmente en las primeras observaciones de los padres; esto tiende a dar una edad de inicio más tardía (Volkamer y cols. 1985). La CIE-10 dedica su primer criterio imprescindible a ello: el clínico deberá juzgar, a partir de la información sobre el desarrollo de los tres primeros años, en qué momento se detectan las primeras perturbaciones del desarrollo en 1) lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social, 2) desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca, y 3) juego y manejo de símbolos del mismo.

El ejemplo dado por la CIE-10 identificando formalmente varios trastornos antes excluidos, parece que

está siendo seguido por el DSM-IV; su Grupo de Trabajo de Psiquiatría Infantil está proponiendo la inclusión del síndrome de Rett, el de Asperger y la Psicosis desintegrativa.

El grupo principal, o sección F90-F98 que incluye los *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la adolescencia*, consta de siete apartados (F90 a F95 y F98) que ofrecen entre todos 38 categorías diagnósticas. La CIE-9 contaba sólo con cuatro apartados y 24 categorías diagnósticas. Entre ellas estaban tres incluidas ahora en otras secciones de la CIE-10: Anorexia nerviosa que ha pasado al F50, Trastornos del sueño al F51 y Psicofagia al F45.5.

La categoría principal o apartado F90 que incluye los *Trastornos hiperkinéticos*, se han construido a partir de las evidencias empíricas que han confirmado a la hiperactividad como un núcleo sindrómico independiente (Trites y Laprade 1983). De acuerdo con el DSM-IIIr la hipoatención, por su heterogeneidad y su dificultad de medida, no ocupa el vértice discriminativo de esta categoría. Los dos rasgos cardinales del Trastorno hiperkinético son la hiperactividad y la hipoatención. Estos constituyen el Trastorno de la actividad y la atención (F90.0). Su valoración debe ser muy cuidadosa, teniendo en cuenta las situaciones en que aparece, la intensidad de los síntomas y su persistencia en el tiempo desde una edad temprana. El segundo tipo de Trastorno hiperkinético, el F90.1, recoge aquellos casos que, además de la hiperactividad y la hipoatención, presentan rasgos claros de impulsividad. El significado atribuido a esta palabra es de ruptura de normas de convivencia, y para ello requiere que se cumplan los criterios del Trastorno disocial (F91). A pesar de ser una de las pocas categorías que exige criterios de dos trastornos, su mantenimiento en la CIE-10 está basado en hechos empíricos: 1) La frecuente comorbilidad Trastorno hiperkinético + Trastorno de conducta, 2) Las diferencias en la evolución durante la adolescencia de estos niños, según muestren o no un grado importante de impulsividad disocial. En esta separación/división, y en la separación de los criterios diagnósticos de cada uno de los tres conceptos (hiperactividad, hipoatención, impulsividad), radican las diferencias con el DSM-IIIr. Tales diferencias suponen una ventaja discriminativa a favor de la CIE-10 (Mojarro y Benjumea 1992). Los criterios diagnósticos del DSM-IIIr, 14 de los que hay que cumplir al menos ocho, no están separados según los tres conceptos; por ello las personas diagnosticadas, lo pueden ser por Impulsividad

+ Hipoatención, Impulsividad + Hiperkinsia o Hiperkinsia + Hipoatención. Por el contrario, la CIE-10 separa directrices para Hiperkinsia e Hipoatención; incluso los CDI-10 ofrecen y exigen distintos criterios para estos conceptos en el hogar y en el colegio.

La CIE-10 recoge del DSM-IIIr el *Trastorno disocial desafiante y oposicionista*, que no estaba en la CIE-9. Se restringe su uso para los no-adolescentes y se hace hincapié en su potencial predictivo de posteriores trastornos claramente disociales. Los criterios básicos son: 1) mentira persistente e importante, 2) desafíos e intimidaciones a iguales, y 3) negativismo y desafío a las normas de adultos. Será importante investigar si las diferencias culturales entre unos y otros países pueden influir desfavorablemente en la precisión diagnóstica de este trastorno (F91.3)

La categoría F92 es otra de las escasas formas mixtas supervivientes de la CIE-9 (312.3) que no el DSM-III. Su mantenimiento se basa en estudios sugerentes de que casos de jóvenes que cumplen criterios del Trastorno de comportamiento disocial (F91), tienen sus episodios agresivos y antisociales relacionados con Trastornos depresivos (Puig-Antich 1982). Este mantenimiento ofrece perspectivas terapéuticas esperanzadoras en algunos casos disociales, y hace posible la clasificación de los que cumplen criterios disociales y depresivos sin exigir jerarquías diagnósticas difíciles de establecer.

Los *Trastornos de Adaptación* (F43.2) se dividen en siete subcategorías según un segundo dígito decimal. Son las mismas que las de la CIE-9, a las que se ha añadido la Reacción mixta de Ansiedad y Depresión (F43.22). Las descripciones y pautas son amplias y concretas respecto a la relación acontecimiento/trastorno. Pero la falta de un eje que incluya factores de estrés no permite su especificación ni cuantificación. Estos aspectos son importantes en la práctica clínica y necesarios en la investigación. Los redactores comentan la posibilidad de especificar los factores mediante el capítulo XXI de la propia CIE-10. En la práctica e investigación infanto-juvenil tal especificación puede utilizar las categorías Z61, 62 y 63 que recogen 26 categorías para aspectos estresantes de la crianza y el grupo familiar.

CONSIDERACIONES FINALES

La utilidad clínica de CIE-10 se resiente por la carencia de dos códigos para condiciones especiales que son

relativamente frecuentes en la clínica, y que pueden llegar a considerarse como marcadores de calidad en la evaluación de los servicios: diagnóstico aplazado y ausencia de diagnóstico o de estados codificables en la Sección F. Mientras que el Diagnóstico aplazado es una situación transitoria, que podría clasificarse en F99 (Trastorno mental sin especificar), la ausencia de diagnóstico es una circunstancia que puede presentarse en los servicios de Salud Mental, y de forma más notable en la atención infantojuvenil; pues la iniciativa suele corresponder a los padres o profesores, que no están obligados al acierto en su valoración. Los jóvenes y adolescentes carentes de alteraciones, cuantitativas o cualitativas, incluíbles en el capítulo F, podrían quedar incluídos en el Z, categoría Z03.2 (Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta).

Es de esperar que la edición para uso infantil de la CIE-10 esté realizada desde una perspectiva evolutiva, ya que la versión general resulta en exceso modesta al respecto. No hay diferencias entre formas descriptivas de trastornos propios de la infancia o la adolescencia y los de la edad adulta; ni unos ni otros ofrecen descripciones de la evolución del trastorno con el paso de los años, o de las formas características peculiares de algunos trastornos cuando aparecen en niños o adolescentes.

La última década ha sido prolífica en intereses y hallazgos empíricos sobre la ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia, pero la CIE-10 presta escasa atención a las características clínicas peculiares que encontramos en las depresiones dependiendo de la edad. Del mismo modo los Trastornos de Ansiedad (F40 y 41), disponiendo de una amplia descripción clínica, aparecen desprovistos de comentarios o indicaciones que abarquen los aspectos evolutivos de la ansiedad, o apunten diferencias con las ansiedades peculiares de edades inferiores. En el apartado F93 (Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia) sí encontramos comentarios evolutivos y distinciones entre estas categorías y las ansiedades normales en la infancia. Por el contrario, en los Trastornos de Personalidad (F60) la perspectiva evolutiva solo queda apuntada al principio: "algunas de estas alteraciones comienzan en estados precoces del desarrollo del individuo"(...) "aparecen en la infancia y adolescencia persistiendo en la madurez". Rápidamente languidecen las referencias hasta desaparecer en las pautas diagnósticas, sin tener en cuenta que se trata de un trastorno con aplicación creciente en la clínica de la adolescencia. Tampoco hay en esta sección referencias al temperamento en la infancia.

10 Aunque desde el campo infantojuvenil se puede criticar la cicatería con que se han tratado los aspectos evolutivos, resulta evidente que nunca hasta ahora hemos contado con indicaciones tan completas, y difundidas, de cómo perfilar y orientar nuestras observaciones; y es en la capacidad de observar dónde hunde sus raíces el progreso. Probablemente antes del próxi-

mo milenio ya se estarán discutiendo los aciertos, omisiones y yerros de las categorías seleccionadas. De lo que no parece haber duda es de que la CIE-10 cumple con dos objetivos taxonómicos fundamentales: facilitar la comunicación entre profesionales de diversas tendencias y proporcionar información muy específica sobre alteraciones determinadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gould MS, Shaffer D, Rutter M. UK/WHO Study of ICD-9. En: Rutter, Tuma, Lann, eds. *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Guilford Press 1988:37-65.
- 2 Mojarro Práxedes MD, Benjumea Pino P. *Diferenciación diagnóstica mediante criterios DSM-III y CIE-10 en Trastorno Atencional Hiperkinético*. En: XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Arán, Madrid, 1992:306-318
- 3 OMS (WHO). *Manual of the International List of Causes of Death (5th Revision)*. Ginebra, 1939.
- 4 OMS (WHO). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases (6th Revision)*. Ginebra, 1948.
- 5 OMS (WHO). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases (7th Revision)*. Ginebra, 1955.
- 6 OMS (WHO). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases (8th Revision)*. Ginebra, 1969.
- 7 OMS. *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, (9ª Revisión)*. Organización Panamericana de la Salud, 1978.
- 8 Puig-Antich J. Major Depression and conduct disorder in prepuberty. *J Am Acad Child Psychiat* 1982;21:118-128.
- 9 Reschmidt H. German Study of ICD-9. En: Rutter, Tuma, Lann, eds. *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Guilford Press 1988:66-83.
- 10 Rutter M, Shaffer M, Shephard. *Multiaxial Classification System of Clinical Origin*, 1975.
- 11 Teixidó Masip L. Trastorno hiperactivo asociado a retraso mental y movimientos estereotipados. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1992;3-92:148-151.
- 12 Trites, Laprade K. Evidence for an independent syndrome of hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1983;24:573-354.
- 13 Volkmar FR, Stier DM, Cohen DJ. Age of recognition of pervasive developmental disorder. *Amer J Psych* 1985;142:1450-1452.

R. Aneón Madinabeitia
A. Pascual García
A. Rivases Aunes
I. Lozano Soriano

Estudio epidemiológico en un centro de salud mental infanto-juvenil de nueva creación

Zaragoza

Epidemiological study from a new childhood and adolescence mental health center

RESUMEN

Para el presente trabajo se han estudiado 120 historias correspondientes a pacientes vistos en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de edades comprendidas entre seis y once años, desde su creación en febrero de 1991, hasta la actualidad. Se han recogido diversas variables sociodemográficas como sexo, procedencia, estudios, nivel económico, profesión de los padres y fratria, centrándose el estudio en el motivo de consulta, tratamiento y evolución. Del mismo modo, se ha tenido en cuenta la incidencia de circunstancias carenciales por su interés e influencia en la aparición de psicopatología en las edades objeto de estudio. En cuanto a los diagnósticos se hace un análisis de los mismos, siendo los trastornos por ansiedad, trastornos de eliminación, trastornos de conducta y trastornos específicos del desarrollo, los cuatro grupos que se han encontrado con más frecuencia. Así mismo se han estudiado los antecedentes psiquiátricos familiares y personales, en cada uno de los casos, viendo su incidencia y poniéndolos en relación con los mencionados diagnósticos.

PALABRAS CLAVE:

Psicopatología infantil. Epidemiología. Variables.

ABSTRACT

In this paper we have studied the clinical histories of 120 patients (aged between 6 and 11) who have attended a Child-Youth Mental Health Center since its opening in February 1991, until the present. We have gathered several socialdemographic variables such as sex, origin, education, socioeconomic level, parent's profession and place in the family, but the work is focused on the reason for consultation, treatment and evolution of the illness. We have also taken into consideration the incidence of emotional deprivation and the factors that have contributed to the outcome of psychopathology. The diagnosis have also been analyzed, being the anxiety disorders, elimination disorders, behavioural disorders and specific developmental disorders the most common. Finally, we have studied both the personal and the familial psychiatric backgrounds in each case, observing their incidence and any relation with the diagnosis made.

12

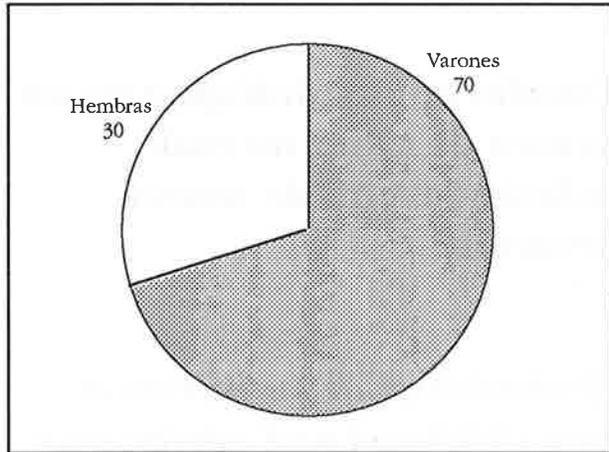


Figura 1. Sexo (%).

KEY WORDS

Child psychopathology. Epidemiology. Variables.

INTRODUCCIÓN

Sabido es la importancia que adquiere la detección de la frecuencia y distribución de las condiciones psicopatológicas infantiles para la programación de la asistencia psiquiátrica infantil y para la necesidad de prevención de las perturbaciones paidopsiquiátricas.

Creemos que uno de los posibles métodos de estudio para conocer la incidencia de la enfermedad mental infantojuvenil que puede resultar más sencillo y a la vez supone una buena aproximación indicadora de la realidad es el que se basa en la utilización de los servicios sanitarios dedicados a esta patología.

Es por ello que nos hemos planteado el presente trabajo, partiendo de una visión global de la psicopatología infantojuvenil en la que esté presente una interrelación de factores distintos, tanto biológicos como psicológicos y sociales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo este trabajo hemos revisado 120 historias correspondientes a pacientes vistos en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil con edades

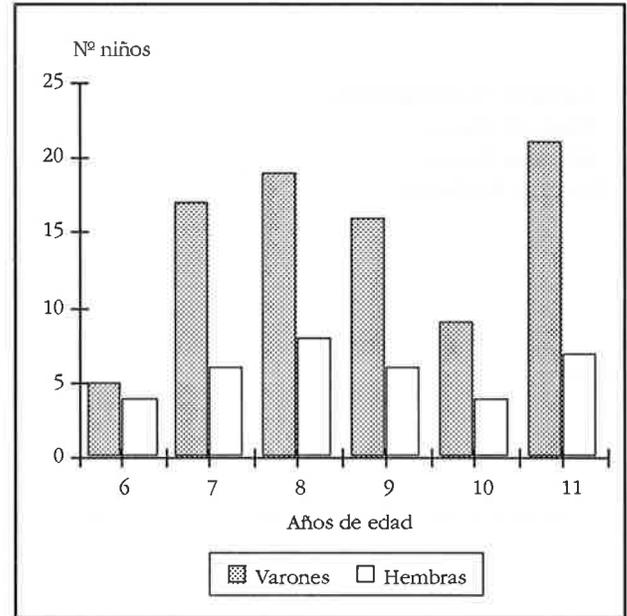


Figura 2. Distribución según edad y sexo.

comprendidas entre los seis y los once años, desde su creación en febrero de 1991 hasta la actualidad.

Han sido recogidas diversas variables socio-demográficas como sexo, procedencia, estudios, nivel económico, profesión de los padres y fratria, analizándose asimismo el motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento y evolución. Del mismo modo se ha tenido en cuenta la incidencia de circunstancias carenciales por su interés e influencia en la aparición de psicopatología en las edades objeto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los datos obtenidos de la revisión de las citadas historias clínicas, tenemos en primer lugar, el *sexo*, encontrando un predominio de los varones, el 70% de la muestra, con respecto al 30% de mujeres, proporción que se encuentra en muchos trabajos de investigación y que es considerada por muchos autores inherente a la patología mental infanto-juvenil (Fig. 1).

En cuanto a la *edad* su valor medio se sitúa en 8,7 años, con una desviación estándar de 7,8.

Analizando la distribución seguida por la muestra según las variables anteriores (edad y sexo) encontra-

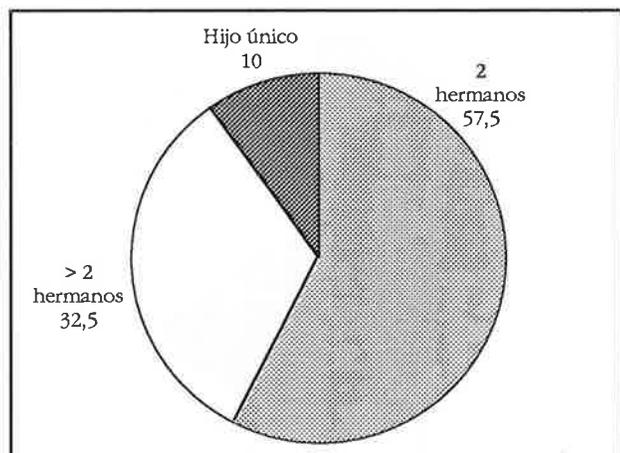


Figura 3. Número de hermanos (%).

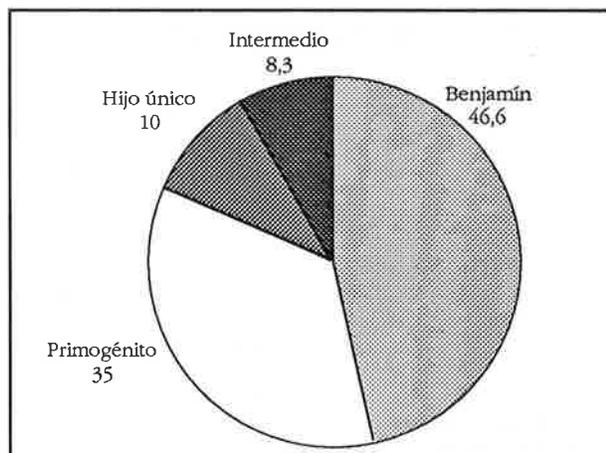


Figura 4. Fratria (%).

Tabla 1. Circunstancias carenciales (porcentajes)

	Primera	Segunda
Separación o divorcio	10	24
Tratamiento psiquiátrico enfermedad no grave	425	425
Muerte de padres	24	
Enfermedad mental grave de los padres	24	
Adopción	16	
Abandono de hogar	0,8	0,8
Madre soltera	0,8	
Internamiento en institución	0,8	
Nivel socioeconómico y cultural bajo	0,8	
Malos tratos evidentes	0,8	
Drogodependencias		16
Antecedentes de delito o cárcel		0,8
Varios factores	16	
Total	26,25	9,85

mos que, tal y como se ha comentado, predominan los varones, mostrando dos picos, en los ocho y once años, en los que la diferencia con las mujeres se acentúa de forma considerable. Algunos estudios similares consultados encuentran, coincidiendo con nuestra experiencia, mayor porcentaje de varones hasta los siete años, mostrando sin embargo un predominio de las mujeres a partir de los ocho años, extremo en el que no coincide nuestro trabajo, como se evidencia en la figura 2. Entre los datos referentes al tamaño de la fratria encontramos que un 10% son hijos únicos, y un 57,5% tenían uno o dos hermanos y un 32,5% más de dos (Fig. 3).

Al referirnos al orden de la fratria, tal y como se aprecia en la figura 4, encontramos un 10% de hijos únicos y un

35% de primogénitos, un 8,3% ocupan el lugar intermedio y un 46,6% corresponde al benjamín.

Estas cifras coinciden con otros estudios, en encontrar mayor patología en los benjamines, seguido por los primogénitos. Se han realizado diversas hipótesis en este sentido atribuyendo como causa de la patología en los primogénitos, la mayor responsabilidad que su lugar en la fratria les suele conferir, ya que muchos padres podrían delegar en ellos parte de sus obligaciones específicas e incluso aquellas ilusiones o esperanzas que no pudieron alcanzar por sí mismos, de ahí que se haya descrito al primogénito como el principal heredero de la psicopatología parental. En cuanto a la mayor incidencia de patología en los benjamines las razones parecen menos claras, aunque algunos autores atribuyen este fenómeno a la posible psicopatología materna, interpretando que la madre se servirá del hijo como medio para consultar con un médico, al haber encontrado que es en estos pacientes también en los que con más frecuencia hay una ausencia de diagnóstico psiquiátrico, hecho este que podía ser considerado para realizar posteriores estudios.

Siguiendo con los datos familiares y en lo concerniente a la profesión de los padres, destaca en un 44,4% ambos progenitores trabajan, mientras que en el 56,6% la madre no realiza otras actividades fuera del hogar, no apreciándose que la actividad laboral parental en la muestra estudiada ejerza una especial influencia en la aparición de psicopatología.

14

Tabla 2 Motivos de consulta (porcentajes)

	1	2
Celotipias	5	4,25
Desinterés escolar	0,8	4,25
Dificultad escolar	21,6	
Encopresis	0,8	1,6
Enuresis	21,6	0,8
Fobia escolar	2,5	1
Introversión	1,6	0,8
Irritabilidad	9	2,6
Manías	0,8	6,4
Miedos	5	0,8
Pesadillas	6,4	4
Problemas familiares	3,2	
Retraso lenguaje	1,6	1,6
Somatizaciones	2,5	0,8
Tics	0,8	0,8
Trastornos conducta	13,3	
Tristeza	2,4	0,8
Total	100%	30,5%

Analizando por otra parte *las circunstancias carenciales*, encontramos en la tabla 1 que un 26% de los pacientes presenta una circunstancia carencial y 9,85% dos de dichas circunstancias, siendo la más frecuente, tal y como se puede apreciar en la tabla, la separación o divorcio de los padres, que alcanza un 10%, hecho que sin duda tiene una gran repercusión en el desarrollo psicológico del niño, aunque lo que parece tener más importancia que la separación o divorcio en sí, sería lo que Rutter llama "índice conyugal", es decir, la medida de las relaciones armónicas en el matrimonio, circunstancia esta más difícil de valorar objetivamente y recoger en las historias y que sin embargo podría afectar a algunos de estos pacientes; asimismo, deberíamos tener en cuenta la existencia de otras formas más sutiles de abandono e incluso en ocasiones más aceptadas socialmente, que no son reflejadas y que quizá, si fuera posible objetivarlas, engrasarían el grupo de estas circunstancias carenciales.

Asimismo, al estudiar las características clínicas, y en lo que *al motivo de consulta* se refiere, tal y como se aprecia en la tabla 2, encontramos que un 30,5% acuden por más de un motivo; entre las causas más frecuentes destaca con igual porcentaje, un 21,6%, las dificultades escolares y enuresis, seguidas de los trastornos de conducta, con un 13,3%; los otros motivos que figuran en la tabla, muestran porcentajes por debajo de los anteriores.

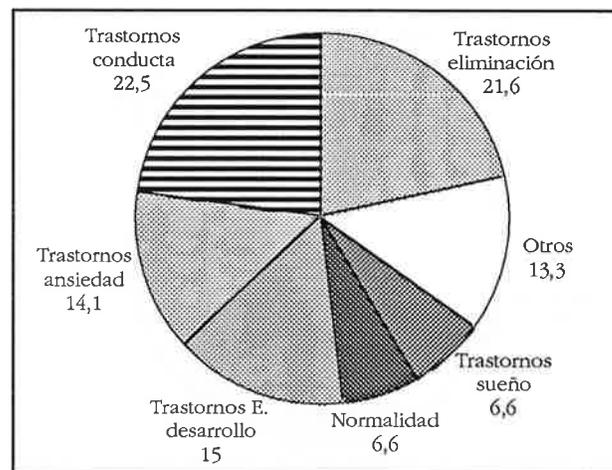


Figura 5. Diagnóstico (%).

Respecto a los *grupos diagnosticados* establecidos destacan en primer lugar los trastornos de conducta con un 22,5%, seguidos de los trastornos de eliminación con un 21,6%, los trastornos específicos del desarrollo el 15%, trastornos de ansiedad el 14,1%, trastornos del sueño el 6,6% y otros el 13,3%, realizando el diagnóstico de normalidad en el 6,6% (Fig. 5).

Cabe destacar la escasa frecuencia de cuadros depresivos diagnosticados en estas edades, que han quedado incluidos en el grupo de otros. De este modo entramos en la controversia planteada por muchos autores sobre el diagnóstico de depresión en la infancia, considerando unos autores que las depresiones infantiles se presentaran casi exclusivamente bajo la forma de depresiones enmascaradas como trastorno del comportamiento y como equivalentes somáticas, mientras que otros juzgan que esta manera de considerarlas no se sostiene más que si se toma como punto de partida la sintomatología de los adultos y mantienen que en la infancia no se trataría de depresiones enmascaradas sino de verdaderas depresiones que no se expresan con síntomas específicos en función de la edad, por lo que no deben considerarse equivalentes depresivas.

En lo que se hace referencia a los *antecedentes*, sólo mencionar que el 30,7% tienen antecedentes psiquiátricos en familiares de segundo grado y el 26,6% antecedentes en familiares de primer grado; el 48,1% tienen antecedentes personales somáticos constatados en la historia, incluyendo enfermedades orgánicas y hospitalizaciones, sobresaliendo la frecuencia de antecedentes familiares del mismo tipo en los trastornos por eliminación.

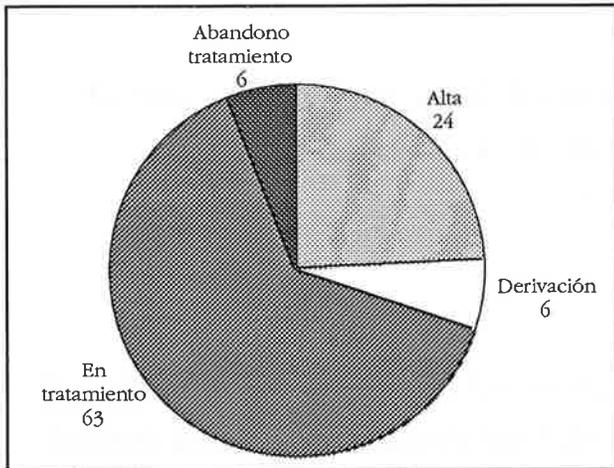


Figura 6. Evolución (%).

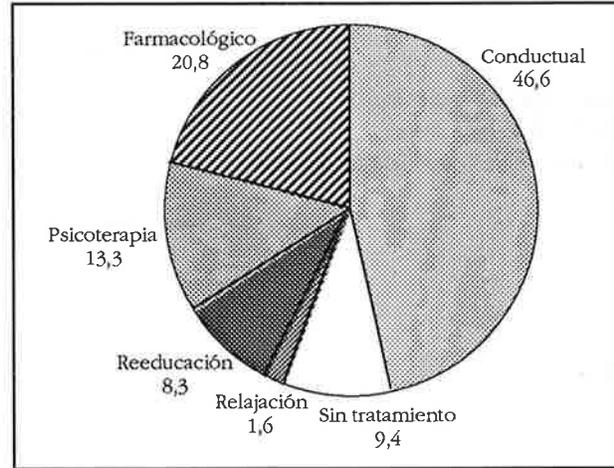


Figura 7. Tratamiento (%).

El *tratamiento* aplicado ha sido en un 46,6% de tipo conductual, en un 20,8% farmacológico, en un 13,3% psicoterapia, en un 8,3% reeducación, en un 1,6% relajación, quedando asimismo un 9,4% sin tratamiento, que correspondería a los diagnósticos de normalidad y a los casos en que la intervención se ha limitado la pauta de modificación de conducta a los padres (Fig. 7).

Por último, al referirnos a la *evolución*, se aprecia que, en el momento de la realización del estudio (Fig. 6) el 63% sigue en tratamiento y el 24% ha sido dado de alta, encontrando asimismo un 6% de abandonos del tratamiento y otro 6% derivado a otros servicios.

CONCLUSIONES

1. Se aprecia un claro predominio de psicopatología en el sexo masculino sobre el femenino, situándose la

edad en un valor medio de 8,7 años, con una desviación estándar de 7,8.

2. En cuanto al orden de la fratria, la mayor incidencia de patología en las edades estudiadas se da en los benjamines con un 46,6% seguido de los primogénitos con un 35%.

3. No parece haber influencia de la actividad laboral de la madre en la muestra estudiada.

4. La circunstancia carencial más importante de las estudiadas es el divorcio o separación de los padres alcanzando un 10%.

5. Los grupos diagnósticos que aparecen con más frecuencia son los trastornos de conducta con un 22,5%, seguidos de los trastornos de eliminación y de los trastornos específicos del desarrollo.

6. El tratamiento más frecuentemente aplicado es el de tipo conductual seguido a poca distancia del farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez A, Domínguez MD, Perdiguero A, Rodríguez C, Alonso A. Estructura Familiar y Psicopatología Infanto-Juvenil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990;4:245-249.
- Fernández Moreno A, Gómez-Ferrer Gorriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad mental Infanto-Juvenil en la región de Murcia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;1:27-39.
- Ballesteros Alcalde MC, Conde López V. Diagnóstico Clínico evolutivo de las depresiones en la infancia. (Diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. PTD. España. IV Symposium Nacional del Comité para la prevención y el tratamiento de las depresiones. Córdoba, 18 y 19 septiembre, 1987:21-36)
- Verhulst FC. Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil. *Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990;3:149-153.
- Lana Moliner F. *El orden y el tamaño de la fratria en Paidopsicopatología*. Servicio de Salud Mental de Parla. Madrid.
- Velilla Picazo JM y cols. Incidencia del abandono y carencias afectivas en una consulta de Psiquiatría Infanto Juvenil.

J.A. López Villalobos
M. I. Sánchez Azón
C. Gil-Díez Usandizaga

Variables clínicas en salud mental infanto-juvenil

Palencia

Clinical variables in childhood and adolescence mental health

RESUMEN

Con el presente estudio, pretendemos incidir en la importancia de la globalidad de muchas posibilidades que influyen en la Salud Mental infanto-juvenil, relacionando para ello factores sociodemográficos y clínicos con los trastornos descritos en el DSM-III.

Debemos pues considerar al niño/a como una entidad *biopsicosociológica* que va evolucionando, siendo a la vez influenciado/a por multitud de variables relacionadas con su contexto intra e interpersonal.

Es importante plantear programas preventivos que mejoren la calidad de vida de la población, facilitando la utilización de recursos personales y socio-económicos adecuados.

El estudio de 370 casos (entre 0 y 16 años) que presentamos a continuación, se ha realizado en la población infanto-juvenil de tres centros de Atención Primaria de Palencia capital.

Las variables objeto de estudio han sido las siguientes: diagnóstico prioritario, diagnóstico asociado, sexo, edad, procedencia, problemas escolares, antecedentes psiquiátricos, lugar en la fratria, cultura de los padres y convivencia.

PALABRAS CLAVE

Entidad biopsicosociológica. Programas preventivos. Morbilidad. Variables.

ABSTRACT

In this study, we comment on, by relating socialdemographical and clinical factors to the disorders described in the DSM-III, the importance of the globality of the elements that have influence on the Mental Health of both youth and children. We, therefore, have to consider the child as a biopsychosociological entity that is constantly progressing while, at the same time, is being influenced by lots of variables related to his/her inner and interpersonal context.

It is important propose preventive programmes of detection that improve a population's quality of life so that the use of proper personal and socioeconomical resources can be implemented to best advantage. This study is based on 370 cases histories (between 10 and 16 years) from the Child-Youth population of three Primary Care Centers (CAP) from the city of Palencia.

The variables studied have been: priority diagnosis, associated diagnosis, sex, age, origins, school problems, psychiatric background, place in the family, culture of the parents and social skills and abilities.

KEY WORDS

Biopsychosociological entity. Preventive programmes. Underlying morbidity. Neurotic disorders. Several variables.

INTRODUCCIÓN

La base científica de la Salud Mental Infantil, pasa por la consideración del niño como entidad biopsicosociológica, con posibilidad de exteriorizar conflictos a través de cualquiera de las vías anteriores, encontrándose inmerso en una familia y contexto social, en permanente, rápida y constante evolución.

La infancia no puede ser considerada como un lugar de paso hacia la vida adulta, sino como un período con entidad propia. En palabras de Campbell, no tiene ningún sentido considerar la conducta infantil aislada de la influencia ambiental y del estadio del desarrollo por el que atraviesa el niño.

El trabajo de investigación en el área infantil es imprescindible para, como dice J.M. de Miguel, relacionar factores socioculturales con el desarrollo del trastorno, o averiguar los determinantes subyacentes que predisponen al mismo e incidir sobre ellos antes de que aparezcan, dado que ningún trastorno ha podido ser eliminado tratando uno a uno los casos afectados. Con nuestro análisis pretendemos favorecer una atención integral que englobe la promoción de la salud, prevención y tareas específicamente asistenciales en nuestra área de salud.

El presente estudio relaciona factores sociodemográficos y clínicos con los distintos trastornos (DSM III), observando hipótesis explicativas acerca de los datos y pretendiendo poner de relieve la importancia del análisis epidemiológico en este período vital, con entidad propia, reconocido por la OMS al reseñar que el 50% de los indicadores de "Salud para todos en el año 2000" se refiere a la población infantil, siendo la inversión en servicios de atención a la infancia, uno de los indicadores

internacionales de nivel cultural y sensibilidad social.

Finalizaremos esta introducción indicando la necesidad de adecuados programas preventivos, enmarcados bajo un contexto ecológico y base científica, derivados de estudios precisos que mejoren la calidad de vida de la población, sin olvidar que la cuestión de fondo es dotar a los individuos y a la colectividad de suficientes recursos personales, sociales y económicos. Para ello, no sólo es necesario adecuados programas de prevención que aborden los factores de morbilidad subyacente, sino un correcto aprovechamiento y coordinación de los recursos existentes, así como su ampliación, si fuera necesario.

17

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El estudio se centra en la población infanto-juvenil (0-16 años), proveniente de tres centros de Atención Primaria de Palencia capital (PO, SJ, APS) y un centro rural (G).

La zona urbana tiene 72.000 habitantes (25% población infanto-juvenil), con dedicación profesional centrada fundamentalmente en el sector servicios, agricultura y algunos sectores industriales. Un análisis muestral que realizamos sobre la patología adulta observó un claro predominio de T. neuróticos de carácter afectivo, ansioso y somatoforme, en ambos sexos (incidencia: 0,26%).

La zona rural tiene 116.763 habitantes, y la muestra analizada (G) 14.095 habitantes, de los que el 19% son población infanto-juvenil. La dedicación profesional se encuentra fundamentalmente centrada en la minería, observándose una alta incidencia de alcoholismo, sobre todo en la población de adultos varones.

METODOLOGÍA

Se ha observado la demanda de primera atención solicitada en la U.S.M. perteneciente al INSALUD de Palencia, procedente de la población infanto-juvenil (0-16 años). Esta población representa un tercio del total de primeras consultas y en una gran mayoría procede de tres centros de atención primaria urbana (PO, SJ, APS) y uno rural (G).

Se aplicó un protocolo de recogida de datos con variables sociodemográficas, administrativas y clínicas, como sexo, edad, procedencia (R-U), número de her-

18 manos, lugar que ocupa, problemas escolares, convivencia, cultura de los padres, antecedentes psiquiátricos y diagnóstico versión DSM III. La variable diagnóstica fue afinada tras una revisión por separado de psicólogo-psiquiatra de los datos relativos al niño.

La información fue analizada estadísticamente, mediante distribución uni y bivariada de frecuencias para cada una de las variables y aplicándose medidas de significación estadística para las tablas de contingencia (χ^2) así como medidas del grado de asociación de las variables estudiadas, (coeficiente de contingencia). Se determinaron tasas de incidencia tratada, prevalencia administrativa, frecuentación, utilización y penetración.

Se ha incidido especialmente en las variables clínicas de mayor prevalencia en la población infantil de la zona: enuresis, T. de conducta, T. por ansiedad, T. por déficit de atención, T. específicos del desarrollo.

Tamaño de la muestra analizada: 370 casos.

RESULTADOS

Incidencia AD: nº de casos nuevos por cada 1000 h./año, en población infantil.

IA urbano: 8,59 ‰

IA Rural (G): 6,62 ‰

Frecuentación: nº de consultas por cada 1000 h./año en población infantil.

Urbano: 83,3‰

Prevalencia AD: nº de casos atendidos por 1000 h./año en población infantil.

Urbano: 12,4‰

Penetración: nº de casos por cada 1000 h. de la población definida año.

IP Urbano: 8,59‰

IP rural (G) : 6,62‰

Diagnóstico

La variable "diagnóstico" fue afinada a través del criterio unilateral de psicólogo y psiquiatra acerca del caso particular; existió gran concordancia en el diagnóstico esencial (90%). El criterio tenido en cuenta en las discrepancias fue el acuerdo en primer lugar y secundariamente prevalecía la opinión del profesional que hubiese tenido más contacto con el niño/a.

El diagnóstico de máxima incidencia fue la enuresis, que representó un tercio del total de los casos.

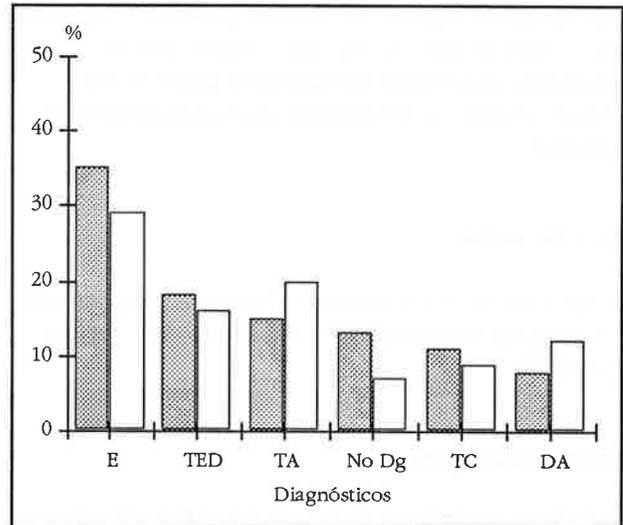


Figura 1. Diagnósticos prioritarios en nuestra USM, según porcentaje comparativo. Los tipos de trama diferencian dos años consecutivos en cada trastorno.

La enuresis es un diagnóstico muy frecuente (10% en niños/as de cinco años) y es clásicamente un problema que como sus acompañantes, "Trastornos con manifestaciones físicas", acuden prioritariamente al médico, persona que deriva a la USM cuando lo considera necesario. Por ello, no resulta extraño que sea el problema con más alta incidencia, a pesar de que ha disminuido notablemente en esta USM con el transcurso de los años.

En cuanto a la incidencia diagnóstica, nos encontramos secundariamente con los Trastornos específicos del desarrollo (TED), 19%-17%, y los Trastornos de ansiedad (TA), 14,5%-19%.

Los Trastornos de conducta (TC) y Déficit de atención (DA) representan porcentajes en torno al 10%. Estos cinco diagnósticos representan el 80% del total, motivo por el que han sido tenidos en cuenta como objeto de análisis exclusivo.

Un análisis realizado durante tres trimestres de 1989 en las provincias de Zaragoza, Las Palmas, Salamanca, Madrid, Navarra, Cáceres y La Coruña, presentó similares diagnósticos a los expuestos con anterioridad, encontrándose un claro predominio de "Otros trastornos con manifestaciones físicas", "T. de conducta" y "T. de ansiedad". También ocupaba un lugar relevante "otros T. en la infancia, niñez y adolescencia" (esquizoide, autismo, negativismo).

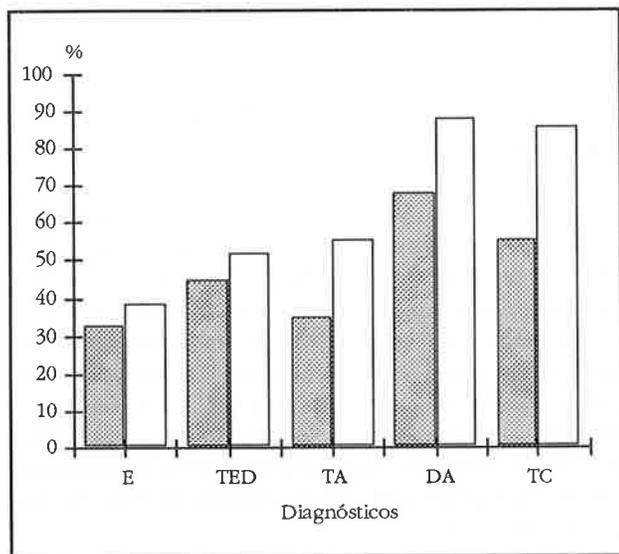


Figura 2. Diagnósticos asociados o "acompañantes" en cada una de las cinco variables clínicas analizadas.

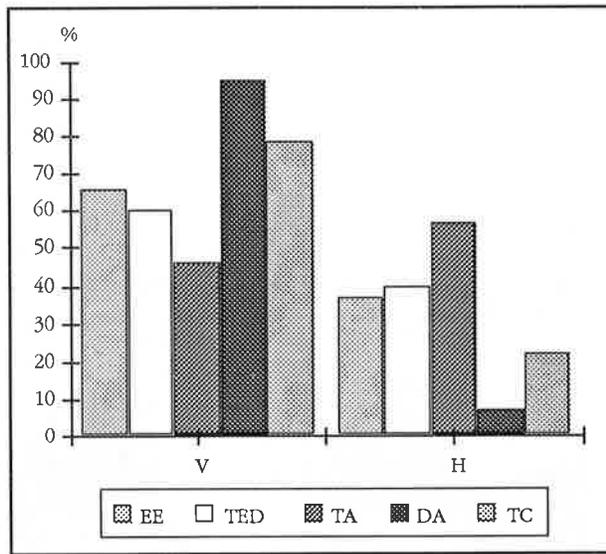


Figura 3. Comparación de la distribución de cada patología en función del sexo.

La sintomatología considerada como "No diagnóstico psiquiátrico" (No Dg) no ha disminuido del 13,1% al 8,1% en el transcurso de los años. Esta variable la adjudicamos a la habilidad de los médicos de Atención Primaria para precisar lo que es un caso psiquiátrico o psicológico. En este aspecto, también ha contribuido el conjunto de cursos de información impartidos durante estos últimos años sobre el tema de la Salud Mental, que ha conducido a precisar el diagnóstico y derivar menor número de casos infanto-juveniles (206 frente a 159) y su tratamiento en Atención Primaria.

Otro dato de interés consiste en observar los "Diagnósticos asociados" o el porcentaje en que un diagnóstico se encuentra asociado a otro en una misma persona y su análisis global en la población que demanda consulta infanto-juvenil. Los diagnósticos esenciales, a medida que transcurren los años van mayormente asociados a otros diagnósticos.

Enuresis: 32,8% → 36,2%; TED: 43,6% → 51,8%; TA: 33,3% → 54,8%; DA: 68,4% → 88,8%; TC: 54,5% → 85,7%. Ello puede ser índice de mayor precisión diagnóstica. Existen variables, como el DA, que van asociadas con gran frecuencia a otros diagnósticos, lo que puede hacer dudar de su entidad clínica aislada.

No existen diferencias significativas en las asociaciones diagnósticas, si bien se producen en ma-

yor número las asociaciones TC-DA, EE-TED y TED-CL.

Sexo

Existe, como en la mayoría de las investigaciones, un claro predominio de primeras consultas en varones infanto-juveniles, comparados con las hembras. Por cada hembra acuden 1,97 varones.

Los índices de penetración, más fiables estadísticamente, indican resultados similares, tanto en la población rural, como en la urbana. (PU. V: 10,9% - H: 6,12%; PR.V: 2,85%; H: 1,54%).

Un análisis por centros e índices de penetración, observa resultados análogos, aunque con índices más altos (POV: 18,6% - POH: 7,8%; SJV: 22,6% - SJH: 12,3%; APSV: 9,01% - APSH: 6,5%) a excepción de una zona rural (GV: 5,06% - GH: 8,2%).

Un análisis realizado en otras provincias, durante tres trimestres de 1989, reseñó resultados similares en Las Palmas, Cáceres y La Coruña. Diferencias menores, aunque también a favor de los varones en Madrid y Navarra. Los porcentajes de varones y hembras se igualaban en Salamanca y Zaragoza, aunque la muestra era escasamente representativa.

Parece claro que los niños son más proclives en acudir a consulta de Salud mental que las niñas.

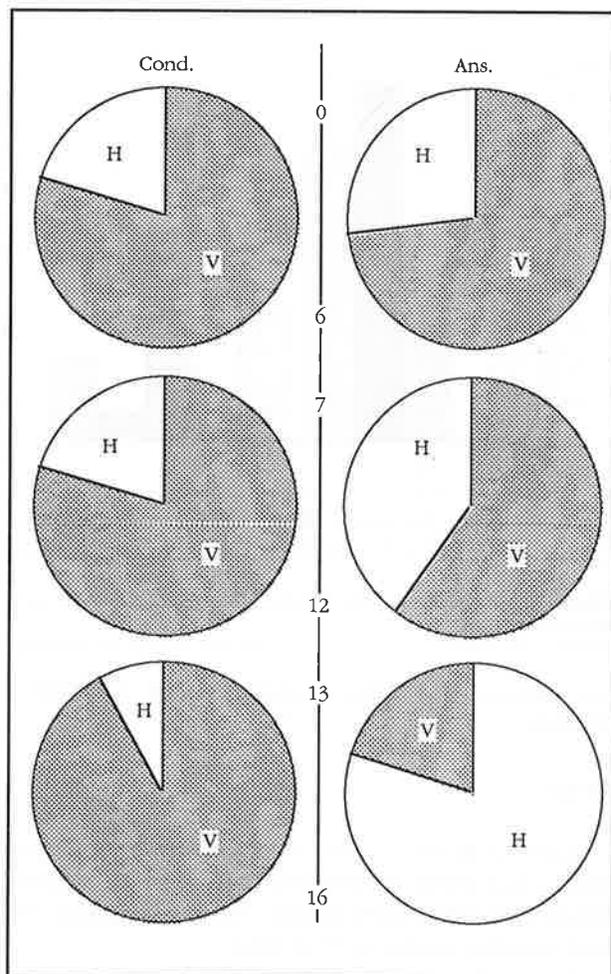


Figura 4. Reparto por sexo de los TC y TA, en función de la edad.

Analizando el tipo de patología existente, la EE y el TED se reparten proporciones similares a las anunciadas por el sexo (una hembra por cada dos varones, el DSM IIIIR similar). Los TA son levemente más frecuentes en las hembras (V: 45% - H: 55%), los DA excesivamente más frecuentes en varones (V: 94% - H: 6%), así como los TC (V: 80% - H: 20%).

Parece que tuviera algo de cierto aquello de que en las niñas existe un mayor número de problemas de carácter emocional y en los niños comportamental. Se observa asociación estadística entre sexo y patología ($p = 0,01$) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ($\chi^2: 13,59$, GL: 4, CC: 0,30).

Los TC y la hiperactividad están incluidos en el DSM

IIIr, junto al negativismo, en los "Trastornos de conducta perturbadores", que originan síntomas conductuales socialmente molestos para los demás, en mayor medida que para sí mismos. Todos estos diagnósticos tienen mayor prevalencia en niños (TC: 4/1 - TDA: 6/1).

Los TA, o tienen una prevalencia similar por sexos o se inclinan hacia el lado de las hembras, manifestando rasgos de cualidad más interna, de experimentación de sensaciones, de estado de ánimo y con menos manifestaciones externas objetivables conductualmente.

En nuestro análisis se observa asociación estadística ($p = 0,001$) entre sexo y manifestar problemas en la esfera conductual *versus* emocional. $\chi^2: 12,66$, GL: 1, CC: 0,40. A similares conclusiones han llegado Rutter (1970), Achenbach (1978), Behar (1977), Smith-Green (1975), Pedersen-Bell (1970), Serbin (1973), Wenry-Quay (1971), etc.

Análisis posteriores cruzaron en el cuadro de contingencia la variable sexo unido a tener más de 13 años con patología conductual y emocional, observándose significatividad $p = 0,001$, $\chi^2: 16,37$, D: 3, CC: 0,62. La frecuencia observada es mayor significativamente que la esperada en varones y TC, y en hembras y TA.

La razón de prevalencia o prevalencia relativa para varones mayores de 13 años a la hora de poseer características de TC cuando acuden a la USM y con referencia a otros trastornos fue de "12" con $\chi^2: 10,83$, D: 1, $p = 0,01$, observándose mediante la ecuación de Miettinen al NC del 95% en el intervalo entre 7,4 y 19,2. El resultado del mismo valor y en idénticas circunstancias para hembras y TA de 3,6 con $\chi^2: 5,94$, D: 1, $p = 0,01$ (Miettinen nc 95%, intervalo 2,38 - 5,42).

Edad

El análisis aislado por edades revela un perfil similar al de una curva normal, elevada en el centro y achatada en los extremos, entre los 0 y 16 años. Un buen número de trastornos no se manifiestan claramente hasta edades cercanas a los cinco años y, como dice Carey-Westnay, un buen porcentaje de los niños pequeños son con más frecuencia llevados al pediatra. Por otro lado, los adolescentes acuden con menos frecuencia, a pesar de ser una edad de cambio más proclive a trastornos mentales, debido al opositorismo en búsqueda de ayuda y al peligro hipotético de ver deteriorada su imagen social, "yo no soy un loco".

Se tomó como criterio la división por edades que ofrece

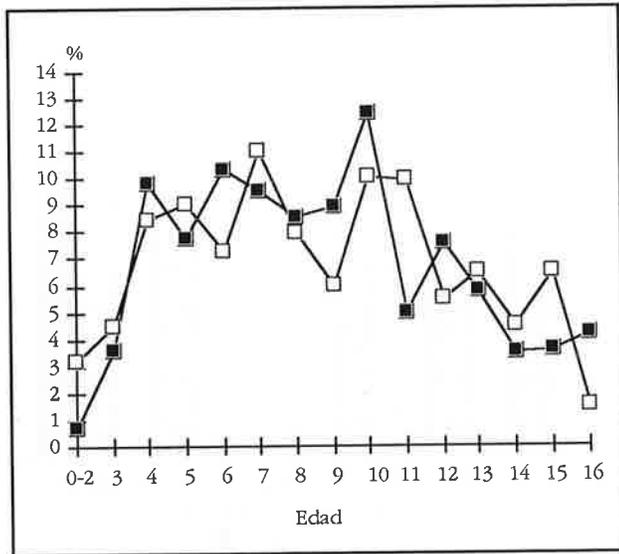


Figura 5. Distribución comparativa, en dos años consecutivos, de las personas que acuden a USM en función de la edad.

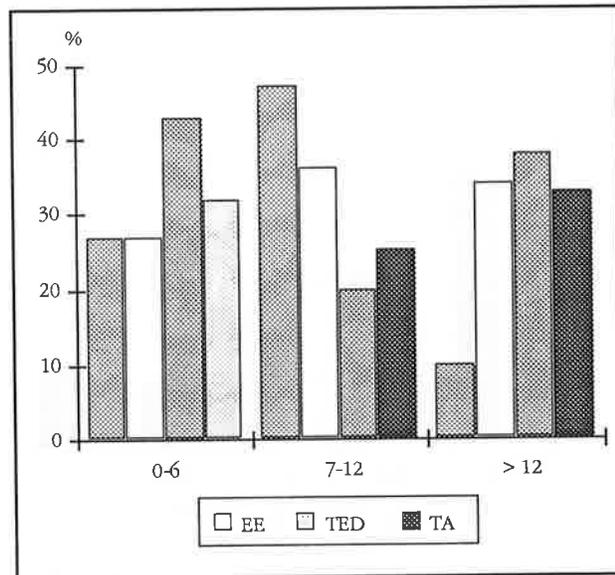


Figura 6. Patologías de máxima prevalencia en cada bloque de edades. Comparación dos años consecutivos (trama fina-gruesa).

Piaget: 0-6 (período sensoriomotor-preoperatorio), 7-12 (operaciones concretas) y 13-Ad (operaciones formales).

El análisis observó un mayor predominio de población infanto-juvenil que acude a SM en el período de 7-12 años, con el 50% de los casos; cerca del 32% de 0-6 y el 18% de 13 años en adelante. La distribución por edad y sexo ofrece resultados similares.

Los índices de penetración fueron, en tantos por mil:

	Varones:	Hembras:
0-4 años	5,5‰	2,6‰
5-9 años	20,2‰	8‰
10-14 años	13,2‰	8‰

La edad de máxima penetración fue de cinco a nueve años de forma similar en la zona rural y urbana.

En la asociación edad-patología, observamos: de 0-6 años predomina EE (29%) y TED (43%); de 7-12 años predomina EE (40%) y TA (21%) y de 13 años-Ad, fuerte incremento de TA. Existe asociación estadística entre edad-patología ($p=0,001$) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar. $\chi^2: 35,03$, GL: 8, CC: 0,41.

Además de los aspectos evidentes, como el predominio de EE y TED en las edades iniciales y con más frecuencia en varones, observamos el incremento de TA en edades más tardías (13-Ad) a costa de las hembras infanto-juveniles. Los TC (13-Ad) casi se observan exclusivamente en varones, pero no representan un incremento en frecuencia respecto a edades anteriores.

Procedencia

La mayor parte de la población que acude a consulta, tiene procedencia urbana (75%), fundamentalmente de los centros de PO, SJ y APS. La población rural, que representa el 25%, procede fundamentalmente de G. Estos cuatro centros de Salud, representan el 85% del total de demandantes de primera consulta infanto-juvenil en esta Unidad de Salud Mental.

El índice ND ha descendido de forma importante en la mayoría de los centros rurales y urbanos. El índice de penetración es del 8,59‰ en la zona urbana y del 2,2‰ en la rural, existiendo centros de salud urbanos con un 17,6‰ y un centro rural con un 6,62‰.

Diferencialmente, se observan menos TED procedentes de la zona rural y más TA (extendido de forma proporcional a la demanda existente, o la relación entre frecuencia observada y esperada).

No encontramos asociación estadística significativa procedencia-patología en esta muestra.

Problemas escolares

Se definieron tres variables:

"PEE": en esta variable se consideraron incluidos

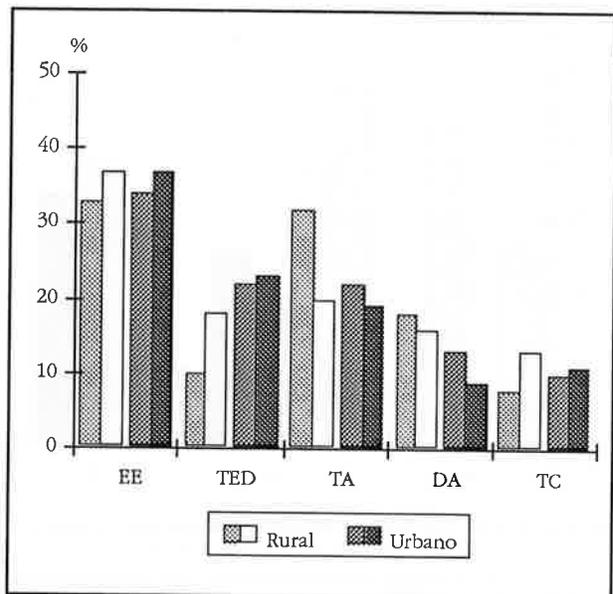


Figura 7. Distribución de patologías en función de la procedencia rural o urbana. Comparación dos años consecutivos.

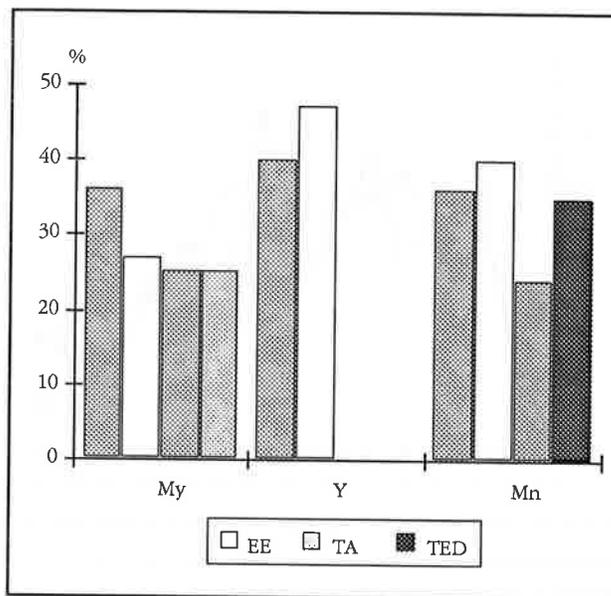


Figura 8. Diagnósticos de máxima prevalencia en nuestra USM, en función del lugar que el niño ocupa entre sus hermanos (Mayor- Intermedio - Menor).

aquellos niños que suspenden o se registra NM en un número superior o igual a cinco asignaturas.

“Repite”: en esta categoría se incluye a aquellos niños que repiten curso y que pueden tener, o no, las características anteriores (es categoría prioritaria sobre PEE).

“No PEE”: no problemas escolares de entidad.

El 65% de los niños que acuden a consulta pertenecen a la categoría No PEE, repartiéndose las otras dos categorías porcentajes similares.

Los TC y DA son más frecuentes entre aquellos que tienen PEE y R conjuntamente; según el DSM IIIr es frecuente la asociación DA, TC y TED con fracaso escolar.

Existe asociación estadística problemas escolares-patología ($p=0,025$) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ($\chi^2: 19,07$, GL:8, CC: 0,32).

La relación en T. de conducta, hiperactividad y problemas escolares ha sido observada por Halverson-Waldrop (1976), Robins (1966, Rutter (1971), Sandberg (1980) y Love-Kawsan (1974).

Antecedentes psiquiátricos

Durante el año 1988, nos encontramos que dos tercios de las personas que acuden a consulta tienen

antecedentes psiquiátricos y todos los trastornos prioritarios están relacionados en mayor medida con tener antecedentes psiquiátricos. Existe asociación estadística entre antecedentes psiquiátricos-patología ($p=0,10$) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ($\chi^2: 7,81$, GL: 4, CC: 0,24).

Lugar que ocupa

Un 10% de la población infanto-juvenil son hijos únicos, el 29% son “mayores”, el 22% ocupa lugares intermedios y un 39% son los menores de los hermanos. Los hermanos menores acuden con más frecuencia a esta consulta. En cuanto a la patología observamos que no existe un trastorno predominante en los hijos únicos; en los menores predominan los EE y TED, en los intermedios EE, y EE y TA en los mayores. La nota diferencial estaría en más TED en los menores y más TA en los mayores.

Existe asociación estadística “Lugar que ocupa” -patología ($p=0,001$) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar. ($\chi^2: 26,22$, GL: 12, CC: 0,37).

Los hermanos mayores acuden menos a consulta de forma global si comparamos las familias con más de dos hermanos, lo que lógicamente da lugar a tener hermano

mayor-intermedio-menor. (M: 19%, I: 34%, Menor: 47%). Ello pudiera tener explicaciones diversas si bien es cierto que dada la alta frecuentación de EE y TED no resulta extraña la mayor presencia de hermanos menores. En los hermanos mayores son más frecuentes los TC y TA.

Cultura de los padres

La mayoría de los padres de los niños que acuden a consulta poseen estudios primarios, 85,8% - 79,1%; el 2,2% - 14,5% poseen bachiller superior o más alto nivel y se reparten bajos porcentajes las categorías de "analfabetos" y "leer-escribir". La relación existente entre

cultura de los padres y tener algún tipo de sintomatología no ofrece datos de interés. **23**

Convivencia

El 90% de los niños analizados conviven con ambos padres, repartiéndose porcentajes similares al 4% aquellos niños que conviven con padres separados o viudos/as.

No existen diferencias significativas al relacionar las cinco patologías prevalentes, con las variables de convivencia; únicamente se observa que en la condición de padres separados existe una mayor proporción de antecedentes psiquiátricos con una muestra escasamente representativa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Campbell S. Psicopatología del niño desde una perspectiva evolutiva. En: Ollendick TH. *Psicopatología Infantil*. Martínez Roca, 1986.
- 2 Miguel J. *Sociología de la medicina*. Barcelona, Vicens Vives, 1978.
- 3 INSALUD. *Unidades de Salud Mental. Normas de funcionamiento*.
- 4 *DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1983.
- 5 OMS. *Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño*. OMS. *Informes técnicos 613*. Ginebra, 1973.
- 6 Costa M, López E. *Salud comunitaria*. Martínez Roca, 1986.
- 7 Gilbert. *Estadística*. Interamericana, 1980.
- 8 Jenicek M. *Epidemiologie, principes, techniques, applications*. 21 ed. Edisem-Maloine, Quebec, 1982.
- 9 Miettinen OS. *Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine*. Wiley, Nueva York, 1985.
- 10 Ministerio Navarro de Salud mental. Memoria, 1990.
- 11 Dirección regional de Salud Mental del Principado de Asturias. Memoria de 1986.
- 12 Publicaciones periódicas del INSALUD en Salud Mental, 1989.
- 13 *Bases para la reforma psiquiátrica en Andalucía*. Consejería de Salud y Consumo. IASAM. Informe técnico nº 2, 1986.
- 14 Rutter. *Education, health and behavior*. Londres. Longman, 1970.
- 15 Smith-Green. Aggressive behavior in English museries and play groups. *Child Development* 1975.
- 16 Weny-Quay. *American Journal of Orthopsychiatry* 1971;41.
- 17 Carey Westman. *Individual differences in children*. Nueva York. Wiley, 1972.
- 18 Palacios J, Marchesi A, Carretero M. *Psicología evolutiva* nº 2. Alianza Universidad textos, 1984.
- 19 Sandberg ST. Hyperkinetic and conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1975;45.
- 20 Love LR, Kaswan JW. *Troubled children their families, schools, and treatments*. Nueva York Wiley, 1974.

J.J. García-Campayo
A. Bonals Pi
C. Sanz-Carrillo
C. Marco Sanjuan

Comprensión familiar de la depresión infantil a través de la CDS

Servicio de Psiquiatría del H.C.U.
Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Zaragoza

Family understanding of the child depression by the use of the CDS

RESUMEN

Se realiza un análisis de los resultados obtenidos con el empleo conjunto de la Escala de Depresión de Lang y Tisher (CDS) y la forma adulta aplicadas a los niños y a sus respectivos padres, llegando a la conclusión de que el empleo de la forma adulta es una práctica muy interesante y útil porque aporta datos objetivos directos sobre la depresión del niño, por ser los padres las personas más directamente relacionadas con él.

PALABRAS CLAVE

Depresión. Escalas de depresión.

ABSTRACT

The use of both Children Depression Scale of Lang and Tisher (CDS) and its corresponding compliment for children and their parents respectively, has produced some interesting results that are analyzed in the following study. We have come to the conclusion that the use of the adult version is a very interesting and useful method because it gives direct and objective information on the child's depression obtained from their parents, the persons in the most direct relationship with him/her.

KEY WORDS

Depression. Depression scales.

INTRODUCCIÓN

Se ha tardado muchos años hasta aceptar que los niños se deprimen dado que la sintomatología de la depresión infantil es muy distinta de la que presenta el adulto deprimido, variando en función de una serie de factores como puede ser el nivel evolutivo en que se encuentre el niño, su desarrollo intelectual, y algunas características de su cambiante personalidad, que generalmente no tienen relevancia en el adulto.

En la práctica diaria se observa frecuentemente en los niños síntomas y conductas como enuresis, encopresis, fobia escolar, hurtos, quejas hipocondríacas, bajo rendimiento escolar, miedos, que son manifestaciones de su depresión. El humor depresivo, la inhibición y la angustia propias de la depresión del adulto no suelen aparecer generalmente en el niño hasta la pubertad.

Admitida como es por todos los psiquiatras la depresión infantil, y dadas las dificultades que entraña en ocasiones llegar a su diagnóstico sólo a través de la clínica, es preciso tener un instrumento de medida que nos permita ante la sospecha, por una parte hacer una aproximación más exacta y correcta, y por otro lado, y una vez diagnosticada, determinar la intensidad, la gravedad y los distintos matices de la misma, imprescindibles para establecer las bases terapéuticas de su tratamiento y poder emitir un pronóstico.

La CDS (Escala de depresión para niños de Lang y Tisher) cumple con los objetivos de los autores y con las necesidades de los clínicos. Tiene dos vertientes: en la primera se analizan los aspectos que generalmente son considerados como parte de la sintomatología de la depresión infantil y en la segunda, estudia los aspectos positivos, de manera que proporciona información sobre la existencia de placer, alegría, diversión, etc. en la vida del niño y su disposición o capacidad para experimentar dichas sensaciones.

El apoyo y ayuda que el niño precisa durante su enfermedad dependen del grado de comprensión de la misma por parte de los adultos más cercanos a él, y muy especialmente de los padres.

Con el cuestionario CDS contestado por los padres se obtiene una información más que, unida a la que ha proporcionado el niño, aproxima más al correcto diagnóstico de depresión.

El presente trabajo trata de profundizar y ampliar el estudio de la CDS en la depresión infantil, que iniciamos con una publicación sobre "La influencia del entorno

familiar en la evolución del cuestionario Lang y Tisher", ya que en su momento nos comprometimos a seguir investigando sobre el tema. 25

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado con una muestra de 60 niños de ambos sexos y edades entre 8 y 16 años, con un nivel intelectual normal y escolarizados. Presentaban diversos síntomas, como disminución en el rendimiento escolar, miedos, fobia escolar, problemas psicósomáticos, trastornos del sueño, inhibición, irritabilidad, etc. y en los que se descartó algún tipo de organización psicótica, prepsicótica o trastorno esquizotípico de la personalidad.

Se aplicó la CDS a cada uno de los niños por el sistema de las tarjetas. Son 66 tarjetas conteniendo cada una de ellas una pregunta o ítem que el niño debe clasificar según cinco posibilidades; cada posibilidad tiene un valor desde 5 a 1 punto.

- ++ Muy de acuerdo = 5
- + De acuerdo = 4
- + - No estoy seguro = 3
- En desacuerdo = 2
- Muy en desacuerdo = 1

De los 66 ítems que contiene la escala, 48 son depresivos y 18 positivos. Ambos grupos constituyen escalas independientes que se valoran por separado, obteniéndose puntuaciones depresivas y puntuaciones positivas. Dentro de cada una de estas escalas se han agrupado determinados ítems que se refieren a aspectos similares de la depresión infantil, formando subescalas.

La escala depresiva consta de seis subescalas:

R.A. (Respuesta afectiva). Se refiere al estado de ánimo y humor. Contiene ocho ítems: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58.

P.S. (Problemas sociales). Consta de ocho ítems (3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59) que aluden a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

A.E. (Autoestima). Hace referencia a los sentimientos, actitudes y conceptos del niño respecto a su propio valor. Consta de ocho ítems: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60.

P.M. (Preocupación por la enfermedad y la muerte). Está formado por siete ítems que aluden a los sueños y fantasías del niño en relación con la salud y la muerte. Son los siguientes: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53.

Tabla 1 Pacientes con TD bajo (hasta centil 30)

Niños			Padres	
Número	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil
1	69	1	146	60-65
2	81	1-4	120	25-30
3	90	1-4	74	1
4	91	1-4	95	5-10
5	95	1-4	131	40-45
6	95	5-10	152	70
7	96	5-10	118	20-25
8	96	5-10	142	55
9	97	5-10	160	75-80
10	98	5-10	101	5-10
11	98	5-10	141	50-55
12	99	5-10	147	60-65
13	101	5-10	125	30-35
14	103	10-15	112	15-20
15	105	10-15	117	20-25
16	108	10-15	138	50-55
17	108	10-15	154	70-75
18	110	15-20	126	30-35
19	110	15-20	99	5-10
20	110	15-20	160	75-80
21	112	15-20	62	1
22	115	20-25	74	1
23	115	20-25	141	50-55
24	120	25-30	103	10-20
25	120	25-30	144	55-60
26	121	25-30	87	1-4
27	122	25-30	78	1-4
28	122	25-30	137	50-55
29	122	25-30	174	90
30	123	30	102	10-15

Tabla 3 Pacientes con TD alto (centiles > 70)

Niños			Padres	
Número	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil
1	153	70-75	94	5
2	153	70-75	147	60-65
3	158	75-80	107	10-15
4	158	75-80	105	10-15
5	158	75-80	154	70-75
6	158	75-80	176	90-95
7	164	80-85	137	50-55
8	167	85	89	1-4
9	173	85-90	130	40
10	176	90-95	143	55-60
11	176	90-95	172	85-90
12	192	97	181	90-95
13	195	97-99	184	95

Tabla 2 Pacientes con TD moderado (centiles 31-70)

Niños			Padres	
Número	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil
1	124	30-35	144	55-60
2	124	30-35	159	75-80
3	125	30-35	61	1
4	127	35	117	20-25
5	130	40	129	35-40
6	130	40	134	45
7	130	40	168	85-90
8	132	40-45	184	95
9	137	50-55	133	40-45
10	140	50-55	139	50-55
11	141	50-55	152	70
12	142	55	129	35-40
13	143	55-60	169	85-90
14	144	55-60	116	20-25
15	146	60-65	72	1
16	148	65	174	90
17	149	65-70	104	10-15

S.C. (Sentimientos de culpa). Consta de ocho ítems que hacen referencia a la autopenalización del niño: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61.

D.V. (Depresivos varios). Está formada por nueve ítems depresivos que no pertenecen a ninguna de las subescalas depresivas: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 62, 66.

La escala positiva tiene dos subescalas cuyos ítems puntúan en sentido inverso:

A.A. (Ánimo-alegría). Contiene ocho ítems que se refieren a la presencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o bien, a su capacidad para experimentar estas sensaciones: 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57.

P.V. (Positivos varios). Son diez ítems con cuestiones de tipo positivo que no han podido ser agrupadas para formar una entidad: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 63, 64, 65.

El TD (Total depresivo). Es la suma de las seis subescalas depresivas y el *T.P.* (Total positivo) es la suma de las dos subescalas positivas.

Se elaboró un cuestionario para padres adaptado y redactado en tercera persona, solicitándoles (más frecuentemente es la madre la que acompaña al niño) que lo contestaran como referido al hijo, por el sistema de papel y lápiz.

Una vez valorados los cuestionarios de los niños y de los padres con la ayuda de la plantilla de corrección, y obtenidas las puntuaciones directas en cada una de las escalas y subescalas, determinamos los centiles correspondientes

Tabla 4 Pacientes con CDS bajo (centil menor de 30); n= 30 pacientes

Subescalas depresivas y escala depresiva global (valores medios)

Subescalas	Hijos		Padres		Significación
	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil	
RA	13,93	15-20	17,56	40-50	p= 0,003**
PS	13,93	14-15	19,90	40-45	p= 0,001***
AE	16,46	15-20	19,26	30-35	p= 0,023*
PM	15,40	15-20	16,96	35	p= 0,275
SC	20,96	20	20,43	15-20	p= 0,686
DV	23,50	10	26,90	25-30	p= 0,009**
TD	104,18	10-15	121,01	25-30	p= 0,005**

Subescalas positivas y escala positiva global (valores medios)

Subescalas	Hijos		Padres		Significación
	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil	
AA	16,93	35-45	19,90	75	p= 0,024*
PV	25,23	70	25,20	70	p= 0,981
TP	42,16	60	45,10	75	p= 0,222

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001. Prueba utilizada: t de Student.

mediante el empleo de la tabla de conversión de puntuaciones directas en puntuaciones típicas.

La muestra se ha distribuido en tres grupos, tomando como referencia el centil TD de los niños (Tablas 1, 2 y 3):

Grupo 1.- TD "Bajo": centiles entre 1 y 30. Corresponden 30 individuos.

Grupo 2.- TD "Moderado": centiles entre 31 y 70. Existen un total de 17.

Grupo 3.- TD "Alto": centiles por encima de 70. Hay 13 sujetos.

Para comparar las puntuaciones medias de los niños y de los padres de cada grupo en las escalas TD y TP y en las correspondientes subescalas, se ha aplicado el método estadístico de la t de Student (Tablas 4, 5 y 6).

RESULTADOS

Escala global y subescalas depresivas

Respecto a las puntuaciones totales de depresión (TD), encontramos que en los pacientes poco depri-

Tabla 5 Pacientes con CDS moderado (centiles < 30 - < 70); n= 17 pacientes

Subescalas depresivas y escala depresiva global (valores medios)

Subescalas	Hijos		Padres		Significación
	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil	
RA	18,00	50	21,11	65	p= 0,092
PS	21,82	50	22,58	55	p= 0,691
AE	22,64	50	21,05	40	p= 0,658
PM	19,29	50	16,94	30	p= 0,187
SC	24,41	45	22,35	25	p= 0,126
DV	30,08	40	29,70	35	p= 0,863
TD	137,24	50-55	133,73	40	p= 0,841

Subescalas positivas y escala positiva global (valores medios)

Subescalas	Hijos		Padres		Significación
	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil	
AA	18,64	50	22,64	85	p= 0,060
PV	24,58	60	26,41	97	p= 0,314
TP	43,22	65	49,05	85-90	p= 0,161

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001. Prueba utilizada: t de Student.

dos, que denominamos Grupo 1, la puntuación de los padres es más elevada que la de los hijos, con una alta significación (p < 0,01) (Tabla 4).

En los pacientes moderadamente deprimidos (Grupo 2), no hay diferencias significativas entre las puntuaciones de padres e hijos (Tabla 5).

Finalmente en los pacientes muy deprimidos (Grupo 3), las puntuaciones de los hijos son más altas que las de los padres, pero la diferencia no llega a alcanzar la significación estadística (p= 0,55) (Tabla 6).

Cuando estudiamos de forma aislada las diferentes subescalas encontramos:

TD bajos. Los padres siempre arrojan puntuaciones mayores que las de los hijos, generalmente de forma muy significativa (p< 0,001). Sólo hay dos escalas en que las diferencias no son significativas: La PM y la SC, única esta última en que los hijos puntúan más alto que los padres (Tabla 4).

TD moderados. Las puntuaciones de los hijos son ligeramente superiores que las de los padres en casi todas las subescalas excepto en RA y en PS en que los

Tabla 6 Pacientes con CDS elevado (mayor del centil 70); n= 13 pacientes

Subescalas depresivas y escala depresiva global (valores medios)

Subescalas	Hijos		Padres		Significación
	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil	
RA	28,23	90-95	23,38	75	p= 0,110
PS	27,00	80	24,38	65	p= 0,150
AE	28,00	80	22,38	55	p= 0,016**
PM	21,30	65	19,23	50	p= 0,589
SC	30,23	75	21,23	20	p= 0,001***
DV	32,53	55	29,15	35	p= 0,182
TD	167,29	85	139,75	55	p= 0,55

Subescalas positivas y escala positiva global (valores medios)

Subescalas	Hijos		Madres		Significación
	Puntuación	Centil	Puntuación	Centil	
AA	21,84	80	21,46	80	p= 0,870
PV	27,23	80	26,69	70-80	p= 0,840
TP	49,07	85-90	48,15	85	p= 0,073

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. Prueba utilizada: t de Student.

padres puntúan más alto que los hijos. En ningún caso las diferencias son significativas (Tabla 5).

TD altos. Todas las subescalas muestran puntuaciones más altas para los hijos que para los padres, pero sólo en dos subescalas las diferencias son significativas, en AE (p < 0,05) y sobre todo SC (p < 0,001) (Tabla 6).

Escala global y subescalas positivas

Cuando estudiamos la escala global y las subescalas

positivas encontramos que no existen diferencias significativas en ningún grupo entre hijos y padres. Analizando las subescalas se observa en los grupos 1 y 2 puntuaciones bastante más altas para los padres que para los niños en AA; estas diferencias llegan a ser significativas en el grupo 1 (p < 0,05).

CONCLUSIONES

1. La Escala de Depresión Infantil (CDS), forma adulta, aplicada a los padres es discriminativa de la depresión infantil, puesto que las puntuaciones medias de TD de los padres de los niños del grupo 1 son las más bajas, siguiéndole las del grupo 2, y las más altas, las de los padres del grupo 3, que es el grupo de niños con valores más altos en el TD.

2. Los padres de los niños más deprimidos, grupos 2 y 3 (a partir del centil 30), comprenden bien la depresión de sus hijos, pues aunque obtienen medias en el TD más bajas que ellos, las diferencias no son estadísticamente significativas.

3. La CDS forma adulta es un instrumento válido incluso para hacer un primer despistaje de la depresión de los niños; en nuestra muestra el hecho de que los resultados de los padres del grupo 1 (centil inferior a 30) sean significativamente superiores a los de sus hijos, no nos autoriza a pensar que no los comprenden. Habrá que estudiar a fondo al niño y a su familia para cerciorarse de si el estado depresivo está en él o en la familia.

4. La escala positiva no arroja apenas diferencias en ningún grupo entre padres e hijos, pero si varían las puntuaciones medias tanto del TP como de las subescalas de más o menos (recordemos que puntúan en sentido inverso) desde el grupo 1 al 3 tanto en los niños como en los padres.

BIBLIOGRAFÍA

- Amador Campos JA, Forns Santacana N. Datos para la Escala de Depresión Infantil en nuestra clínica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990;3:190-196.
- Bonals A, Cánovas MD. Importancia del entorno familiar en la evaluación del cuestionario de depresión infantil (CDS) de Lang y Tisher. *Comunicación Psiquiátrica* 87/88:351-365.
- Ezpeleta L, Domenech E, Polaino A. Escalas de evaluación de la depresión infantil. En: Polaino Lorente A, ed. *Las depresiones infantiles*. Morata, 1988.
- Lang M, Tisher M. *Cuestionario de depresión para niños*. Manual TEA, Madrid, 1990.
- Polaino A, Villamizar DG. *Diagnóstico y evaluación de las depresiones infantiles*. En: Polaino Lorente A, ed. *Las depresiones infantiles*. Morata, 1988.
- Tisher M, Lang M. La escala de Depresión para niños: revisión y perspectivas. En: Cantwell, DP, Carlson GA, eds. *Trastornos efectivos de la infancia y adolescencia*. Martínez Roca, Barcelona, 1987.

V. Mestre Escrivá
R. García Ros
D. Frías Navarro
C. Moreno Rosset

Facultad de Psicología.
Universitat de València
Valencia

Validación y factorización de la “Escala de sintomatología depresiva para maestros” (ESDM) en población adolescente

Validation and factors of the “Escala de sintomatología depresiva para maestros” (ESDM) in adolescence

RESUMEN

En la evaluación de la depresión infantil y adolescente los instrumentos más frecuentemente utilizados han sido las técnicas de autoinforme que cumplimenta el propio sujeto, aunque en la literatura científica aparece reiteradamente la necesidad de utilizar otros instrumentos de medida de la depresión dirigidos a padres, profesores y/o compañeros de clase para combinar diferentes fuentes de información. El presente estudio forma parte de una investigación dirigida a evaluar la sintomatología depresiva en la población adolescente valenciana. Presentamos aquí la validación y factorización de la ESDM (Domènech y Polaino, 1990) en una muestra de 754 adolescentes, 420 varones y 334 mujeres. El rango de edad oscila entre 14 y 15 años, y en su mayoría están escolarizados en 1º de BUP o en 1º de FP en 40 Centros escolares públicos y concertados de la ciudad de Valencia. Además de la aplicación de la ESDM se han utilizado otros instrumentos de autoinforme: el CDI (Children's Depression Inventory) (Kovacs, 1985), el STAIC (Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo) (Spielberger, 1990) y el CDE (Cuestionario de Desadaptación Escolar) (Clemente, Pérez-González y García-Ros, 1990).

Los resultados indican una correlación alta entre las puntuaciones en la ESDM y los otros cuestionarios utilizados ($p=0,01$).

El análisis factorial de la Escala permite establecer cuatro factores representativos de los déficits cognitivos, afectivos, conductuales y de rendimiento escolar que acompañan a la depresión.

PALABRAS CLAVE

Depresión infantil y adolescente. Evaluación. Cuestionarios. Maestros.

ABSTRACT

When evaluating adolescent and child depression the most frequently used instruments have been self analysis technique filled out by the subject being studied himself, although a regular feature in scientific literature is that there is a need to use other instruments of evaluation directed at parents, teachers and/or school peers so that it is possible to combine different sources of information. This paper is part of an investigation addressed to evaluating the depressive symptomatology in the

30 *adolescence Valencian population. Here we present the validation and factors of the ESDM (Domènech and Polaino, 1990) used with a sample of 754 adolescents, 420 males and 334 females. The age range is between 14 and 15, and most of the subjects study 1st of BUP or 1st of FP in 40 approved public schools in the city of Valencia.*

Apart from the ESDM, we have also used other instruments of autoevaluation: the CDI (Children's Depression Inventory) (Kovacs, 1985), the STAIC (State Trace Anxiety Inventory for Children) (Spielberger, 1990) y el CDE (School Desadaptation Questionnaire) (Clemente, Pérez-González y García Ros, 1990). The results show that there's a high correlation between ESDM scores and the scores of the rest of questionnaires used ($p=0.01$).

The analysis of the factors of the Scale has let us establish four representative categories; the cognitive, affective, behavioural and school performance deficits that are associated with depression.

KEY WORDS

Child and adolescence depression. Evaluation. Questionnaire. Teachers.

INTRODUCCIÓN

Alteraciones afectivas, cambios conductuales, déficits cognitivos y cambios fisiológicos se incluyen habitualmente en el estudio de la depresión en la adolescencia. En este período evolutivo aumenta la prevalencia de los episodios depresivos, siendo la edad una variable importante. Además, si bien en investigaciones sobre la depresión en la infancia no hay diferencias de género en la prevalencia de dichos síntomas (Domènech y Polaino, 1989; Del Barrio y Mestre, 1989; Lefkowitz y Tesiny, 1985; Frías, 1990), al llegar a la adolescencia la tasa de depresión es más alta entre la población de sexo femenino. Todo ello apunta a que las variables personales: edad y sexo son importantes en estudios sobre la sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo.

Además de las variables personales los dos núcleos que se han citado como más relevantes en el desarrollo del individuo han sido la familia y el centro escolar. En

dichos ámbitos transcurre la mayor parte de la vida del niño y el adolescente, de ahí su importancia para la evaluación de cualquier psicopatología.

La sintomatología depresiva puede manifestarse en los dos núcleos más significativos en la vida del chico o incluso puede tener manifestaciones distintas en cada uno de ellos. En concreto, el centro escolar además del papel que desempeña en la socialización del individuo, es fundamentalmente un contexto académico que conlleva un gran número de situaciones evaluativas en las que el alumno continuamente tiene que competir, muchas veces con compañeros que tienen diferentes capacidades, y mostrar su capacidad en público (juicios de compañeros, profesores y padres).

Los estudios sobre la depresión en la infancia y la adolescencia indican una relación importante entre sintomatología depresiva y rendimiento escolar en los dos períodos evolutivos, de forma que niveles superiores en depresión se relacionan con un rendimiento escolar insatisfactorio (Frías, Mestre, Del Barrio y García Ros, 1990; Mestre, 1991).

La relación continuada entre lo académico y la sintomatología depresiva pone de relieve la importancia de incluir la evaluación procedente del centro escolar en el estudio de la depresión. Dicha evaluación puede llevarse a cabo a través de los compañeros de clase o del profesor, e incluirá aquellos componentes que sean fácilmente observables por dichas fuentes de información.

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre la depresión en la adolescencia en la que se han incluido diferentes variables escolares como rendimiento escolar, tipo de estudios y la evaluación de sintomatología depresiva por parte del profesor a través de la ESDM (Escala de Sintomatología depresiva para maestros) (Domenech y Polaino, 1990).

En un estudio anterior sobre epidemiología de la depresión infantil (Domènech y Polaino, 1989; Del Barrio y Mestre, 1989) se incluyó la Escala de sintomatología depresiva para el profesor en la evaluación de la depresión infantil en niños entre nueve y diez años. El objetivo del presente trabajo era comprobar la utilidad y validez de dicha escala en un nivel de edad superior: 14-15 años.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en una muestra de adolescentes valencianos sobre la factorización y validación de dicho instrumento en dicho período evolutivo.

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

ESDM (Escala de sintomatología para el maestro) (Domènech y Polaino, 1990)

Dicha escala es un instrumento construido para detectar síntomas de depresión infantil a partir de la información proporcionada por el profesor o maestro (Domènech y Polaino, 1990). Fue construida para su aplicación en el primer estudio epidemiológico de la depresión infantil en España en niños escolarizados en 4º de EGB (Polaino y Domènech, 1988).

La inclusión de esta Escala en el ámbito escolar está plenamente justificada por la importancia de la utilización de diferentes fuentes en la evaluación de la depresión infantil (el propio niño, los padres, los compañeros y los profesores). El ámbito escolar se considera uno de los núcleos en los que convive el niño gran parte de su tiempo y en este ambiente los profesores pueden constituir una importante fuente de información.

La Escala fue construida específicamente para la evaluación de la depresión en el mundo infantil (entre 6 y 12 años, es decir, etapa escolar) (Domènech y Polaino, 1990), pero dado que ya se aplicó en el estudio epidemiológico de la depresión infantil en España (Domènech y Polaino, 1989) se consideró oportuno su utilización para la evaluación de la adolescencia (14 y 15 años) a fin de constatar si era igualmente válida su aplicación en este nivel de edad.

La ESDM está construida por 16 ítems que cubren diferentes aspectos relacionados con la sintomatología del niño deprimido y que son más fácilmente observados por el profesor: área disfórica, funcionamiento cognitivo, nivel de actividad y relación social. Para cada ítem el profesor tiene tres opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 2: "casi nunca", "algunas veces", o "casi siempre", según la frecuencia con que aparezca esa conducta en el niño. El rango de la puntuación total oscila entre 0 y 32 puntos.

El análisis de las propiedades psicométricas de la escala ha sido realizado por Domènech y Polaino (1990) obteniendo una fiabilidad a través del coeficiente de Cronbach de .88 analizando la validez a través de las correlaciones obtenidas con otros instrumentos que evalúan presencia de sintomatología depresiva como el CDI (Children Depression Inventory) (Kovacs, 1981), el CDR-S (Children Depression Rating Scale-Revised) (Poznanski, 1984), las Escalas de Depresión, Felicidad y Popularidad del PNID de Lefkowitz y Tesiny (1981) y

con las Escalas de Problemas de conducta y de habilidades sociales del Cuestionario de Achenbach (1983).

31

Children's Depression Inventory (CDI)

El CDI es un autoinforme de 27 ítems, aplicable a niños y jóvenes de 8 a 17 años. El formato de respuesta de triple elección implica que existen tres posibilidades de puntuación para cada ítem, 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta del niño. Así, el "0" indica "normalidad" en la respuesta del niño. "1" implica cierta severidad en la respuesta pero no es incapacitadora y "2" refleja un síntoma depresivo propiamente dicho. La puntuación total en el CDI se obtiene sumando todos los valores numéricos asignados a cada elección, siendo el rango de puntuación, por lo tanto, de 0 a 54. La severidad de los síntomas será mayor cuanto mayor sea la puntuación obtenida en el CDI. Los estudios sobre fiabilidad del CDI están de acuerdo en su consistencia interna y homogeneidad (Kovacs, 1983; Saylor y cols., 1984a; Miezitis y cols., 1978; Saylor y cols., 1984b; Seligman y cols., 1984; Wierzbicki, 1987).

Cuestionario de autoevaluación Ansiedad-Estado/Rasgo (STAIC)

El STAIC al igual que el STAI está formado por dos escalas independientes de autoevaluación construidas para evaluar la ansiedad en las dos dimensiones de estado y rasgo. La Escala de Ansiedad-Estado (A-E) está formada por 20 ítems que evalúan estados transitorios de ansiedad, es decir, sentimientos de aprehensión, tensión y preocupación que varían en intensidad con el paso del tiempo. El sujeto contesta "cómo se siente en un momento determinado". La Escala de Ansiedad-Rasgo (A-R) comprende 20 elementos a través de los cuales el sujeto indica "cómo se siente en general". En las dos escalas la totalidad de los ítems están formulados con tres alternativas de respuesta graduadas en orden de intensidad de 1 a 3, según que los sentimientos que se exponen no se den, se den sólo algunas veces o sean de aparición muy frecuente. La totalidad de la prueba se ha validado y baremado en población española y el manual presenta baremos españoles para varones y mujeres desde 4º de EGB a 3º de BUP. Los coeficientes de fiabilidad que aparecen en el manual de aplicación son adecuados para el tamaño de la escala, alcanzándose por el procedimiento pares-impares en A-E el coeficiente de 0,89 y en A-R 0,85 (Spielberger y cols., 1990).

Tabla 1 Coeficientes de consistencia interna de la escala ESDM

Correlación dos mitades	.839
Coefficiente Spearman-Brown	.912
Coefficiente de Guttman	.912
Coefficiente α -todos los ítems-	.870
Coefficiente α -ítems pares-	.783
Coefficiente α -ítems impares-	.726

Questionario de Desadaptación Escolar (CDE)

Con el objetivo de evaluar el nivel de adaptación/desadaptación escolar se seleccionó como instrumento de evaluación el CDE (Questionario de Desadaptación Escolar) de Clemente, Pérez-González y García-Ros (1990), formado por 56 ítems con cuatro alternativas de respuesta, todos ellos centrados en la adaptación escolar. Es un instrumento de lápiz y papel de aplicación colectiva o individual. El tiempo de aplicación es variable y oscila entre 20 y 30 minutos. El manual del instrumento aporta baremos de dos muestras generales de estudiantes de Ciclo Superior de EGB y primer nivel de Enseñanzas medias.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total de sujetos sobre la que se ha realizado el estudio está formado por 754 adolescentes, 420 varones y 334 mujeres, con un rango de edad entre 14 y 16 años, escolarizados en 8º de EGB, primer curso de BUP o primer curso de FP, distribuidos en 40 Centros escolares de la ciudad de Valencia, ubicados en el centro y la periferia de la ciudad y de régimen público y concertado.

Todos los sujetos fueron evaluados durante los meses de enero y febrero de 1991 a través del CDI que contestaban ellos mismos en una de las horas de clase y simultáneamente se pedía al profesor tutor de cada una de las aulas que participaron en el estudio que cumplimentara el ESDM para cada uno de sus alumnos.

RESULTADOS

Fiabilidad y validez de la escala

El ESDM presenta unos buenos índices de fiabilidad y validez que capacitan a dicho instrumento para ser

Tabla 2 Correlaciones ítem-total en la escala ESDM

Item	Correlación ítem-total
1	.510
2	.618
3	.434
4	.307
5	.666
6	.502
7	.510
8	.397
9	.624
10	.222
11	.391
12	.539
13	.421
14	.695
15	.686
16	.485

utilizado en la evaluación de sintomatología depresiva en el ámbito escolar entre los 14 y 15 años.

Se obtiene un coeficiente α de .87 que indica un elevado nivel de consistencia interna de la escala, muy próximo al obtenido por los autores del instrumento en una muestra amplia de escolares entre 8 y 11 años (.88) (Domènech y Polaino, 1990). En la tabla 1 se especifican los coeficientes de consistencia interna de la escala.

Si analizamos los resultados obtenidos al correlacionar cada uno de los 16 ítems de la escala con el total, se observa que los ítems más consistentes con el constructo que mide la ESDM son el 14, 15, 5, 9, y el 2 (Tabla 2). Los ítems 14, 15, 5 y 2 pertenecen al área cognitiva y pueden estar relacionados con posibles problemas en el rendimiento escolar (atención en clase, comprensión, activo para el trabajo y trabajo escolar satisfactorio). Estos mismos ítems aparecían también altamente consistentes en el estudio realizado por los autores del instrumento en niños de menor edad (Domènech y Polaino, 1990).

El ítem 9, más relacionado con la autoestima ("se cree inferior a los otros"), aparece en la adolescencia con un alto coeficiente de consistencia con el constructo de depresión tal como lo mide la ESDM, mientras que no destacaba por su consistencia en edades inferiores. Este resultado concuerda con los obtenidos a través de otros instrumentos de autoinforme como el Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1985) que indican una fuerte relación entre depresión y baja autoestima en la adolescencia. A partir de un estudio de seguimiento realizado en población valenciana

Tabla 3 Correlación ESDM y otros constructos psicológicos

Constructos	ESDM
CDI	.312
STAIC-Estado	.189
STAIC-Rasgo	.150
CDE-Global	.310

Tabla 5 Estructura factorial de la ESDM

Factor I: Actividad escolar

- Ítem 2.- Le cuesta estar atento en clase (saturación - .81)
- Ítem 5.- Entiende las explicaciones en clase (.83)
- Ítem 12.- Le cuesta decidirse (-.51)
- Ítem 14.- Le considera activo para el trabajo (.86)
- Ítem 15.- Su trabajo escolar es satisfactorio (.87)

Factor II: Integración social

- Ítem 3.- Está solo en el recreo (-.75)
- Ítem 6.- Le aceptan los compañeros (.68)
- Ítem 8.- Se divierte (.74)
- Ítem 16.- Participa en el juego con los amigos (.72)

Factor III: Estado de ánimo y sentimientos negativos

- Ítem 1.- Cree que está triste (.54)
- Ítem 7.- Se le ve cansado (.49)
- Ítem 9.- Se cree inferior a los otros (.65)
- Ítem 11.- Tiende a culpabilizarse (.75)

Factor IV: Exteriorización

- 4.- Lloro (.38)
- 10.- Discute y riñe (.85)
- 13.- Cambia de humor (.65)

se observa que uno de los problemas más acentuados en la adolescencia respecto a la infancia es una actitud muy crítica con uno mismo y la pérdida de la autoestima (Mestre, 1991).

Los resultados obtenidos a través del ESDM apuntan en la misma dirección: los problemas de autoestima destacan más y son más observables en la adolescencia. Además hay una coincidencia entre la autoevaluación y la heteroevaluación.

Los ítems con una consistencia más baja han sido el 10, 4, 11 y 8 (Tabla 2). El ítem 10 y 11 también aparecían poco consistentes en el estudio realizado en población infantil (Domènech y Polaino, 1990), siendo por tanto las conductas de discutir y culpabilizarse las que menos consistencia mantienen con el constructo de depresión en la infancia y la adolescencia. Además, en la adolescencia resultan menos consistentes también el ítem 4 (lloros) y el 8 (diversión).

Tabla 4 Porcentaje de varianza explicada por cada uno de los factores

Factor	% varianza total explicada	% acumulado varianza explicada
I	21,42	21,42
II	16,55	37,97
III	14,37	52,34
IV	9,77	62,11

En general se puede concluir que los resultados sobre fiabilidad de la escala son muy similares en los dos momentos evolutivos en los que se han estudiado sus propiedades psicométricas.

Se ha estudiado también la validez concurrente de la ESDM con otros instrumentos relacionados con la sintomatología depresiva. Se han correlacionado las puntuaciones obtenidas en la ESDM y en otros instrumentos que evalúan depresión u otros problemas. Tal como puede observarse en la tabla 3, la correlación con el CDI es de .31, siendo significativa pero inferior a la obtenida en población infantil (.41) (Domènech y Polaino, 1990). La correlación es positiva y significativa con el Cuestionario de Ansiedad (STAIC) en sus dos dimensiones de estado y rasgo (.189 y .150 respectivamente). En la misma dirección se obtiene la correlación con el Cuestionario que evalúa Desadaptación escolar (.31) (CDE de Clemente y cols., 1990).

Las correlaciones son significativas y en el sentido esperado, es decir la evaluación que el profesor hace de la sintomatología depresiva correlaciona positivamente con la depresión autoinformada por el adolescente, correlaciona además con presencia de sintomatología ansiógena y con desadaptación escolar.

Estructura factorial

Con el objetivo de estudiar la estructura factorial del ESDM, se ha realizado un análisis de componentes principales y, utilizando el criterio de Kaiser, se han obtenido cuatro componentes con valores propios iguales o superiores a la unidad.

Estos cuatro componentes explican conjuntamente el 62,11% de la varianza total y, tras efectuar la correspondiente rotación varimax, el porcentaje de varianza explicada por cada uno de ellos se puede observar en la tabla 4.

34 Como criterio de adscripción de los ítems que integran la escala a los correspondientes factores hemos seleccionado la saturación de .30. Así, en la tabla 5 se indican los ítems que componen cada factor y su saturación respectiva.

La solución factorial obtenida en población adolescente guarda una gran similitud con la realizada por Domènech y Polaino (1990) en población infantil, fundamentalmente en lo que respecta al porcentaje de varianza total explicada -aunque en su publicación no se señala el método de extracción utilizado- y en el número de factores. Sin embargo, encontramos numerosas diferencias en la composición de los mismos a través de los ítems integrados en cada uno de los factores.

CONCLUSIONES

Los análisis de las propiedades psicométricas de la

Escala de Sintomatología depresiva para el maestro (ESDM) (Domènech y Polaino, 1990) ofrecen buenos resultados en cuanto a validez y fiabilidad. Se obtiene un coeficiente α de .87 que indica un elevado nivel de consistencia interna de la escala, muy próximo al obtenido por los autores del instrumento en una muestra de población infantil. Los ítems de la escala correlacionan significativamente con el constructo de depresión tal como la mide la ESDM.

El análisis de validez concurrente con otros instrumentos indica una correlación entre la ESDM y el CDI (.31), el Cuestionario de Ansiedad (STAIC) en sus dos dimensiones de estado y rasgo (.189 y .150 respectivamente) y el Cuestionario que evalúa Desadaptación escolar (.31).

El análisis factorial permite obtener cuatro factores que describen: actividad escolar, integración social, estado de ánimo y sentimientos negativos y exteriorización

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the Child Behavior Profile*. Department of Psychiatry, University of Vermont, 1983.
- 2 Clemente A, Pérez-González F, García-Ros R. *Manual del Cuestionario de Desadaptación escolar (CDE)*. Set i Set Edic, 1990.
- 3 Del Barrio V, Mestre V. *Epidemiología de la depresión infantil en Valencia*. Conselleria de Sanitat i Consum, 1989.
- 4 Domènech E, Polaino A. *Epidemiología de la depresión infantil*. Espaxs Publicaciones médicas. Barcelona, 1989.
- 5 Domènech E, Polaino A. La Escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1990;17(3):105-113.
- 6 Frías D. *Relación entre depresión y autoestima en población infantil valenciana*. Tesis Doctoral. Universitat de València, 1990.
- 7 Frías D, Mestre V, Del Barrio V, García Ros R. Déficit cognitivo-depresivos y rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Educación* 1990;2(5):61-80.
- 8 Kovacs M. Rating Scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 1981;46:305-315.
- 9 Kovacs M. *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh School of Medicine, 1983. Manuscrito no publicado.
- 10 Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin* 1985;21:995-998.
- 11 Lefkowitz M, Tesint E. *Peer Nomination Inventory*. N.Y. Department of Mental Hygiene, 1981.
- 12 Lefkowitz MM, Tesiny EP. Depression in children: Prevalence and correlates. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:647-656.
- 13 Mestre V. Memoria de investigación sobre la depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia. Proyecto de investigación subvencionado por el IVESP., Conselleria de Sanitat, Valencia, 1991.
- 14 Mieztis S, Friedman RJ, Butler LF, Blanchard JP. *Development and evaluation of school-based assessment and treatment approaches for depressed children*. The Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada, August, 1978.
- 15 Polaino A y cols. *La depresión en los niños españoles de 4º de EGB*. Barcelona, Geigy (Caifosa), 1988.
- 16 Poznanski E y cols. Children's Depression Rating Scale Revised. *Psychopharmacology Bulletin* 1984;21:979-989.
- 17 Saylor CF, Finch AJ, Furey W, Haas C, Kelly MM. Construct validity for measures of childhood depression: application of multitrait-multimethod methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984b;32:977-985.
- 18 Saylor CF, Spirito A, Bennett B. The Children's Depression Inventory: a systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984a;52:955-967.
- 19 Seligman MEP, Peterson C, Kaslow N, Tanenbaum R, Alloy L, Abramson L. Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology* 1984;93:235-238.
- 20 Spielberger CD y cols. *Manual del Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado / Rasgo en niños (STAIC)*. Adaptación española, TEA, 1990.
- 21 Wierzbicki M. A parent form of the Children's Depression Inventory: reliability and validity in nonclinical populations. *Journal of Clinical Psychology* 1987;43:390-397.

J.A. Mazaira Castro
M.D. Domínguez Santos
A. Rodríguez López

Servicio de Psiquiatría.
Hospital General de Galicia Clínico Universitario
Santiago de Compostela

Pautas de consumo de alcohol y relación con patología psiquiátrica menor en población adolescente de Galicia

*Alcohol consumption and its
relationship with the presence of
minor psychiatric pathology in
Galicia's adolescence population*

RESUMEN

Este trabajo forma parte de un amplio estudio epidemiológico destinado a evaluar la salud mental de la población adolescente de la comunidad autónoma gallega. En él, y a partir de una muestra comunitaria de 2.523 jóvenes de edades entre 12 y 18 años, representativa de la población adolescente gallega, se pretende analizar las pautas de consumo de alcohol de la población estudiada, y valorar la relación de dicho consumo con la presencia de patología psiquiátrica menor. Para ello utilizamos un cuestionario de consumo de alcohol, distinguiendo el consumo en días laborables del que acontece en sábado, como día de mayor consumo y, como medida de patología psiquiátrica menor, el GHQ-60, ampliamente refrendado como instrumento de *screening* con este fin. Se analiza la posible influencia de factores sociodemográficos como el sexo, la edad o el hábitat en los datos y asociaciones investigados.

PALABRAS CLAVE

Consumo de alcohol. Adolescencia. Patología psiquiátrica menor.

ABSTRACT

This paper is part of a wide epidemiological study that evaluates the mental health of the adolescence population in the autonomous region of Galicia. The research is based on a representative sample of all Galician's adolescence population consisting on 2523 youths aged between 12 and 18. It has been our aim to analyse the alcohol habits in this population, and also to estimate the relationship between alcohol consumption and the presence of minor psychiatric pathology. Our instruments have been: A questionnaire on alcohol-taking, making a distinction between the working day's consumption on one hand, and saturday, as the major day of consumption, on the other hand; and the GHQ-60 test, generally accepted as a screening instrument to discover minor psychiatric pathologies. We have also analysed the possibility of the influence of many socialdemographic factors such as sex, age or habitat.

KEY WORDS

Alcohol consumption. Adolescence. Minor psychiatric pathology.

36 INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo forma parte de un amplio proyecto de investigación financiado por la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, que tiene como objeto evaluar la salud mental de la población adolescente, entre 12 y 18 años, de nuestra Comunidad Autónoma. Metodológicamente se trata de un estudio epidemiológico comunitario de tipo transversal, que combina posteriormente un diseño del tipo caso/control. Para su realización, la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela elaboró un amplio cuestionario que incluye diversas cuestiones referidas a identificación y variables sociodemográficas, un cuestionario que incluye diversas cuestiones referidas a identificación y variables sociodemográficas, un cuestionario de consumo de alcohol y otras drogas, y el General Health Questionnaire de 60 ítems. de Goldberg, entre otros, y por citar los utilizados en este estudio.

Los datos de la investigación fueron recogidos entre noviembre de 1988 y enero de 1989 por encuestadores pertenecientes a una empresa de Sociología a través de entrevistas personales, y a ellos pertenecen los resultados que presentamos.

El estudio se justifica por el hecho de que en la actualidad el consumo de alcohol es uno de los más importantes problemas de salud pública en todo el mundo, comportando graves consecuencias individuales y sociales. Tradicionalmente, España es uno de los países en que dicho problema es más acuciante⁽¹⁾. Las estadísticas publicadas por la OMS en 1979 colocaban a los países vitivinícolas (Francia, España e Italia) a la cabeza del consumo alcohólico, orden que se conservaba también al agrupar a los países por su morbilidad. Y dentro de nuestro país, Galicia es una de las regiones donde alcanza proporciones más importantes, sólo superada por el País Vasco en cuanto a cifras de prevalencia y tasas de consumo⁽²⁾.

Sus repercusiones sanitarias, sociolaborales y económicas son alarmantes. Así por ejemplo, y con respecto a las primeras, el alcoholismo lleva camino de convertirse en la tercera causa de muerte en nuestro país, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer^(3,4). En cuanto a los costes sociolaborales, son numerosos los estudios que refieren su asociación con las conductas delictivas (se ha señalado que hasta un tercio de la población reclusa española cumple penas por delitos previo a los cuales hubo ingesta abusiva de alcohol)⁽⁵⁾,

bajas laborales⁽⁶⁾, accidentes de tráfico o trabajo^(6,7), etc. Y en el aspecto económico, hace 10 años, y a partir de una estimación de Rovira y Orriols para Cataluña, Freixa realizó una extrapolación en la que calculaba las pérdidas económicas por alcoholismo para España entre los 114.000 y los 270.000 millones de pesetas al año.

La cuestión es todavía más preocupante por cuanto se observa una clara tendencia al aumento en el consumo de alcohol en población general^(1,4,8), así como una disminución en la edad de inicio de dicho consumo⁽⁸⁻¹¹⁾ y un aumento de su incidencia en el sexo femenino^(1,10,12) y en los grupos de menor edad⁽¹¹⁻¹³⁾.

Influido por la señalada disminución en la edad de inicio en el consumo de alcohol y el progresivo aumento de su incidencia en los grupos más jóvenes, existe un creciente interés en el estudio del mismo y sus factores asociados en la población infanto-juvenil, y la magnitud que ha alcanzado el problema ha sido apuntada en varios importantes estudios y monografías sobre el tema⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Entre los datos que arrojan, y por citar sólo algunos de los más destacados: casi la mitad de los españoles ha probado por primera vez el alcohol antes de los 16 años, entre un 7 y un 8,5% de los jóvenes españoles entre 10 y 13 años son bebedores habituales en sentido estricto, y hay en España más de un millón de jóvenes que consume más de 80 cc de alcohol puro diario. Las repercusiones sociolaborales del consumo en este grupo de edad son asimismo similares a las ya mencionadas, habiéndose apuntado en reiteradas ocasiones su asociación con conductas delictivas, accidentabilidad, problemas en el rendimiento escolar o dificultades en la integración social.

El presente trabajo analiza las pautas de consumo de alcohol en los adolescentes de nuestra Comunidad Autónoma, así como la influencia en el mismo de algunas variables sociodemográficas y un factor que consideramos de gran importancia a la hora de planificar la integración de recursos asistenciales específicos y el establecimiento de medidas terapéuticas y de prevención: la presencia de problemática psiquiátrica menor asociada al consumo. Sus objetivos concretos podrían describirse en la forma que sigue:

1) Establecer las pautas de consumo alcohólico en la población adolescente de nuestra Comunidad Autónoma, así como la influencia en las mismas de las variables sociodemográficas del sexo, edad y habitat.

2) Estudiar la relación entre consumo de alcohol y patología psíquica en dicha población, así como la influencia en ella de las citadas variables sociodemográficas.

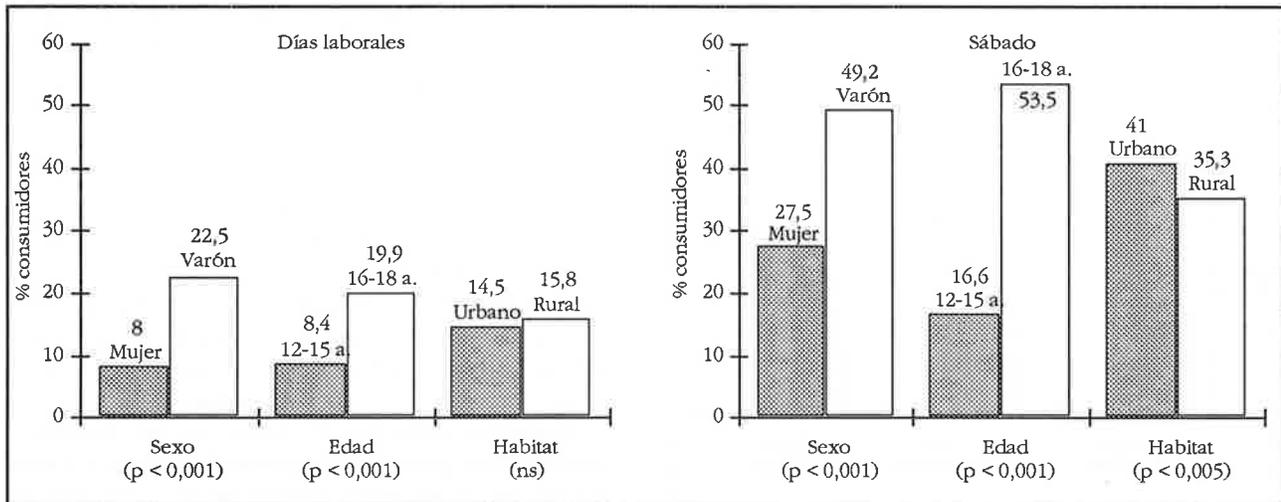


Figura 1. Consumo de alcohol y variables sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra del presente estudio está compuesta por 2.523 sujetos entre 12 y 18 años, siendo representativa de la población adolescente de Galicia (N= 298.548), con un error máximo del 2% imputable al muestreo. Atendiendo a su distribución por sexos, el 49,3% (N= 1.245) son varones, y el 50,7% (N= 1.278) mujeres. Por edades, el 41,3% de los sujetos (N= 1.043) tienen entre 12 y 15 años, y el 58,7% restante (N= 1.480), entre 16 y 18 años. En lo referente a la distribución geográfica de la muestra, se consideraron áreas urbanas aquéllas cuya población era superior a los 20.000 habitantes, y rurales las de población igual o menor de 20.000 habitantes, de modo que el subgrupo urbano está representado por el 51,6% de los individuos de la misma (N= 1.303), mientras que el rural comprende el 48,4% restante (N= 1.220).

Como instrumentos de trabajo hemos empleado:

- Las variables sociodemográficas de sexo, edad y hábitat, a partir de los ítems al efecto del cuestionario general.

- Un cuestionario de consumo de alcohol, haciendo distinción entre el consumo en días laborables y el consumo de alcohol en sábado, por ser el día en donde se comprobó mayor ingesta. Para ambos tipos de consumo distinguimos tres subgrupos en función de la cantidad de la ingesta: abstemios, 1,40 cc y > 40 cc.

El GHQ, de 60 ítems de Goldberg (1970), como medida de morbilidad psiquiátrica menor. Para la defini-

ción de "caso" epidemiológico, hemos utilizado el punto de corte 10/11 basándonos en los estudios de validación de Muñoz y cols. (1978).

- El análisis de los datos ha sido realizado mediante descripciones de frecuencias y tablas de contingencia, utilizando el paquete estadístico SPSS/PC+ en su versión 3.1. Para valorar el nivel de significación de los resultados obtenidos hemos utilizado como estadístico la prueba de χ^2 .

RESULTADOS

En lo que refiere al consumo de alcohol, encontramos un porcentaje de consumidores en días laborables que alcanza al 15,2% de los adolescentes de la muestra, porcentaje que aumenta hasta un 38,2% si consideramos la ingesta en el sábado, día de mayor consumo. En esta amplia acepción consideramos "consumidores" por oposición a "abstemios", y cualquiera que sea la cantidad de alcohol ingerida.

En los días laborables el consumo es significativamente mayor en el sexo masculino que en el femenino, y en el grupo de edad entre 16 y 18 años que en el grupo de edad entre 12 y 15 años, diferencia que en ambos casos se acentúa conforme aumenta el consumo. No encontramos diferencias significativas en función del hábitat, aun cuando se observa cierta tendencia a que el consumo importante predomine en el medio rural (consumo > 40 cc: 3,3% de

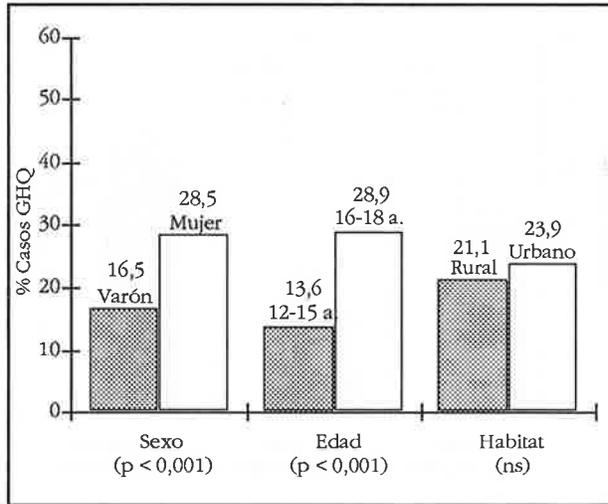


Figura 2. GHQ y variables sociodemográficas.

sujetos en el medio urbano frente a 5,7% en el medio rural; consumo > 100 cc: 0,2% de individuos en el medio urbano frente a un 1,1% en el medio rural) (Fig. 1).

Cuando se hace referencia a la ingesta de alcohol en el *día de mayor consumo*, se mantienen las diferencias en función del sexo y de la edad, diferencias que además, tal y como ocurría cuando consideramos el consumo de alcohol en días laborables, se acentúan cuanto mayor es el consumo (consumo > 40 cc: 31% varones/10,9% mujeres; 32,5% sujetos entre 16-18 años/4,3% sujetos entre 12-15 años), con cierta tendencia al predominio de este tipo de consumo en el medio urbano sobre el medio rural (Fig. 1).

Los resultados obtenidos de la administración del GHQ mostraron un 22,6% de posibles "casos" psiquiátricos (puntuación GHQ > 10) para el total de la muestra. Las mujeres mostraron mayor tendencia a ser posibles "casos" que los varones, y dicho porcentaje fue asimismo significativamente mayor en el grupo de edad entre 16 y 18 años, que en el grupo entre 12 y 15 años, sin encontrarse diferencias importantes en función del hábitat (Fig. 2). Las diferencias halladas en función del sexo se mantuvieron al considerar los dos grupos de edad por separado, y las encontradas en función de la edad fueron igualmente encontradas para ambos sexos.

Cuando se consideró la *influencia del consumo de alcohol en la presencia de patología psíquica*, encontramos que en general el porcentaje de "casos" psiquiátricos aumentaba conforme lo hacía dicho consumo, y ello tanto para el consumo en días laborables como para el consumo en sábado (Fig. 3); la asociación entre consumo de alcohol y presencia de patología psíquica fue muy significativa cuando dicho consumo se refería al día de mayor ingesta (p < 0,001), con menor significatividad cuando se consideró el consumo en días laborables (p < 0,01). Este aumento en el porcentaje de posibles "casos" psiquiátricos con el incremento del consumo, si bien en algún caso fue mínimo o no se encontró entre los diversos grupos de consumo considerados cuando se analizó la influencia de las variables sociodemográficas en dicha relación, siempre fue hallado con mayor o menor significatividad cuando se consideró el grupo de abstemios en comparación con el de consumidores.

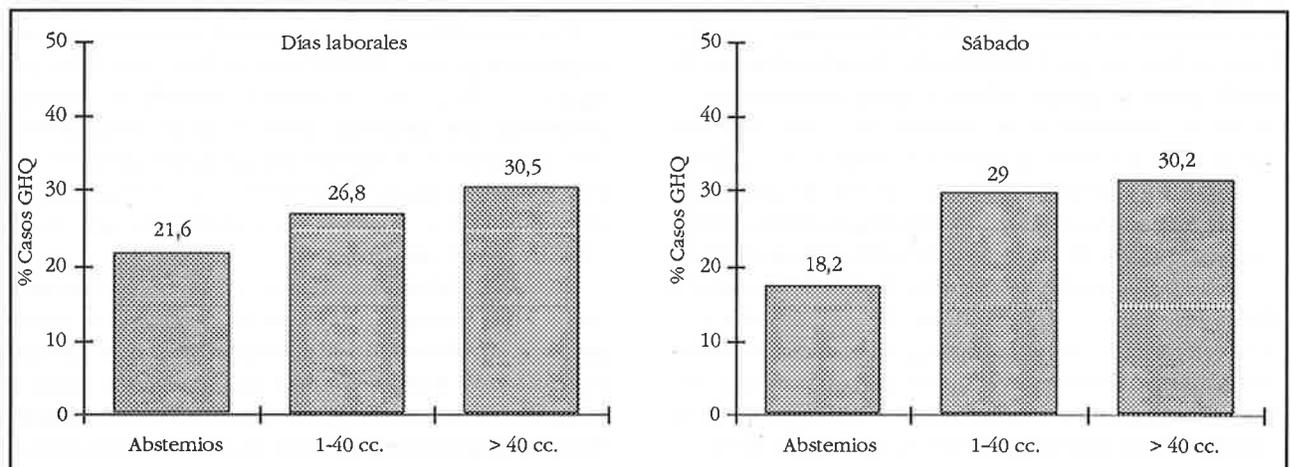


Figura 3. GHQ y consumo de alcohol.

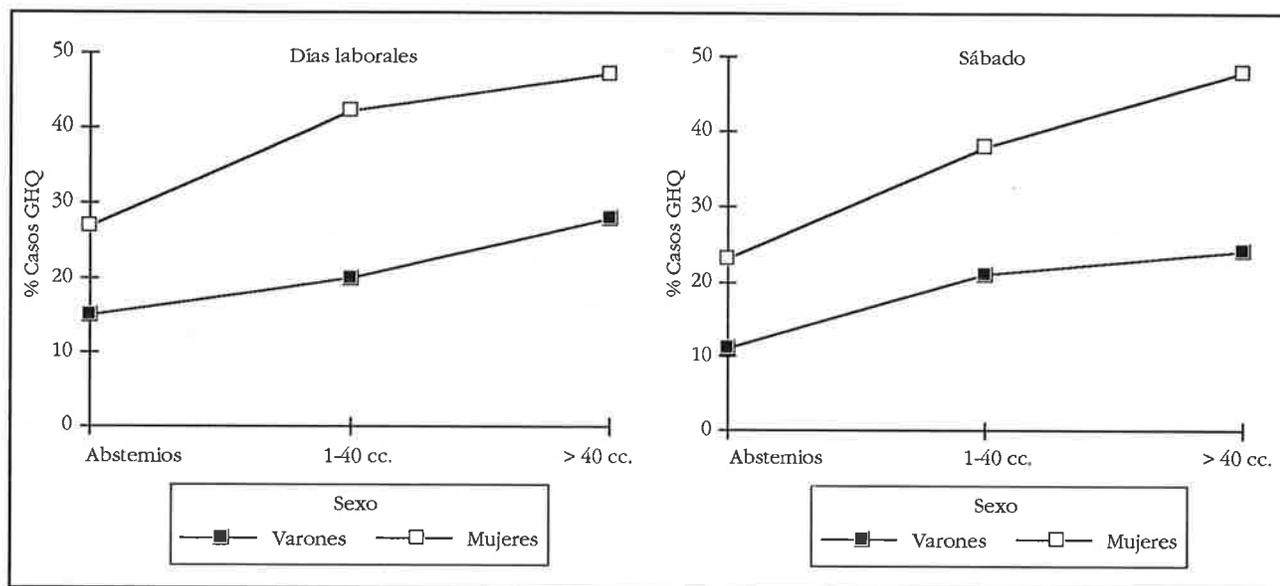


Figura 4. GHQ y consumo de alcohol por sexo.

Al analizar la influencia del sexo en la relación entre el consumo de alcohol y la presencia de patología psíquica, observamos que la tendencia apuntada se cumple tanto en varones como en mujeres, encontrando un mayor porcentaje de posibles casos GHQ cuanto mayor fue el consumo (Fig. 4). En ambos sexos el

porcentaje de "casos" psiquiátricos fue significativamente mayor en los consumidores que en los abstemios y, al igual que observamos para el total de la muestra, la significatividad, siendo muy alta en ambos casos, es mayor cuando consideramos el consumo en sábado que cuando se considera el consumo en días laborales.

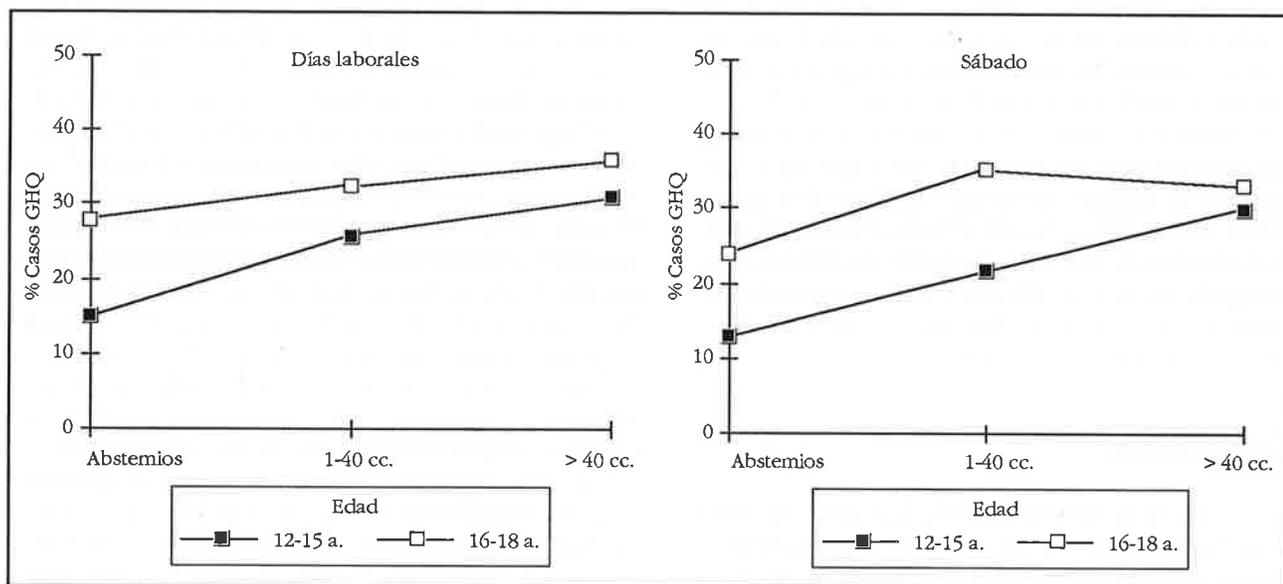


Figura 5. GHQ y consumo de alcohol por edades.

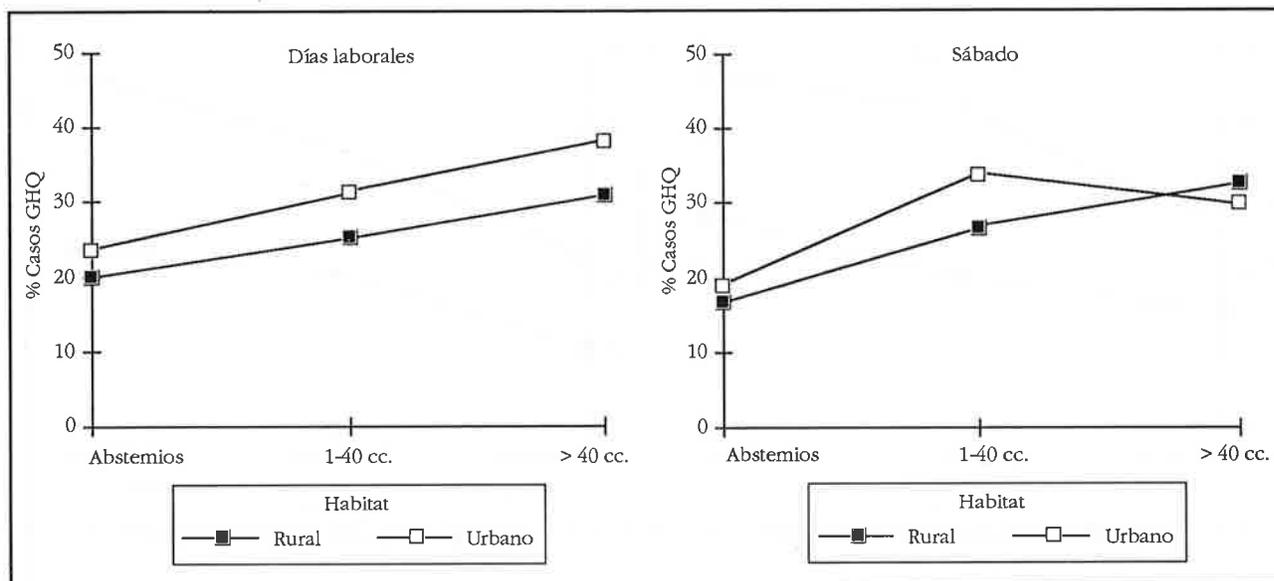


Figura 6. GHQ y consumo de alcohol por habitat.

Considerando la influencia de la variable edad, la asociación entre consumo de alcohol y patología psíquica fue encontrada muy significativa para el consumo en sábado del grupo de edad entre 12 y 15 años ($p < 0,001$); sin embargo, cuando consideramos el consumo en días laborales para el mencionado grupo de edad, y ambos tipos de consumo en el grupo de edad entre 16 y 18 años, dicha tendencia se mostró muy atenuada, sin encontrar diferencias significativas en el porcentaje de posibles "casos" en función del consumo (Fig. 5).

Analizando la influencia del hábitat apreciamos la misma tendencia al aumento de la patología psíquica en relación al incremento de consumo de alcohol en ambos medios, urbano y rural. Las diferencias en la presencia de patología psíquica entre consumidores y abstemios fueron muy significativas ($p < 0,001$) para el consumo en sábado, no siendo significativas, sin embargo, cuando consideramos el consumo en días laborales (Fig. 6).

CONCLUSIONES

1) Un 15,2% de los adolescentes gallegos consumen regularmente alguna cantidad de alcohol durante la semana laboral; este porcentaje alcanza el 38,2% si consideramos el consumo de alcohol en sábado, día de mayor ingesta.

2) El consumo de alcohol entre los adolescentes gallegos predomina en varones y en el grupo de edad entre 16 y 18 años. En relación a la influencia del hábitat, el consumo importante de alcohol en días laborales predomina en el medio rural, siendo en el urbano donde se observa mayor incidencia de consumo en sábado.

3) Fueron detectados un 22,6% de posibles "casos" psiquiátricos. Éstos fueron más abundantes entre las mujeres, y en el grupo de edad entre 16 y 18 años, sin encontrar diferencias significativas en función del hábitat.

4) En general la proporción de posibles "casos" psiquiátricos aumenta conforme lo hace el consumo de alcohol, sea medido como consumo en días laborales o como consumo en el día de mayor ingesta. Es particularmente destacada la asociación entre patología psíquica y el consumo de alcohol en el día de mayor ingesta, de modo que los consumidores de alcohol en sábado presentan unas tasas de patología psiquiátrica significativamente superiores a los abstemios en este día. Esta correlación positiva entre patología psíquica y consumo de alcohol es menos significativa cuando consideramos el consumo en días laborales.

Los datos obtenidos en nuestro estudio confirman las tasas de consumo apuntadas en otras investigaciones, apoyando la necesidad de establecer medidas educativas de prevención para afrontar el consumo de alcohol en población joven, y dadas las consecuencias negativas que comporta a corto y largo plazo.

Creemos de particular relevancia la asociación encontrada entre consumo de alcohol y estrés psicológico. La coexistencia de psicopatología con el uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente es un tema de creciente interés y ha sido ya apuntada por distintos investigadores⁽¹⁸⁻²²⁾. Aunque de nuestro estudio, por las características de su diseño, no se puede decir "qué es antes", si el consumo o el estrés psicológico, la constatación de su asociación tiene importantes implicaciones teóricas y de aplicación inmediata a un nivel práctico, por la dificultad añadida que supone en el manejo de las personas afectadas. Se necesita de más investigación para establecer la dirección de causalidad de su relación, y orientar así adecuadamente las medidas

preventivas, aunque la mayor parte de la evidencia hasta el momento apunta a que dicha dirección podría ser doble (ver, por ejemplo, la importante revisión realizada por Buckstein y cols. sugiriendo que el consumo de drogas juega un importante papel en la etiología de los trastornos psiquiátricos, y que éstos a su vez también parecen constituir un factor de peso en una mayor vulnerabilidad para el consumo de drogas en adolescentes)⁽²¹⁾.

Por otro lado, la mayor frecuencia del consumo de alcohol en el sexo masculino detectada en nuestro estudio y su aumento con la edad en población infanto-juvenil, es ampliamente recogida en la literatura especializada a este respecto^(12,17,23,24) (datos referidos a población adolescente española).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fuerlein W. *Alcoholismo: abuso y dependencia*. Salvat Editores, Barcelona, 1982.
- 2 Mateos R, Rodríguez A. *Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega*. Editado por la Xunta de Galicia, colección Saude Mental, serie Reforma Psiquiátrica. Santiago de Compostela, 1989.
- 3 Fariñas E, Belo C, Carrera I. *Educación y drogas*. Ed. Tórculo. Santiago de Compostela, 1988.
- 4 Soler Insa, PA, Freixa F, Reina Galán F. *Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Delagrangue. Madrid, 1988.
- 5 Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología*. Fundación García Muñoz. Valencia, 1983.
- 6 Cáceres E. Alcoholismo: aspectos socioeconómicos. *JANO* 1976;246:37-41.
- 7 Alonso Torrens FJ. Consecuencias sociológicas del alcoholismo. *Rev Est Soc Sociología Aplicada* 1979;35:53-67.
- 8 E.D.I.S. (Navarro J y cols.) *El consumo de drogas en España*. Cruz Roja y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1984.
- 9 Kandel DB, Yamaguchi K. Developmental patterns of the use of legal, illegal and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. En: Battjes RJ, ed. *Etiology of Drug Abuse: Implications for prevention* (NIDA Research Monograph 56). National Institute on Drug Abuse. Rockville, 1985.
- 10 Calafat A y cols. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca (II). *Drogalcohol* 1983;VIII:4.
- 11 Lorenzo A, Carrera I y cols. *Conduite de consommation des drogues chez les adolescents*. Poster presentado en el Vth Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. Montreal, 1990.
- 12 Calafat A y cols. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca (I). *Drogalcohol* 1982;VII:3.
- 13 Fishburne P, Abelson H, Cisin I. *1980 National Survey on Drug Abuse: Main Findings*. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1980.
- 14 Zarraga JL. *Informe sobre el uso de drogas por parte de la juventud española*. Dirección General de la Juventud. Madrid, 1984.
- 15 Sierra y cols. *Estudio epidemiológico sobre consumo de alcohol y drogas en Sant Boi de Llobregat*. Ayuntamiento de Sant Boi y Diputación de Barcelona, 1986.
- 16 Comas Arnau D. *El uso de drogas en la juventud española*. Publicaciones de Juventud y Sociedad, S.A. Madrid, 1985.
- 17 Alvira F. Hábitos del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes españoles y factores que influyen en el mismo. Dirección General de Salud Pública. Madrid, 1984.
- 18 Meyer RE. *Psychopathological and addictive disorders*. New York, Guilford Press, 1986.
- 19 Deykyn EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health* 1987;77:2:178-182.
- 20 Levy JC, Deykyn EY. Suicidality, depression and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1989;146:11:1462-1467.
- 21 Buckstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *Am J Psychiatry* 1989;146:9:1131-1141.
- 22 Domínguez MD, Ferreiro MD, Torres A, Mazaira J, Mateos R, Rodríguez A. Alcohol/drug use and mental health status in the Galician adolescent population. Comunicación al Vth Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. Montreal (Canadá). Junio, 1990.
- 23 Cortaire R, Basterra J, Varo JR. Situación de Navarra respecto al uso de drogas. *Drogalcohol* 1981;VI:3.
- 24 León JL, Noha F, Rodríguez J. Reflexiones sobre la situación actual del consumo de alcohol y drogas por la juventud. *Revista Española de Drogodependencias* 1990;15:45-51.

M.J. Mardomingo Sanz¹
M.L. Catalina Zamora²

Intento de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo

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

Attempted suicide in childhood and adolescence: risk factors

RESUMEN

El *suicidio* constituye una de las primeras causas de muerte durante la adolescencia y los intentos de suicidio se han incrementado dramáticamente en los últimos años, convirtiéndose en un tema central dentro de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. El intento de suicidio de un niño plantea al clínico múltiples dilemas, especialmente la identificación de los factores de riesgo de un posible suicidio consumado. En este trabajo se estudian los posibles factores de riesgo en el medio familiar y escolar de un grupo de 30 niños y adolescentes con intentos de suicidio, comparándolos con un grupo control. La ausencia del padre del medio familiar, el alcoholismo del padre, los trastornos en la interacción familiar, la conducta suicida previa, el fracaso escolar y el aislamiento social de la familia, aparecen como variables altamente significativas.

PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio. Factores de riesgo.

ABSTRACT

The rate of suicide among adolescents have shown a disturbing increase in the last decades, becoming one of the most important issues in Child and Adolescent Psychiatry. Suicide attempts increases steadily with age, especially among girls, who grossly outnumber boys.

Clinicians face difficult dilemmas, however, in identifying those children who are at greatest risk for medically serious suicide attempts. This paper presents the results of the risk factors studied in 30 children and adolescents who have made suicide attempts compared to a matched control group. A broken home or loss of the father, alcoholism, disturbed upbringing and family relationships, previous suicide attempts, school failure and social isolation of the family are significantly present.

KEY WORDS

Suicide attempts. Risk factors.

Tabla 1 Características demográficas

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Número de sujetos	30	100	45	100		
Media de edad		13,2		13		
Ingresos mensuales familiares		96000		108000		
<i>Sexo</i>						
Varones	5	16,6	12	26,6		
Mujeres	25	83,3	33	73,3		
<i>Nivel educativo del padre</i>					6,79	NS
Analfabeto	3	10	0	0		
Estudios primarios	21	70	28	62,2		
Bachillerato superior	4	13,3	9	20		
Estudios universitarios	2	6,6	8	17,7		
<i>Nivel educativo de la madre</i>					6,62	NS
Analfabeta	3	10	0	0		
Estudios primarios	23	76,6	32	71,1		
Bachillerato superior	2	6,6	8	17,7		
Estudios universitarios	2	6,6	5	11,1		

df= 3.

Tabla 2 Distribución por edad y sexo del grupo experimental

Edad	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menores de 8 años	0	0	0	0	0	0
8 años	0	0	1	3,3	1	3,3
9 años	0	0	1	3,3	1	3,3
10 años	0	0	1	3,3	1	3,3
11 años	0	0	0	0	0	0
12 años	0	0	5	16,6	5	16,6
13 años	0	0	6	20	6	20
14 años	2	6,6	7	23,3	9	30
15 años	3	10	4	13,3	7	23,3
Total	5	16,6	25	83,1	30	100

factores de riesgo que harán pasar a un niño o adolescente de un intento de suicidio a un suicidio consumado. La mayoría de los trabajos sobre factores de riesgo se centran en el estudio de las características de personalidad del niño, detección de síntomas depresivos u otros trastornos psiquiátricos, contacto con casos de suicidio, etc.^(3,4)

De hecho son muchos más los adolescentes que utilizan métodos poco letales en un intento de suicidio que aquellos que emplean métodos de alta letalidad y asimismo son muchos más los que manifiestan ideas de suicidio que los que cometen un intento. Probablemente sólo algunos de estos adolescentes corren un riesgo cierto de suicidio y sin embargo se carece de parámetros objetivos que permitan identificarlos de cara a su prevención y tratamiento.

En el campo de los adultos se han establecido correlaciones entre suicidio y determinadas variables tales como trastornos psiquiátricos, depresión, edad, sexo, raza, etc. No obstante, la mayoría de los trabajos señalan la dificultad de identificar los verdaderos factores de riesgo de un suicidio obteniéndose altos porcentajes de falsos positivos y de falsos negativos con los métodos empleados⁽⁵⁻⁷⁾. Las investigaciones que se centran en la infancia y adolescencia señalan como factores de riesgo la edad, trastornos en la interacción familiar^(3,8,9), trastornos afectivos y uso de drogas⁽³⁾.

Aunque la relación entre depresión y suicidio en la adolescencia no es lineal, el diagnóstico de depresión es relativamente frecuente entre los adolescentes que intentan suicidarse.

En este trabajo se aborda el estudio de posibles factores de riesgo en el medio familiar y escolar, sin

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye una de las primeras causas de muerte durante la adolescencia y los intentos de suicidio se han incrementado dramáticamente en los últimos años en la infancia^(1,2). Esta circunstancia sitúa el estudio de este problema en un lugar central dentro de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Dos posturas extremas han predominado en los profesionales de la psiquiatría y en la sociedad en general ante el intenso dramatismo de una conducta suicida: la de aquellos que tendían a minimizarla identificándola con accidentes y la de aquellos que opinaban que poco o muy poco se podía hacer ante una circunstancia de este tipo. No cabe duda de que si las ideas simples son casi siempre erróneas cuando se refieren a la conducta humana, en el caso de la conducta suicida la posibilidad de error es aún mucho mayor. El abordaje de este tema debe hacerse desde la complejidad, pues como dice Edgar Morin "La complejidad está en la base del razonamiento científico". Sólo trabajos rigurosos y contrastados contribuirán a darnos una idea más clara del suicidio en la infancia.

El intento del suicidio de un niño plantea al clínico, múltiple dilemas, especialmente la detección de aquellos

44

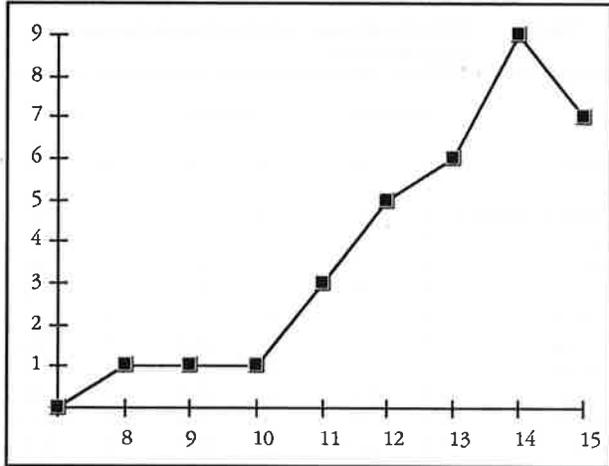


Figura 1. Distribución de los intentos de suicidio según la edad. Varones y mujeres.

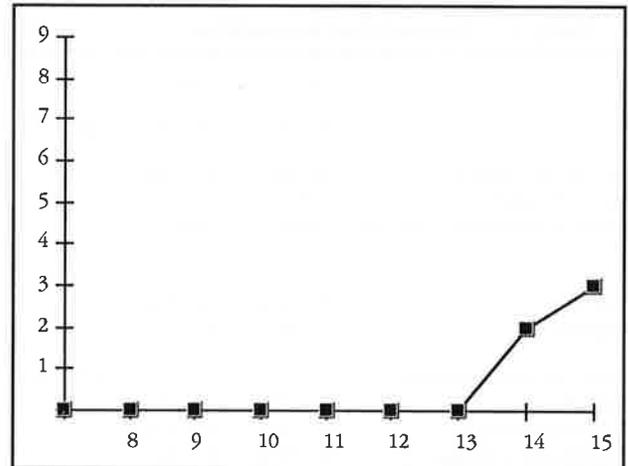


Figura 2. Distribución de los intentos de suicidio según la edad. Varones.

pretender por supuesto dar una respuesta definitiva, pero sí profundizar en una vía de investigación que puede ser de gran utilidad en la práctica diaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar el estudio se contó con un grupo experimental (GE) y un grupo control (.C). El GE se obtuvo buscando en el Archivo de historias clínicas los casos de intentos de suicidio que se habían producido entre

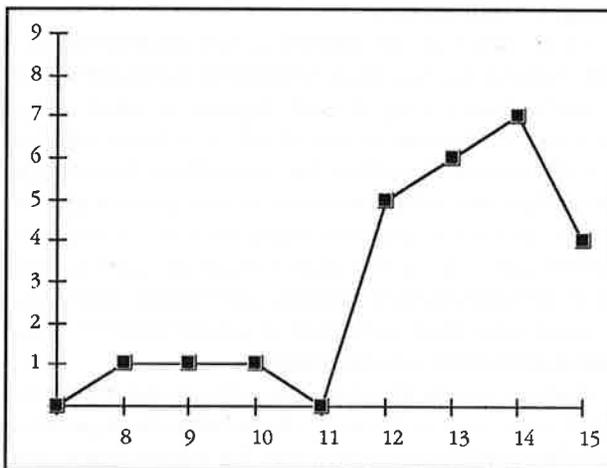


Figura 3. Distribución de los intentos de suicidio según la edad. Mujeres.

enero de 1983 y marzo de 1987. Se estableció contacto con los padres de estos niños y adolescentes y en 30 de los 55 casos la familia colaboró en el estudio.

Para obtener el GC se repartió entre los alumnos de un colegio de EGB una carta dirigida a los padres solicitando su colaboración. De las 75 familias que acudieron se seleccionaron 45 y se descartaron 30, con objeto de que la edad del niño y el nivel económico y cultural de las familias del GE y GC fuesen similares.

En ambos grupos se entrevistó separadamente al niño y a los padres, generalmente la madre. Los datos familiares y personales del GE se han obtenido no sólo de la entrevista, sino también de la Historia Clínica elaborada por los Psiquiatras Infantiles del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid a través de varios meses de seguimiento.

Se estudió la incidencia de los intentos de suicidio en relación con la edad y el sexo, el método utilizado, la existencia de amenazas o intentos previos y el motivo desencadenante. Se estudió asimismo la existencia de factores de estrés en el año anterior al intento de suicidio, el contacto con casos de suicidio y las circunstancias familiares y escolares, comparando estadísticamente al grupo experimental con el grupo control, con el fin de detectar los factores de riesgo.

La existencia de factores de estrés en el año previo al intento se valoró aplicando una Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población infantil española (Mardomingo y cols. 1986)⁽⁶⁾. La Escala de Acontecimientos Vitales fue estimada por el método de Mann Whitney.

Tabla 3 Motivo desencadenante

	N	%
Discusión con los padres o castigo de los padres	15	50
Temor al castigo	4	13,3
Discusión entre los padres	3	10
Ruptura amorosa	2	6,6
Problemas escolares	2	6,6
No se observó motivo desencadenante	4	13,3

En el resto de las variables comparadas entre ambos grupos se aplicó el χ^2 de Pearson, usando la corrección de Yates (χ_0^2) en los casos necesarios. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p \leq 0,05$.

El grupo de edad que abarca este estudio es de 6 a 16 años, considerándose adolescentes a los sujetos de 12 a 16 años y niños a los menores de 12. la media de edad del GE es de 13,2 años y la del GC de 13. Las características demográficas de la muestra se observan en la tabla 1.

RESULTADOS

Se observa que la incidencia de intentos de suicidio aumenta con la edad, siendo nueve veces más frecuentes en la adolescencia que en la infancia. Respecto al sexo son cinco veces más frecuentes en el femenino (Tabla 2).

Tabla 5 Interacción padre-madre. Interacción niño-padres

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
<i>Relación padre-madre</i>					2,47*	NS
Armónica	10	62,5	36	85,7		
Conflictiva	6	37,5	6	13,3		
Total	16	100	42	100		
<i>Relación padre-hijo</i>					11,31	0,001
Armónica	8	38	36	80		
Conflictiva	13	61,9	9	20		
Total	21	100	45	100		
<i>Relación madre-hijo</i>					6,19	0,02
Armónica	17	58,6	38	84,4		
Conflictiva	12	41,3	7	15,5		
Total	29	100	45	100		

df= 1.

* Aplicada la corrección de Yates.

Tabla 4 Ausencia de uno de los padres y separación o divorcio

	GE		GC		χ_0^2	p
	N	%	N	%		
<i>Ausencia de la figura paterna</i>					12,63	0,001
Muerte	7	23	0	0		
Abandono	2	6,6	0	0		
Total	9	30	0	0		
<i>Ausencia de la figura materna</i>					0,04	NS
Muerte	0	0	0	0		
Abandono	1	3,3	0	0		
Total	1	3,3	0	0		
Ausencia de ambos	0	0	0	0		
Separación o divorcio	4	13,3	3	6,6	0,32	NS

df= 1.

Considerando conjuntamente ambos sexos y relacionándolo con la edad, se observa que no hay ningún caso en menores de ocho años, a partir de esta edad la incidencia aumenta, para alcanzar un máximo a los 14 (Fig. 1)*. En los varones los intentos de suicidio empiezan a producirse más tarde (a los 13 años) y alcanzan su máxima incidencia a los 15 (Fig. 2). En las mujeres empiezan a producirse ya desde los ocho años y su número máximo se registra a los 14 (Fig. 3). Es decir, que en el sexo femenino los intentos de suicidio aparecen a edad más temprana y alcanzan la máxima incidencia un año antes.

El método empleado en todos los casos fue la ingesta de tóxicos y fármacos, principalmente ansiolíticos y benzodiacepínicos. Destaca que la mayoría de los sujetos ingirieron bajas dosis de fármaco; no obstante el 73% manifestó haber tenido deseo de muerte en el momento del intento. El 20% de los sujetos habían realizado uno o varios intentos previos, y considerando conjuntamente la presentación de intentos y de amenazas previas, ésta se había dado en el 33,3% de los casos. En estos sujetos reincidentes la gravedad de la conducta suicida fue en aumento.

El motivo desencadenante referido por el 50% de los niños fue una discusión con los padres, siguiendo en

* Finalizada la recogida de datos para este trabajo, hubo dos nuevos casos ambos varones de siete y ocho años respectivamente con intento de ahorcamiento.

Tabla 6 Conducta de los padres hacia el hijo

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Malos tratos	6	20	1	2,2	4,78*	0,05
Indiferencia	8	26,6	2	4,4	5,88*	0,02
Exceso de preocupación	14	46,6	14	31,1	1,86	NS
Satisfacción	15	50	37	82,2	8,78	0,01

df= 1.

* Aplicada la corrección de Yates.

frecuencia el temor al castigo y el miedo a la separación de los padres, después de una discusión entre ellos. En algunos casos no había ningún motivo desencadenante sino una situación continua, insoportable para el niño (Tabla 3). Asimismo, los niños del grupo de intentos de suicidio estuvieron sometidos a mayores niveles de estrés que los del grupo control, durante el año anterior al intento, obteniéndose resultados altamente significativos con el método estadístico de Mann Whitney con una $p < 0,001$.

Respecto de las circunstancias familias pueden verse los resultados obtenidos en las tablas 4 a 10. Las variables que han alcanzado mayor grado de significación y que por tanto deben considerarse como importantes factores de riesgo han sido: *alcoholismo del padre*, presente en el 33,3% del grupo de estudio frente al 2,2% del grupo de control; *ausencia del padre por muerte o abandono*, presente en el 30% del grupo de estudio y en 0% del grupo control; *relaciones conflictivas del niño con el padre*, presente en el 61,9% del grupo con intentos de suicidio frente al 20% del grupo control.

Otros factores de riesgo en orden decreciente fueron: *aislamiento social de la familia*; *excesivas responsabilidades familiares*: en el grupo experimental el 23,3% (siete casos) se encontraba en esta situación frente al 0% del grupo control. Con estos datos se obtiene una χ^2 de 8,98, siendo $p < 0,01$; *insatisfacción de los padres con el carácter y el comportamiento del niño*; *relaciones conflictivas del niño con la madre*; *edad avanzada de los padres*; *indiferencia de los padres por los problemas del niño*; *posición intermedia entre los hermanos*, y *malos tratos*.

Al estudiar las circunstancias escolares lo primero que llama la atención es el alto porcentaje de no escolarizados entre los niños y adolescentes que habían intentado suicidarse (13,3%), también el bajo rendi-

Tabla 7 Problemas económicos y aislamiento social de la familia

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Problemas económicos	6	20	3	6,6	1,89	NS
Aislamiento social	8	26,6	0	0	10,78	0,01

df= 1.

miento escolar a lo largo de varios años es típico de este grupo. Sin embargo, fueron los niños del grupo control los que presentaron un mayor grado de estrés escolar, con mayores responsabilidades escolares y más miedo al fracaso, aunque la diferencia no es suficiente para resultar estadísticamente significativa (Tabla 11).

DISCUSIÓN

La edad aparece como un primer factor de riesgo de los intentos de suicidio^(5-7,11,14) con un espectacular aumento de los mismos durante la adolescencia, en posible relación con las nuevas demandas sociales que tiene que afrontar el adolescente, no siempre acordes con la madurez emocional del niño y que pretenden una incorporación tal vez demasiado rápida al mundo de los adultos. Hay que destacar no obstante que en las últimas décadas, los intentos de suicidio afectan cada vez a niños de menor edad. De hecho en Inglaterra a partir de 1975 se ha observado una incidencia preferente en niños de 12 a 15 años⁽¹⁰⁾.

La mayor frecuencia en hembras, descrita en todos los trabajos^(11,12) puede explicarse en función de la maduración más precoz de las niñas que les hace captar antes que a los varones, problemas propios del mundo de los adultos tales como la conflictividad en las relaciones interpersonales. Asimismo, las niñas perciben la ingesta de medicamentos como una alternativa eficaz ante una situación problemática, mientras que los varones prefieren la ingesta de alcohol o el desarrollo de conductas agresivas.

El antecedente de conducta suicida se da en el 26% al 58% de los casos de intento de suicidio, según distintos autores⁽¹¹⁻¹⁴⁾ en este trabajo se presenta en el 33% de los casos y debe por tanto considerarse como un factor de riesgo.

Tabla 8 Patología de los padres

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Enfermedad psiquiátrica del padre	1	3,3	2	4,4	0,13	NS
Depresión del padre	1	3,3	1	2,2	0,19	NS
Enfermedad psiquiátrica de la madre	6	20	2	4,4	3,08	NS
Depresión de la madre	4	13,3	2	4,4	0,91	NS
Alcoholismo del padre	10	33,3	1	2,2	11,54	0,001
Alcoholismo de la madre	1	3,3	0	0	0,04	NS
Enfermedad orgánica del padre	2	6,6	4	8,8	0,007	NS
Enfermedad orgánica de la madre	3	10	3	6,6	0,007	NS

df= 1.

La presencia o ausencia de verdadero deseo de muerte, en el niño o adolescente que comete un intento de suicidio, ha sido motivo de amplias y apasionadas discusiones por parte de los profesionales. En nuestro trabajo es evidente que el método utilizado por la mayoría de los niños se caracteriza por su baja letalidad y con amplias posibilidades de rescate. No obstante, nada menos que el 73% de los niños manifestaron haber tenido deseos explícitos de muerte en el momento del intento o indiferencia ante la muerte. Estos resultados coinciden con los de Gispert y cols. (1985) y con los de Hawton (1982) que realiza un interesante estudio de las discrepancias existentes entre la opinión de los profesionales respecto de un intento de suicidio y el deseo de muerte manifestado por el niño. Así el 34% de los adolescentes que habían hecho un intento de suicidio manifestaron haber tenido deseos explícitos de morir, los profesionales sólo lo habían advertido en un 14%. Asimismo un 42% indicaban haber experimentado indiferencia ante el hecho de morir o no, mientras que el clínico sólo lo había valorado en un 18%. De hecho los clínicos habían opinado que el 68% de los niños no habían tenido verdadero intento de suicidio, mientras que sólo el 24% de los adolescentes lo había expresado así. El acuerdo de los clínicos fue total con aquellos adolescentes que expresaron no tener verdadera intención de suicidio pero sólo coincidieron con el 29% de los que realmente quisieron morir.

Respecto de las razones concretas para intentar el suicidio se observó también una acusada discrepancia.

Tabla 9 Edad de los padres

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Edad de los padres					6,07	0,02
30-39 años	7	23,3	22	48,8		
40-49 años	16	53,3	19	42,2		
50-59 años	7	23,3	4	8,8		

df= 2.

Los adolescentes insisten en la vivencia de situaciones insoportables que perciben sin solución. Los profesionales suelen optar por motivos encaminados a manipular o castigar a determinados miembros del medio ambiente. Esta discrepancia se ha observado también en estudios hechos en adultos.

Parece sensato concluir que la motivación para cometer un intento de suicidio suele ser compleja y habitualmente responde a más de una razón.

La mayoría de los niños y adolescentes que intentaron suicidarse vivían en un medio ambiente familiar desestructurado. La ausencia de uno de los padres, el alcoholismo del padre o las relaciones conflictivas con los padres han sido variables altamente significativas. Estas características familiares también han sido observadas por otros autores^(11,12,16-18).

Un hecho destacable es que parece ser clave la figura del padre, y así, variables como relaciones conflictivas con el padre, alcoholismo del padre y ausencia de la figura paterna han resultado estadísticamente significativas, mientras que las mismas situaciones consideradas en la madre no son significativas o lo son a escaso nivel.

Estos resultados coinciden con los de otros autores que consideran concretamente la ausencia del padre del medio familiar como factor predisponente para padecer depresión y cometer intentos de suicidio, circunstancia observada además en distintas sociedades y culturas⁽¹⁹⁾.

Otros factores familiares negativos que influyen en la aparición de conducta suicida son la insatisfacción de los padres con el comportamiento y el carácter del niño, la indiferencia de los padres por los problemas del niño y la existencia de malos tratos.

De hecho la mayoría de las niñas refieren serias dificultades en la relación con el padre, con escasa

48

Tabla 10 Número de hijos

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Número de hijos					13,54	NS
1 hijo	2	6,6	0	0		
2	5	16,6	18	40		
3	9	30	16	35,5		
4	8	26,6	5	11,1		
5	4	13,3	4	8,8		
6	0	0	2	4,4		
7	1	3,3	0	0		
8	1	3,3	0	0		

df= 7.

comunicación y cuando ésta se da suele tener un carácter violento. Asimismo los trabajos que se centran en el estudio de varones con intentos de suicidio, destacan los trastornos en la interacción con la madre, la cual espera que el niño asuma el papel del padre que suele estar ausente. La conflictividad por tanto se presenta fundamentalmente con el padre del sexo opuesto.

Se ha observado una alta tasa de fracaso escolar entre los niños y adolescentes del grupo experimental; sin embargo, fueron los sujetos del grupo control los que manifestaron un mayor grado de estrés escolar. Probablemente, la gran desestructuración familiar y las excesivas responsabilidades familiares de los niños y adolescentes que han intentado suicidarse hacen pasar a un segundo plano las responsabilidades escolares.

Por otra parte, la ausencia de escolarización, intensifica los sentimientos de aislamiento y soledad del niño, favoreciendo el desencadenamiento de la conducta suicida.

Tabla 11 Rendimiento escolar y estrés escolar

	GE		GC		χ^2	p
	N	%	N	%		
Rendimiento escolar deficiente	18	60	11	24,4	9,59	0,01
Curso inadecuado a la edad	8	32	6	13,3	3,5	NS
Excesivo estrés escolar	6	24	13	28,8	0,17	NS

df= 1.

Estos resultados indican que los niños y adolescentes que intentan suicidarse han sufrido un mayor estrés ambiental a lo largo de su vida, que se intensificó en el último año. Ante esa situación es fácil comprender que cualquier factor aparentemente de escasa importancia pueda convertirse en desencadenante del intento de suicidio, sobre todo en la adolescencia en la que se añaden las preocupaciones propias de esta etapa.

En *resumen* puede decirse que el niño que tiene riesgo de cometer un intento de suicidio, tiene las siguientes características:

Adolescente, hembra, con fácil acceso a medicamentos, con antecedentes de conducta suicida, que tiene frecuentes discusiones con los padres o está viviendo una ruptura amorosa y tiene un fracaso escolar y/o ausencia de escolarización.

El medio familiar se caracteriza por: ausencia del padre, alcoholismo del padre, relaciones conflictivas de los padres con el hijo, discusiones frecuentes entre los padres, amenaza de divorcio o separación, aislamiento social de la familia y excesivas responsabilidades del niño en el medio familiar, no correspondientes a su edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Weissman MM. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1970. *Archives of General Psychiatry* 1974;30:737-746.
- Deykin EY, Alpert JJ, McNamara JJ. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am J Psychiat* 1985;142(11): 1299-1303.
- Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982;139:1257-1261.
- Carlson GA, Cantwell DP. Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;21:261-368.
- Pokorny AD. Predictions of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study. *Arch General Psychiatry* 1983;40:249-257.
- Murphy GE. The clinical identification of suicidal risk, in the Prediction of Suicide. Edited by Beck AT, Resnik HCP, Lettieri PJ, Md Charles Press, 1924.
- MacKinnon D, Farberow N. An assessment of the utility of suicide prediction. *Suicide Life Threat Behavior* 1975;6:86-91.
- McIntire MS, Angle CR, Wikoff RL y cols. Recurrent adolescents suicidal behavior. *Pediatrics* 1977;60:605-608.

- 9 Dopart TL, Jackson JK, Ripley HS. Broken homes and attempted and completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:213-216.
- 10 Hawton K, Goldacre M. Hospital admission for adverse effects of medicinal agents (mainly self-poisoning) among adolescents in the Oxford region. *British J Psychiatry* 1982;141:166-170.
- 11 Mattsson A, Seele LR, Hawkins JW. Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch Gen Psychiat* 1969;20:100-109.
- 12 Gastaminza X, Alvarez M, Venteo MP, Tomas J. Las tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia: aproximación paramétrico-epidemiológica. *Rev Neur Psiq Inf* 1983;2(1):123-155.
- 13 Terroba G, Heman A, Satijeral MT, Martínez P. El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública Mex* 1986;28:48-55.
- 14 Gispert M, Wheeler K, Marsh L, Davis MS. Suicidal adolescents: factors in evaluation. *Adolescence* 1985;20:753-762.
- 15 Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British J Psychiatry* 1982;141:286-291.
- 16 Rohn RD, Sarles RM, Kenny TJ, Reynolds BJ, Heald FP. Adolescents who attempt suicide. *J Pediat* 1977;90:636-638.
- 17 Pfeffer CR, Plutchik R, Mizruchi, Linkins R. Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *Am J Psychiat* 1986;143:733-738.
- 18 Weissman MM, Prusoff BA, Gammon GD, Merikangas KR, Leckman JF, Kidd KK. Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *J Am Acad Child Psychiat* 1983;23:78-84.
- 19 Mc Anarney ER. Adolescents and young adult suicide in the United States -A reflection of societal unrest? *Adolescence* 1979;14:765-774.
- 20 Mardomingo MJ, Kloppe S, Gallego MS. Escala de Acontecimientos Vitales Adaptada a la población infantil española. I Congreso de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la A.E.P. Barcelona 1986. *Neur Psiq Inf* (en prensa).
- 21 Mardomingo MJ, Catalina ML. Intentos de Suicidio en la infancia y adolescencia. Comunicación Científica Congreso Folch y Camarasa, Barcelona 1987. *Rev Esp Neurop Infant* (en prensa).
- 22 Mardomingo MJ, Catalina ML, Gil Flores S. *Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes*. Comunicación Científica en la XXVIII Revisión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, La Toja, 1988. En prensa en Libro de Comunicaciones del Congreso.

M. Tesouro Cid

Edad y formas de inicio de la esquizofrenia infantil

Unidad de Psicología Infantil.
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

Age and types of onset of child schizophrenia

RESUMEN

Se ha revisado la bibliografía sobre el inicio de la esquizofrenia infantil desde el año 1942 al año 1991 y se ha llegado a la conclusión de que, a pesar de que la esquizofrenia infantil constituye una de las patologías más graves, existe todavía actualmente el problema del diagnóstico precoz y por consiguiente se ha visto que no existe acuerdo entre los distintos autores respecto a la edad de inicio de esta patología. Así, antes de 1985 más del 80% de los autores revisados consideran que la esquizofrenia infantil es poco frecuente o inexistente antes de los 10 años, mientras que a partir de 1985 un 90% de autores, aproximadamente, considera que tiene lugar a partir de los ocho años. Un hecho a destacar es que entre 1980 y 1985 algunos autores observan que un número pequeño de niños identificados como autistas infantiles más tarde desarrollan esquizofrenia y esta última consideración da lugar a recientes investigaciones que manifiestan que los niños con una historia previa de autismo tienen un principio significativamente anterior, entre los seis y nueve años. Finalmente, en los últimos estudios se ha llegado a la conclusión de que la presencia de esta enfermedad en familiares de primer grado no influye

en la edad de principio de esquizofrenia. Respecto a las formas de inicio, se consideran cuatro formas -forma progresiva o insidiosa, forma de principio agudo, forma cíclica y forma monosintomática- si bien hay que señalar que últimamente se cuestiona la forma de esquizofrenia infantil de principio agudo, siendo la más frecuente la forma progresiva o insidiosa.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia infantil. Inicio. Formas clínicas

ABSTRACT

After researching all published material about the onset of child schizophrenia from 1942 to 1991, and despite this illness being recognised as one of the most serious pathologies, the precocious diagnostic problem still exists. Consequently, there's no mutual agreement between the different authors in respect to the age of the beginning of this pathology. Before 1985 more than 80% of research authors considered that child schizophrenia was less frequent or

nonexistent before the age of 10 whereas after 1985 approximately 90% of authors considered that it appears to start from the age of eight. As a remarkable fact is that between 1980 and 1985 some authors observed that a small percentage of children, identified as infantile autistic, later on develop schizophrenia. This last consideration leads to the recent research that shows that children with previous history of autism are identified younger as being schizophrenics (between 6 and 9 years). Finally, the latest studies conclude that having 1st degree relatives with this disease does not influence on the age of onset of schizophrenia. There have to be considered four different ways of beginning: the progressive or insidious type, the acute onset type, the cyclical type and the monosymptomatic type, although recently doubt has been cast on the second type and the more frequent are the progressive or insidious type.

KEY WORDS

Child schizophrenia. Onset. Clinical types.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar hay que destacar que los síntomas que conducen a la esquizofrenia hacen que ésta sea una de las patologías más graves. No obstante, el problema del diagnóstico de la misma todavía no está resuelto ya que las diferencias en las técnicas de clasificación y más aún, en su interpretación, impiden estudios comparables de esta entidad nosológica. Así mismo, tampoco existe acuerdo, ni entre los clínicos ni entre los estudios epidemiológicos, sobre cuáles son los síntomas centrales o peculiares de dicha entidad. Evidentemente, este problema se acentúa ante la pretensión de establecer un diagnóstico precoz, es decir, ante el reconocimiento de los síntomas iniciales, edad y formas de comienzo de la patología (Humbert y Salvador, 1987).

Por otra parte, formas idénticas de esquizofrenia en fenomenología a aquellas vistas en adultos han sido conocidas durante al menos los pasados 60 años como las ocurridas en niños (Bender, 1942; Despert, 1938; Kraepelin, 1971; Potter, 1933). Por consiguiente, poco es conocido sobre el desarrollo de síntomas en niños

esquizofrénicos o a cerca del curso subsiguiente de principios de desórdenes esquizofrénicos en la niñez, menos que los conocidos sobre los principios de esquizofrenia en adultos. No obstante a continuación se han revisado una serie de estudios realizados sobre la esquizofrenia infantil desde el año 1942 al 1991 y se tratará tanto la edad de inicio como sus formas y síntomas iniciales.

EDAD DE PRINCIPIO DE ESQUIZOFRENIA INFANTIL

Primeramente, se puede señalar que es difícil saber la edad de inicio de la esquizofrenia infantil y no existe acuerdo entre los distintos autores. Sí, antes de 1985 más del 80% de los autores revisados consideran que la esquizofrenia infantil es poco frecuente o inexistente antes de los 10 años, resultando difícil conocer la edad de inicio. A continuación se presentan unos ejemplos, después de revisar estudios anteriores a la última década.

Kolvin, Ounsted, Humphrey y McNay (1971) examinaron historiales previos a la esquizofrenia ocurrida antes de los 15 años de edad y encontraron la preexistencia de conductas anormales en el 87% de los casos, con principios de transformaciones lentas, mostrando insidia que nos hacía ver que la edad del principio de la esquizofrenia era extremadamente difícil de conocer.

Respecto a la edad de inicio, Kolvin (1971) y Makita (1966) encontraron una distribución bimodal de edades de principio de desórdenes severos en la infancia, siendo más frecuentes antes de los 30 meses o después de los 10 años de edad y extremadamente raros entre esos dos años. De esta manera, el trabajo de Kolvin y cols. (1971) ha sido interpretado como indicador de que los casos de principio temprano pueden ser mirados como autismos infantiles y los casos de inicio tardío pueden ser igualados con la esquizofrenia (Gottesman y Shields, 1982).

Fish (1977), en un estudio prospectivo de niños de madres esquizofrénicas, encontró algunos que desarrollaron esquizofrenia a la edad de 10 años si bien tenían anomalías motoras y visual motoras empedadas en la infancia.

No obstante, tenemos dos estudios más recientes, de la última década, que examinaron los síntomas en niños

52 diagnosticados como esquizofrénicos usando criterios del DSM III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980).

Green, Campbell, Hardesty, Grega, Padron-Gayol, Shell y Erlenmeyer-Kimling (1984) compararon niños que desarrollaron esquizofrenia antes de los 12 años de edad con niños autistas y sus resultados fueron similares a aquellos de Kolvin y cols. (1971), con principios evaluados como agudos en sólo el 21% de niños esquizofrénicos.

Kydd y Werry (1982) describieron casos que desarrollaron esquizofrenia antes de los 16 años de edad y, al igual que en las investigaciones de Kolvin y cols., el principio antes de los 11 años era raro y en algunos niños antecedían síntomas depresivos a los principios de esquizofrenia para períodos de un mes a dos años.

Por otra parte, *entre 1980 y 1985 algunos autores observan que un número pequeño de niños identificados como autistas infantiles más tarde desarrollan esquizofrenia*. De esta manera, tenemos, entre otros, los siguientes estudios:

Cantor, Evans, Pearce y Pezzot-Pearce (1982) estudiaron niños y adolescentes con esquizofrenia, viendo que algunos niños tenían síntomas de autismo infantil temprano, anterior a los 30 meses.

Petty, Ornitz, Michelman y Zimmerman (1984) en su estudio donde los niños eran observados antes de la aparición de la esquizofrenia, presentaron casos que tenían un criterio de diagnóstico para autistas infantiles desarrollando subsiguientemente esquizofrenia.

Consecuentemente, estos dos últimos estudios proporcionan evidencias preliminares para tener intrigas de que posiblemente un número pequeño de niños identificados como autistas durante la infancia podían más tarde desarrollar síntomas de esquizofrenia y esta consideración da lugar a recientes investigaciones.

De esta forma, siguiendo esta línea, *a partir de 1985 un 90% de los autores revisados consideran que la esquizofrenia tiene lugar a partir de los ocho años y que los niños con una historia previa de autismo tienen un principio significativamente anterior (entre seis y nueve años)*. En este sentido existe el estudio de Watkins, Asarnow y Tanguay (1988) que se diferencia de los previos estudios de esquizofrenia en niños en varios aspectos importantes:

1) Es el primer estudio que sistemáticamente evalúa síntomas y comportamientos de un grupo de niños esquizofrénicos en rangos discretos de edad, desde el nacimiento a los 12 años, y por lo tanto niños antes de

la pubertad que tienen un criterio de DSM III para esquizofrenia.

2) Otro aspecto es que los estudios previos habían definido un principio de niñez más amplio para incluir niños por encima de los 12 años (Green y cols., 1984), de los 15 años (Kolvin y cols., 1971) y de los 16 años (Kydd y Werry, 1982) de edad, incrementando el riesgo de que las muestras no fueran limitadas a niños prepubertales.

3) Finalmente, este estudio fue restringido a niños no retardados, considerando que la mayoría de niños autistas son retardados (Rutter, 1970).

Hay que señalar que Watkins, Asarnow y Tanguay, (1988) emplean un criterio retrospectivo, similar al que usaron en los estudios de esquizofrenia de adultos (Watt y Lubensky, 1976), realizando una copia de todos los registros incluidos en las escuelas, en hospitales y otros registros de un grupo de niños que habían empezado a ser esquizofrénicos y eran examinados y evaluados objetivamente en cada una de las edades. De esta forma se observó que *la aparición o principio inicial de esquizofrenia ocurre prioritariamente después de los ocho años*. Este estudio es consistente con las distribuciones de edades característica de autismo y esquizofrenia descritas por Makita (1966) y Kolvin y cols. (1971), ya que los resultados revelan una distribución bimodal de años de principio de desórdenes severos en la infancia (antes de los 30 meses o después de los ocho años, en el estudio de Watkins y cols. (1988)).

Otro punto a considerar es que en este último estudio se comparan los modelos de principios y desarrollo de síntomas asociados con la presencia o ausencia de síntomas autísticos durante la infancia y se comparan los niños esquizofrénicos con historial de autismo entre 0 y 30 meses y niños esquizofrénicos sin historial de autismo, viendo que *los niños con una historia de autismo infantil tenían un principio significativamente más temprano de esquizofrenia (entre seis y nueve años)* que los niños sin historial de autismo. Más aún, no había casos de esquizofrenia ocurridos antes de los nueve años de edad sin que los niños hubieran tenido una historia previa de autismo infantil y la esquizofrenia tal como era definida por el DSM III estaba totalmente ausente antes de los seis años de edad.

También se ha visto que *las niñas parecen tener mejores historiales anteriores a la enfermedad que los niños y el principio de esquizofrenia más tardío*. Hay que

señalar que las diferencias de sexo encontradas en este estudio son paralelas a aquellos informes en historias tempranas de adultos esquizofrénicos, donde era más probable que los hombres mostraran signos tempranos de desviación de desarrollo que las mujeres (Goldstein, 1980; Mednick, Schulsinger, Teasdale, Schulsinger, Venables y Roch, 1978). También, la preponderancia de los hombres sobre los niños con un historial de autismo es consistente con los informes de proporciones de sexo para niños autistas (De Myer, Hingten y Jackson, 1981).

Finalmente, respecto a la edad de inicio de la esquizofrenia, se puede señalar el estudio de Shimizu, Kurachi, Yamaguchi, Torii e Isaki (1988) en el que se investigó el principio de edad de esquizofrenia diagnosticada, usando el criterio DSM III, y la presencia o ausencia de esta *enfermedad en sus familiares* de primer grado en el cual encontraron que esta relación *no era significativa respecto a la edad de principio de dicha enfermedad*.

FORMAS DE INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL

A continuación se consideran cuatro grupos entre las formas de comienzo de la enfermedad, basadas en la continuidad o discontinuidad del desarrollo mórbido y en la rapidez de su evolución.

Las formas progresivas o insidiosas

Son aquellas que presentan la mayor continuidad en su desarrollo y conducen lentamente al niño desde la predisposición caracteriológica o neurótica hasta la esquizofrenia. Presentan el interrogante de si estamos ante un trastorno de la personalidad premórbida, o bien ante la sintomatología precoz de la enfermedad. Existe un debilitamiento de la actividad que se caracteriza por la pérdida de rapidez del alumno que era bueno, su desinterés... También existe una modificación de la afectividad ya que el niño se retrae sobre sí mismo, le falta atención y se muestra indiferente ante las penas y las alegrías. Se desarrolla la hostilidad hacia la familia y modificaciones en el carácter que sorprenden a los que rodean al niño enfermo (tendencia al aislamiento, agresividad y trastornos de conducta en general). Finalmente existe una invasión progresiva del delirio que en ocasiones se manifiesta en rarezas de comportamiento.

Otro aspecto a señalar es que con frecuencia, sólo

después de varios años, un niño más o menos bien tolerado en la familia y en la escuela es enviado a la consulta, aunque sin embargo, ya presentaba trastornos de carácter y otras conductas extrañas. En realidad, la intervención se hace indispensable debido a que los trastornos son cada vez más molestos a medida que la sociabilidad se deteriora y que aumentan las dificultades escolares.

Finalmente se advierte en diferentes estudios que el pronóstico es particularmente malo cuando la fase prodrómica es insidiosa.

Esquizofrenia de comienzo agudo

A la inversa, la enfermedad puede empezar por un gran acceso delirante o catatónico. Son las *esquizofrenias de comienzo agudo* que se manifiestan a veces de una manera aislada por lo que a menudo se consideran como reactivas. Se dan crisis delirantes y alucinatorias agudas. También se dan estados de excitación, depresivos y de confusión.

La mayoría de los autores admiten que las ideas propiamente delirantes sólo aparecen en el niño mayor de seis años y que en los niños menores se observan más bien sentimientos delirantes. No obstante, el niño puede presentar a cualquier edad trastornos de desrealización o despersonalización. También se apunta que el síndrome alucinatorio es raro antes de los ocho años y las alucinaciones del niño se diferencian de las del adulto por la mayor simplicidad, la ausencia de sistematización y por la mayor relación con la situación familiar.

En los últimos estudios, un punto a destacar es que la seguridad del comienzo agudo es casi siempre discutible porque depende exclusivamente del juicio de la familia, y nada prueba que un síntoma no existiera antes del día en que la familia se inquietó por él y haya pasado inadvertido. Así, el comienzo se sitúa a veces en la fecha de la hospitalización requerida por la aparición de trastornos muy espectaculares; por lo tanto puede ser difícil poner en evidencia una brusca ruptura en la línea de desarrollo del niño entre la personalidad anterior y el momento en que aparecen trastornos que el médico o la familia juzgan patológicos debido a que casi siempre existe un período de disfunción psicológica progresiva.

Forma cíclica

Entre estas dos formas, que se oponen por su tiempo evolutivo, pueden situarse aquellas otras en las que

- 54 intermitentemente aparecen grandes episodios que constituyen una evolución en *forma cíclica* por asaltos progresivos sobre un fondo esquizoide.

Forma monosintomática

Por último, el comienzo puede presentarse como la *forma monosintomática*, con la aparición de síntomas tanto más desconcertantes cuanto que se dan aislados. se trata de comportamientos impulsivos graves (como agresiones) sin que el niño pueda dar una explicación.

Finalmente se puede decir que el poliformismo de los modos de comienzo y la falta de especificidad neta en los cuadros clínicos crean una dificultad para el clínico que debe saber analizar bien los síntomas, seguir su evolución y diferir prudentemente su diagnóstico. Esta dificultad nos muestra de alguna manera que la esquizofrenia no está en el comienzo de la evolución sino en el final.

SÍNTOMAS INICIALES DE LA ESQUIZOFRENIA

Primeramente hay que remarcar que algunos de los síntomas iniciales ya han sido señalados en el apartado de las formas de inicio si bien a continuación se remarcarán algunos de los que más destacan.

Un primer aspecto a considerar son los *trastornos cognitivos*, evaluados clínicamente, que aparecen previa, concomitante y/o consecuentemente a una gran parte de los episodios esquizofrénicos y son unas alteraciones que se caracterizan por ser relativamente estables si bien son inespecíficas de la esquizofrenia, aunque se dan con mayor frecuencia en ésta que en otros tipos de trastornos mentales. En el estudio de Caplan, Perdue, Tanguay y Fish (1990) se vio que los niños esquizofrénicos y esquizotípicos tenían significativamente más pensamientos ilógicos y pérdidas de asociación que los niños normales y cuanto más pequeños eran los niños más pensamientos ilógicos y pérdidas de asociación tenían.

Otro síntoma, es la *desviación en las relaciones sociales y en la comunicación*. Los resultados del estudio de Asarnow, Goldstein y Ben-Meir (1988) indican, significativamente, un mayor valor de desviación de comunicación en padres de niños esquizofrénicos y esquizotípicos que en padres de niños con depresión

mayor y desórdenes distímicos, observándose que los niños esquizofrénicos y esquizotípicos de familias con alta desviación de comunicación muestran mayores daños severos y más disfunciones atencionales. No obstante, en el estudio de Merino y Pereira (1990) se dice que el hecho de que la desviación de la comunicación esté presente en familias de esquizofrénicos y no en otras familias, no aclara la cuestión de si esta perturbación es anterior al comienzo de la esquizofrenia o una reacción de la familia ante este trastorno.

Por otra parte, algunos de los estudios de los últimos años sobre los síntomas iniciales de la esquizofrenia infantil, como por ejemplo el estudio de Watkins, Asarnow y Tanguay (1988), diferencian los niños esquizofrénicos con un principio de síntomas autísticos durante la infancia de los niños esquizofrénicos sin un historial previo de autismo y se estudian según las edades de inicio:

a) *Los niños con un principio de síntomas autistas durante la infancia* tienden a continuar teniendo más síntomas de autismo hasta el principio de la esquizofrenia, que tal como ya se ha dicho es más temprano (6-9 años), que en los niños que no presentan síntomas de autismo, los cuales son menos perjudicados severamente,

Los síntomas de esquizofrenia de seis a nueve años en la mayoría de estos niños consisten principalmente en incoherencias, pérdidas de asociación, otros síntomas de desórdenes de pensamiento formal y bajada de tono o afectos inapropiados.

En cambio, de 9 a 12 años se ha visto que presentan déficits de lenguaje severos más persistentes que los niños sin historial previo de autismo en los cuales decrecen gradual y considerablemente. Esta perturbación es una muestra de su desorden global del pensamiento y de su incapacidad para organizar e integrar los conocimientos en la forma de pensamiento lógico. La mayor parte muestran desviaciones en lo que se refiere a la calidad, el tono, la intensidad, la duración, el ritmo, la entonación, la articulación y el empleo de los refuerzos faciales y corporales porque, en efecto, los niños esquizofrénicos son incapaces de expresar las variaciones emocionales por medio del sonido de su voz.

En este intervalo de edades, sin embargo, la mayoría desarrollan significativos diagnósticos de delirios y alucinaciones en adición a los desórdenes de pensamiento formal y bajada de tono o afectos inapropiados, es decir, hay un gradual aumento de los síntomas de esquizofrenia

que se superponen a los síntomas persistentes autísticos. Incluso, en muchos estudios se ha visto que cuanto mayor es el niño, tanto más complejos son los fenómenos alucinatorios y a partir de la edad de nueve años algunas alucinaciones empiezan a estar bien organizadas y sistematizadas.

Consecuentemente, entre 9 y 12 años, las diferencias en los síntomas, entre los niños esquizofrénicos con un historial previo de autismo y los niños esquizofrénicos sin un historial previo, desaparecen debido a que en estas edades aumentan las alucinaciones y delirios en ambos grupos.

b) *Los niños esquizofrénicos sin un historial previo de autismo* muestran un gradual aumento de empeoramiento de síntomas si bien tienen menores perturbaciones durante la infancia. No obstante, la mayoría de estos niños tienen unos significativos retardos de desarrollo comenzados en la infancia.

Al evaluar los síntomas prodromales o previos de estos niños, en las edades inmediatamente precedentes al principio de la esquizofrenia se ha visto que la gran mayoría presentan deterioros sociales y presencia de como mínimo uno de los cinco síntomas de pródromos de la escala DSM III en el rango de edad inmediatamente precedente al principio de esquizofrenia: excesiva ansiedad y pánico, inhibición o afectos inapropiados, pensamientos mágicos, supersticiones y ansiedad social indebida e hipersensibilidad a críticas.

Entre 9 y 12 años, tal como se ha apuntado, los síntomas de esquizofrenia no se diferenciaban significativamente entre los niños con una historia previa de autismo o sin historial de autismo; sin embargo, en adición a los síntomas de esquizofrenia, en los niños sin historia previa de autismo se observan síntomas asociados con la *depresión* al tiempo del principio de esquizofrenia.

El descubrimiento de que un número de síntomas depresivos aparece próximo a la edad del principio de

esquizofrenia es consistente con las informaciones de que síntomas depresivos a menudo acompañan al principio de esquizofrenia en adultos (Strauss y Carpenter, 1981) y con la información de Kydd y Werry (1982) de síntomas depresivos cercanos al tiempo de principio de esquizofrenia en niños por debajo de los 16 años de edad. En adición, el descubrimiento de que los síntomas depresivos eran más comunes en los niños sin historia previa de autismo es consistente con la explicación de Asarnow y Ben-Meir (1988) que informan de daños severos en la adaptación social mostrados por niños esquizofrénicos y esquizotípicos y menor severidad de empeoramiento anterior a la enfermedad en niños esquizofrénicos con síntomas depresivos.

Otra consideración es que en todos los niños se veían síntomas asociados con la *hiperactividad*: problemas de habla, actos de niñez para su edad, pobre trabajo en la escuela, fantasías, no pueden concentrarse, impulsivos, hiperactividad general y confusionismos.

Finalmente, en general se puede remarcar que las tempranas historias de los niños esquizofrénicos están más lejos de ser benignas, viéndose que hay más síntomas severos y empeoramientos sociales antes de inicio de la esquizofrenia en estos niños, que son vistos en los historiales de niñez de los adultos esquizofrénicos (Goldstein, 1980; Watt y Lubensky, 1976). En el estudio de Watkins, Asarnow y Tanguay (1988) los resultados también revelan una temprana y más severa emergencia de síntomas siendo consistente con las informaciones de Asarnow y Ben-Meir (1988). Estos resultados soportan la visión de que la esquizofrenia ocurrida antes de la adolescencia es una forma más severa de esquizofrenia que la de principio en los adultos (Fish, 1977) y también se puede señalar que la esquizofrenia de principio agudo tiene unos resultados previos más pobres.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Asarnow JR, Goldstein MJ, Ben-Meir S. Parental communication deviance in childhood onset schizophrenia spectrum and depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;29(6):825-838.
- 2 Asarnow JR, Ben-Meir S. Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;29(4):477-488.
- 3 Bender L. Child schizophrenia. *Nervous Child* 1942;1:138-140
- 4 Cantor S, Evans J, Pearce J, Pezzot-Pearce T. Childhood schizophrenia: Present but not accounted for. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:758-762.
- 5 Caplan R, Perdue S, Tanguay PE, Fish B. Formal Thought Disorder in Childhood Onset Schizophrenia and Schizotypal Personality Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990;31(7):1103-1114.
- 6 Demyer MK, Hingtgen JN, Jackson RK. Infantile autism reviewed: A decade of research. *Schizophrenia Bulletin* 1981;7:388-451.

- 56 7 Despert JL. Schizophrenia in children. *Psychiatry Quarterly* 1938;**12**:366-371.
- 8 Fish B. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. *Archives of General Psychiatry* 1977;**34**:1297-1313.
- 9 Goldstein MJ. The course of schizophrenic psychosis. En: Brim OG, Kagan J. *Constancy and change in human development*. Cambridge: Harvard University Press, 1980:325-358.
- 10 Gottesman II, Shields J. *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. Cambridge University Press.
- 11 Green WH, Campbell M, Hardesty AS, Grega DM, Padron-Gayol M, Shell J, Erlenmeyer-Kimling L. A comparison of schizophrenic and autistic children. *Journal of the American Academy Child Psychiatry* 1984;**23**:399-409.
- 12 Humbert M, Salvador L. Formas de inicio de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1987;**14**(2):93-103.
- 13 Kolvin I. Studies in childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry* 1971;**118**:381-384.
- 14 Kolvin I, Ounsted C, Humphrey M, McNay SA. Studies in childhood psychoses: II The phenomenology of childhood psychoses. *British Journal of Psychiatry* 1971;**118**:385-395.
- 15 Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington: Krieger, 1971.
- 16 Kydd RR, Werry JS. Schizophrenia in children under 16 years. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1982;**12**:343-357.
- 17 Makita K. The age of onset of childhood schizophrenia. *Folia Psychiatrica Neurologica* 1966;**20**:111-121.
- 18 Mednick SA, Schulsinger F, Teasdale TW, Schulsinger H, Venables PH, Roch DR. Schizophrenia in high risk children: Sex differences in predisposing factors. En: Serban G. *Cognitive defects and the development of mental illness*. New York: Brunner/Mazel, 1978:169-197.
- 19 Merino H, Pereira M. Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología* 1990;**6**:11-19.
- 20 Petty LK, Ornitz EM, Michelman JD, Zimmerman EG. Autistic children who become schizophrenic. *Archives of General Psychiatry* 1984;**41**:129-135.
- 21 Potter HW. Schizophrenia in children. *Amer J Psych* 1933;**89**:1253-1270.
- 22 Rutter M. Autistic children: Infant to adulthood. *Seminars in Psychiatry* 1970;**2**:435-450.
- 23 Shimizu A, Kurachi M, Yamaguchi N, Torii H, Isaki K. Does family history of schizophrenia influence age at onset of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand* 1988;**78**(6):716-719.
- 24 Strauss JS, Carpenter WT. *Schizophrenia*. New York: Plenum Publishing, 1981.
- 25 Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;**29**(6):865-878.
- 26 Watt NF, Lubensky AW. Childhood roots of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976;**44**:363-375.

J. Tomás
X. Gastaminza

**Atención en situación de
crisis: pautas orientativas.
Revisión**

Unidad de Psiquiatría.
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebrón

*Psychiatry emergency: guidelines
of assessment. A review*

RESUMEN

En este artículo se pretende revisar las urgencias psiquiátricas facilitando unas pautas orientativas para su asistencia. Así, se aborda la actitud de la familia, la entrevista con los padres, el examen y exploración del niño, para finalmente llegar al informe de los resultados, buscando el pacto terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Urgencias. Evaluación.

ABSTRACT

The authors want to give the main guidelines to made a global assessment in psychiatry emergency room, seeing so the interview with the fathers and the child examination and the last interview to inform to the fathers.

KEY WORDS

Emergency room; Assessment.

58 INTRODUCCIÓN

La práctica médica habitual supone un proceso diagnóstico (visita médica, anamnesis, exploraciones, diagnóstico diferencial) que conduce a una terapéutica específica.

Ahora bien, existen situaciones, como las urgencias, que requieren una intervención terapéutica inmediata, prioritaria sobre el proceso médico habitual. Es en este contexto en el que se plantean las siguientes pautas orientativas. Sin olvidar la importancia, de establecer una buena relación/contacto, con el paciente.

Las urgencias psiquiátricas en la infancia/adolescencia dependen de los padres u otros adultos. Son quienes definen una situación como urgencia, cuando se sienten demasiado angustiados, airados o incapaces de ayudar o dominar al niño o la situación; entonces, buscan ayuda inmediata. Esto es importante en el abordaje de la urgencia.

Los adolescentes a veces buscan ayuda y acuden a urgencias por sí mismos.

ACTITUD DE LOS PADRES Y PERSONAL DE ASISTENCIA EN LAS SITUACIONES DE CRISIS

La mayoría de familias que piden asistencia para resolver una situación de crisis del hijo, están convencidas de que serán mal atendidos y su actitud es de malestar, en general, por las experiencias anteriores.

Sus recursos educativos y de adaptación están agotados, y su actitud frente al problema del niño o del adolescente es de desesperanza e impotencia.

A lo largo de la entrevista con los padres y el niño o adolescente, el entrevistador mostrará una actitud seria, participativa, de preocupación, no banalizará el problema, y buscará establecer una relación de afectividad receptiva (empatía) con la familia, que manifieste su preocupación y comprensión por la queja que éstos expresan.

El entrevistador debe establecer una relación neutral, con actitud de complicidad, y de esperanza hacia lo que podría hacerse, para poder evitar los sentimientos de culpa de los padres y utilizar las reservas que la familia todavía dispone.

Frecuentemente la familia y el chico son poco precisos en la queja, y expresan su malestar y su angustia de forma contradictoria y poco clara, de tal forma que esta misma imprecisión favorece que las necesidades reales de la demanda no se expongan claramente, facilitando la frustración asistencial.

Es necesario definir y objetivar el problema actual, el que ha obligado a los padres y al niño a buscar asistencia, y también cuáles eran las características del problema anterior.

Hay que tener en cuenta tanto los aspectos ligados a diferencias culturales, religiosas o étnicas que a menudo están implícitas en la queja, motivo de consulta, que se hace del paciente, como la dinámica familiar, especialmente la de pareja (existen trabajos, sobre la calidad de la asistencia que revelan con total claridad que los grupos marginados, por cualquier motivo socio-cultural, religioso, ideológico, o étnico recibe peor asistencia que las personas del grupo mayoritario social).

Cuando el problema se presuma que depende de un trastorno interfamiliar, la primera entrevista se efectuará, si es posible, con todas las personas que han acompañado al niño de urgencia (y suele ser así en: fugas, vagabundeo, intentos de suicidio repetidos, agresiones o violencias intrafamiliares, abuso de droga).

En otro tipo de casos, es mejor tener una idea previa, aproximada, de las alteraciones del niño antes de atenderle.

La entrevista se hará: primero, a los padres, solos, y al niño a solas, después. Seguido, quizás, de una entrevista padres y niño más tarde.

Aunque si creemos que el niño puede sospechar (en el adolescente suele ser frecuente) que el examinador es cómplice o agente de los padres, y ello puede entorpecer la entrevista con el paciente, entonces, primero, se atenderá al paciente y después a los padres (y mejor todavía si se solicita al niño permiso para ver a los padres).

En cualquier caso, y más todavía para prevenir cualquier tipo de accidente, un niño en estado de agitación, nunca se dejará solo.

ENTREVISTA A LOS PADRES SOLOS

Conviene aclarar en la entrevista los siguientes aspectos:

Respecto a la decisión de acudir de urgencia

- a) Origen del problema.
- b) Factores desencadenantes de la decisión.
- c) Tratamiento psiquiátrico previo del niño o de los padres, si es que lo hubo.
- d) Reacción de los padres, juntos y por separado, abiertas o encubiertas, en la solicitud de ayuda en la visita.
- e) Motivo por el cual han acudido a este centro, si no le corresponde administrativamente.

Respecto al padre y a la madre

- a) Constitución física, aspecto y cuidado personal.
- b) Manierismos y expresión facial más o menos característicos.
- c) Pautas de interacción con el examinador y con las demás personas presentes en la visita.

Respecto a la problemática descrita por los padres

- a) Descripción detallada del inicio del problema.
- b) Cómo intentaron en familia resolver el problema y qué resultados obtuvieron.
- c) Cuáles creen que son las causas o las razones del problema.
- d) Cuáles creen que son las actitudes que el niño/adolescente adopta respecto a sus dificultades.
- e) Qué creen que debería o podría hacerse para ayudar a resolver la situación.
- f) Descripción detallada de la conducta del niño:
 - 1) Con cada uno de ellos.
 - 2) Con sus hermanos.
 - 3) Con los niños de su edad, compañeros y amigos más próximos.
 - 4) En el colegio.
 - 5) En cualquier grupo social donde asista.

Respecto al niño

- a) Su actitud, disposición, carácter.
- b) Sus intereses y sus actividades.

Respecto a la situación presente y antecedentes de la familia

a) En cuanto al presente o situación actual: determinar los miembros familiares, nivel y situación cultural, condiciones económicas. Si hay o no presencia de acontecimientos recientes, que hayan podido influenciar a la familia en su dinámica relacional, tales como un divorcio, fallecimiento, alejamiento o separación de alguien de la familia, enfermedades, cambios o modificaciones que pudieran ser significativas de malestar afectivo, modificación del ambiente escolar o laboral, nacimiento de un niño/a, pérdidas inesperadas, etc.

En resumen, cualquier reacción de los padres o familiares o bien del niño a cualquier acontecimiento

que por sus características resultara traumático o "vital".

b) En cuanto al pasado, convendrá examinar lo que ha podido perturbar el desarrollo del niño especialmente la lactancia y la primera infancia. Se investigará todo lo que de alguna manera haya modificado la relación con el bebé o el niño.

Desarrollo psicomotriz

a) Circunstancias de embarazo y parto con especial hincapié en la aceptación o no, deseo satisfecho o no sobre la identificación sexual del recién nacido.

b) Especificación de las conductas de afiliación y dependencia a lo largo del desarrollo, valorando el tipo de atención o de cuidador que prefería el niño; determinación de las características comportamentales de éstos.

c) Enfermedades y accidentes.

d) Hábitos y conductas durante el destete, alimentación y sueño.

e) Entrenamiento y aprendizaje hacia la contención esfinterial, cuándo inició, cómo se manejó, y cómo evolucionó.

f) Desarrollo y adquisiciones psicomotrices: permanecer sentado, sostenerse de pie, sentarse solo, estar de pie, andar, primeras palabras, palabra frase, primeras frases.

g) Perturbaciones del comportamiento con especial mención de la edad de inicio y evolución, tales como succionarse el pulgar, mecerse o balancearse, alteraciones alimentarias, cólicos, diarreas, llanto excesivo, pesadillas, actividades masturbatorias compulsivas, trastornos del lenguaje, inestabilidad (hiperactividad). Cómo se le trata, características educativas, sistemas de premio y castigo.

h) Hospitalizaciones, separaciones breves o prolongadas de los que le cuidan habitualmente. Cambios o sustituciones o pérdida de alguna de las personas que le atienden habitualmente. Valorar las reacciones del niño a estos cambios.

Adaptación escolar

a) Observaciones y quejas de los padres.

b) Observaciones de los profesores que los padres nos cuentan.

c) Observaciones directas de los profesores, si es necesario.

d) Valoración de los niveles de rendimiento en lectura y cálculo.

60 Impresiones y valoraciones necesarias para el diagnóstico

- a) Impresión que durante la entrevista hemos elaborado de los padres.
- b) Valoración de la interacción familiar existente, con el niño y entre los adultos.
- c) Valoración de cuál es el papel y la trascendencia de cada uno de los miembros del grupo familiar en la génesis del cuadro clínico que presenta el niño.
- d) Valoración de los factores orgánicos, presentes, tales como deficiencia o retraso mental, daño cerebral, disfunción cerebral, intoxicación medicamentosa, droga, aditivos, etc.
- e) Resistencias o limitaciones específicas que se advierten en el comportamiento familiar.
- f) Valoración, de las características cognitivas, de la tratabilidad de las alteraciones y pronóstico.
- g) Descripción psicopatológica de acuerdo a la clasificación de enfermedades del ICD10 (CIE-10) de la OMS, Clasificación Francesa (conocida, como de Mises).

EXAMEN Y EXPLORACIÓN DEL NIÑO

Lo más frecuente es que cuando se atiende al niño, ya tengamos a través de la entrevista con los padres o por otro tipo de información una cierta hipótesis de lo que al niño le ocurre. Así la entrevista con el niño buscará confirmar o refutar la hipótesis diagnosticada establecida.

En urgencias o en la visita el niño y también los padres, suelen estar atemorizados o desorientados, por ello se mantendrá una actitud receptiva, cálida y de comprensión, de preocupación hacia lo que ocurre y sin participar en la desesperanza o angustia que se manifiesten.

Adoptaremos con el niño una actitud amigable, cariñosa, sin grandes efusividades, ni exteriorizaciones que el niño pudiera vivir como una intromisión, ya que, podrían aumentar su temor o desorientación inicial.

Las preguntas y el juego, si es que la edad del niño lo permite o lo indica, deben estar a la altura del niño en cuanto a su edad y estilo de lenguaje. La pregunta directa sólo se hará en situaciones muy definidas.

Una guía general de exploración, como guión de referencia, para no olvidar aspectos que suelen tener relevancia en una mayoría de diagnósticos, podría ser así:

Descripción

- 1) Del aspecto físico del niño.
- 2) Interacción del niño con los padres, observando:
 - a) Conducta en la sala de espera.
 - b) Conducta frente al intento de separación de los padres.
 - c) Conducta en el reencuentro con los padres.
- 3) Interacción con el explorador y con la situación de exploración, observando:
 - a) Conducta inicial.
 - b) Conducta posterior.
 - c) Conducta con los padres presentes.
 - d) Conducta con los padres ausentes.
 - e) Cuál es la idea que el niño tiene del por qué está allí.
- 4) Características comportamentales de las manifestaciones emocionales.
- 5) Valoración de la respuesta emocional del examinador frente al niño.

Descripción conductual (a partir del juego, del diálogo, y de la observación directa)

- 1) Valoración de la tonalidad afectiva.
- 2) Tipo de reacción (motora, de lenguaje, de coordinación psicomotriz, etc.).

Expresión por parte del niño de situaciones familiares o características relacionales de los padres

Comportamiento adaptativo por parte del niño

- 1) Hacia los compañeros de su edad, los profesores u otros adultos.
- 2) En la escuela, en las actividades académicas, en sus actividades extraescolares, y también en relación a lo que le disgusta o molesta.
- 3) Preferencias hacia ciertas actividades de juego, aficiones, tipo de videojuego que le gusta, deportes y otras actividades en general.
- 4) Rasgos psicológicos de identificación:
 - a) Quién cree que le ha fuertemente influenciado.
 - b) Qué le gustaría ser. Y cuáles son sus ambiciones.
 - c) Cómo cree que es él.

Expresión de fantasías

- 1) Sueños.
- 2) Recuerdos de infancia: precoces o tardíos.
- 3) Animales domésticos deseados, cuáles y por qué.
- 4) Cuentos o fábulas predilectos.
- 5) Programa TV favorito, dibujo animado favorito, superhéroe favorito.
- 6) Aventuras predilectas, historias preferidas, temores más frecuentes.
- 7) Qué animal le gustaría ser y por qué.

Valoración clínica

- 1) Valoración de la presencia de déficit físico que pudiera tener trascendencia psicológica para el estudiado.
- 2) Valoración de conducta, especialmente la intensidad y las manifestaciones de:
 - a) Agresividad.
 - b) Sexualidad.
- 3) Ansiedad.
- 4) Sentimientos de culpa, vergüenza.
- 5) Función y estado del Yo.
 - a) Inteligencia.
 - b) Conducta apropiada a la edad.
 - c) Capacidad para establecer relaciones adecuadas en relación a la edad.
 - d) Habilidad para adaptarse y reconocer la realidad.
 - e) Qué tipo de sistema defensivo presenta, contra qué, y valoración de si es el apropiado a la edad de desarrollo en que se encuentra.
- 6) Expresión de sentimientos conscientemente.
 - a) Nivel de lenguaje y de objetivación verbal, capacidad de expresar el malestar o la afectividad displacentera,

- tales como la tristeza, la cólera, la vergüenza, y la culpa.
- b) Capacidad de comunicación a través del juego
- 7) Examen del estado formal de la mente.
- 8) Revisar las impresiones clínicas del niño y la familia.
- 9) Efectuar aquellas exploraciones complementarias que nos parezcan necesarias para el correcto diagnóstico.

61

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS Y CONCLUSIONES. RECOMENDACIONES GENERALES

Después de explorar al niño/adolescente, si los datos son del paciente a solas, es aconsejable discutir los datos y las conclusiones con los padres a la vez que se inicia la orientación terapéutica.

El examinador debe ofrecer a los padres una hipótesis diagnóstica y una explicación probable, del origen de los problemas, cuál ha sido su desarrollo y cómo ha llegado a la expresión actual del conflicto.

El lenguaje debe ser llano y claro sin jerga psicopatológica ni terminología médica que produzca confusión o desorientación; incluso, en algunos casos, será recomendable comprobar hasta qué punto los padres han comprendido lo expuesto. Si es así, conseguiremos una máxima colaboración terapéutica.

Es necesario comprender y respetar las defensas parentales, para asumir la parte de responsabilidad que les corresponde en lo que está ocurriendo.

Siempre sugeriremos al mismo tiempo que el tratamiento que nos parece más oportuno otros tratamientos alternativos que pudieran realizarse, informando del coste, de cada uno de ellos, tanto en tiempo, en dinero y recursos de que se dispone, como del resultado potencial de cada uno de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Beck JC, White KA. Emergency Psychiatric Assessment of Violence. *Am J Psychiatry* 1991; **148**:1562-1565.
- 2 Borrell i Carrió F. *Manual de entrevista clínica para la Atención Primaria de Salud*. Doyma. Barcelona, 1989.
- 3 De Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Manual de Psicopatología del Niño*. Toray-Masson Barcelona, 1982.
- 4 Gastó Ferrer C, Vallejo Ruiloba J. *Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría*. Masson. Barcelona, 1992.
- 5 Gradillas V. *Arte y Técnica de la Entrevista Psiquiátrica*. Editorial Juns. Barcelona, 1992.
- 6 Grivois H. *Urgencias Psiquiátricas*. Masson. Barcelona, 1989; 203.
- 7 Kaplan HI, Sadock BJ. *Psiquiatría Clínica*. Ed Médica Hispanoamericana. Buenos Aires, 1991:246.
- 8 Kendler KS, Silberg SL, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The Family History Method: Whose Psychiatric History Is Measured. *Am J Psychiatry* 1991; **148**:1501-1504.
- 9 Marcelli D, Braconnier. *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Masson. Barcelona, 1986.
- 10 Simmons JE. *Psychiatry Examination of Children*, 4ª ed. Lea-Febriger. Philadelphia, 1987.
- 11 Slaby AE, Lieb J, Tancredi LR. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Ed. Pediátrica. Barcelona, 1978:239.

**SR. DIRECTOR DE LA REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**

En el número 3 del año 1992 de la Revista de su digna Dirección se publica un comentario breve titulado "Trastorno hiperactivo asociado a retraso mental y movimientos estereotipados" del que es autora la Dra. M^a L. Teixidó. En él hace una descripción del cuadro tal como lo expone el proyecto de ICD 10 y en el final del mismo comenta que sólo encontraron 13 enfermos que pudieran encajar en el cuadro, en el Hospital del Valle de Hebrón en 25 años.

Lo leí atentamente y según transcurría la descripción del cuadro clínico iba notando que me "sonaba" a algo conocido, algo así como cuando uno oye una música que le recuerda algo pero no se sabe exactamente qué. De repente me dí cuenta ¡pero si está describiendo el *síndrome de Kramer-Pollnow*! La sintomatología cuadraba bastante bien, lo único que desentonaba es que estos autores lo denominaban Enfermedad o Síndrome hiperquinético y lo incluían entre las demencias infantiles.

En vista de ello, me puse a revisar lo que tenía de dicho síndrome y la cita más antigua que encontré fue un trabajo del Prof. Rey Ardid denominado "Sobre demencias infantiles", que fue publicado en la *Revista Española de Pediatría* en su tomo III marzo-abril 1947 número 2: allí describía el cuadro junto con otras demencias como las de Heller, la de Sancte de Sanctis y bastantes más. Más tarde aparece en el capítulo escrito por Asperger en la enciclopedia *Pediátrica* de Opitz y allí encontré la referencia del trabajo en que por primera vez fue descrito el síndrome: *F. Kramer y H. Pollnow*,

"Über eine Hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter". *Msch. Psychiat Neurol* 1932;82:1. Göllnitz también lo describe en su *Neuropsychiatria Infantil*, citando a Lutz y Spiel como autores que también se han ocupado del síndrome y en la *Psiquiatría Infanto-Juvenil* dirigida por mí, también lo describo.

Los síntomas descritos por Kramer y Pollnow coinciden prácticamente en todo con el nuevo síndrome de la ICD 10: hipercinesia, estereotipias, trastornos de la atención y del lenguaje (no tan importantes como en el Heller) y un déficit mental bastante acusado. La terminación del cuadro también es similar, la ICD lo dice "en adolescencia la hiperactividad se sustituye por hipoactividad" y Kramer y Pollnow dicen "no es raro que tras una larga temporada de agitación la enfermedad evolucione hacia un cuadro demencial tranquilo".

Ahora bien ¿se trata de un déficit mental o de una demencia? Creo que la duda se desvanece al estar incluido el cuadro en la ICD 10 entre los Trastornos profundos del desarrollo, de los que dice: "en muchos casos los cuadros se desarrollan desde los cinco primeros años".

Así pues, creo que el cuadro descrito con el nombre de "Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados" no es otra cosa que el descrito por Kramer y Pollnow en Alemania hace la friolera de 60 años.

No estaría mal que se reconociera así en la edición definitiva de la ICD 10.

Atentamente

Fdo. Francisco Mendiguchía

S. Arxé i Closa, Barcelona

Nos remiten con urgencia un paciente de 17 años 10 meses de edad, varón, por presentar una conducta extravagante y anormal desde hace aproximadamente dos semanas.

Viene acompañado por sus padres y por dos de sus hermanos mayores, con sus respectivas cónyuges.

CLÍNICA ACTUAL

Según dicen, presenta numerosas conductas extrañas, un aumento significativo de la agresividad, un discurso incoherente, temores y sensación de peligro sin justificación alguna y un desorden laboral, social y familiar que preocupa a todas las personas que le conocen.

Todo empezó de forma brusca y sin motivos aparentes. Aparece POR casa cuando tenía que estar trabajando, porque según dice, le habían dado vacaciones (lo cual no era cierto). Habla de cosas que nada tienen que ver con lo que se está comentando. Es muy mentiroso y llega a mostrarse violento cuando le contradicen.

HISTORIA Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Es el menor de cinco hermanos varones, de 29, 28, 26 y 25 años respectivamente. Todos ellos están casados y no viven con los padres. El padre trabaja como estibador en los muelles y la madre se dedica a sus labores.

La madre de 59 años, es prima segunda de su marido (consanguinidad), que tiene 55 años. Padre y madre, de 55 y 59 años respectivamente, son primos segundos (consanguinidad). Dos tíos maternos depresivos, uno de los cuales se suicidó hace cuatro años.

El nivel socio-cultural es medio-bajo.

ENTREVISTA PERSONAL

El adolescente comenta que ha venido al Centro porque sus familiares han insistido mucho, pero no considera que le ocurra nada. Piensa que son ellos los que no le comprenden, y que sin lugar a dudas, el problema lo tienen ellos.

Duerme igual que siempre. Dice comer menos pero

tiene la sensación de que come más. Cree que le vigilan y que quieren aprovecharse de él. Se siente mucho más activo que antes y habla bastante de cualquier cosa que le pase por la cabeza. Es relativamente coherente en un principio, pero al rato de estar hablando, aparecen delirios de referencia, de robo de pensamiento, etc.

No tiene alucinaciones auditivas. Cree haber crecido y ser más fuerte. Presenta parestesias, verborrea y un estado de excitación. No tiene conciencia de enfermedad.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Debido a la urgencia del cuadro sintomatológico que presentaba el paciente, no se realizó estudio psicológico en ese momento y se diagnosticó un Trastorno esquizofreniforme (295.40).

- En el trastorno esquizotípico de la personalidad, no aparecen incoherencia ni producción delirante.

- En el trastorno esquizoafectivo, aparece un síndrome depresivo mayor, que no presenta el paciente.

- Debido a su corta duración, y a la falta de signos continuos durante seis meses como mínimo, no es esquizofrenia.

- Se excluye también el trastorno delirante ya que la conducta es manifiestamente extraña.

- Por falta de alteraciones emocionales, significativas, tampoco parece una psicosis reactiva breve.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Fue inmediatamente ingresado en una clínica particular, de forma voluntaria, con la siguiente pauta psicofarmacológica: levomepromacina (100 mg/día), biperideno (1,5 mg/d) y butirofenona (30 mg/día).

Una vez instaurado el tratamiento, el cuadro empezó a ceder parcialmente, con una evolución favorable.

Cuando se normalizó lo suficiente, se le realizó un estudio psicológico complementario.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

- Test D-70: obtiene un centil 5, estando muy por debajo de la media de la población de su misma edad y condición.

- 64
- Test MMPI: tendencia a la depresión, preocupación, falta de confianza, pasividad, conformismo, hipersensibilidad, rigidez, sentimientos de limitación, desconfianza, personalidad más bien esquizoide, desadaptación, agresividad ante las frustraciones y superficial con los demás.
 - Test ROTTER: sentimientos de culpa, incapacidad en conseguir objetivos, defensas de negación, inseguridad, dependencia, déficit de maduración personal, conductas regresivas y ansiedad e impulsividad anticipatorias.
 - TAT: frialdad afectiva, tendencia a deprimirse, sumisión ante figuras relevantes y autoritarias, fatigabilidad, evita enfrentarse a las situaciones conflicto y sensación de ser agredido y rechazado por los demás.

- CEP: inestabilidad emocional, agresividad, concepción pesimista de las intenciones ajenas y elevado nivel de aspiraciones.

- Test HTP: tendencia al retraimiento, inseguridad, impulsividad, fantasía exacerbada, inmadurez, dificultades de contacto con la realidad, agresividad, oposicionismo y sentimientos pasivo-defensivos.

Se recomienda a los familiares que después del alta clínica, siga un proceso psicoterapéutico y un control farmacológico adecuado, valorando la evolución del trastorno que presenta. Posteriormente siguió tratamiento en un Centro de Asistencia Primaria, al que fue remitido a petición de los padres.

TRATAMIENTO DE LA ENURESIS CON DESMOPRESINA

Cincuenta y cinco niños sanos (entre cinco y 16 años, 34 varones y 21 hembras) con enuresis nocturna y remitidos a una clínica de enuresis (en consultas externas de un hospital pediátrico) fueron incluidos en un estudio controlado para comparar la eficacia del tratamiento con desmopresina intranasal durante un mes y durante tres meses.

La desmopresina, sustancia antidiurética, en los primeros trabajos fue utilizada a dosis de 10-20 µg. En este estudio se utilizó el spray nasal de desmopresina, media hora antes de ir a dormir, a una dosis inicial de 20 µg, dosis incrementada a 40 µg si se orinaba alguna de las tres primeras noches.

Los resultados no mostraron diferencia significativa entre los dos grupos. El 36% mejoró (por lo menos dos noches secas/semana) durante el tratamiento, pero sólo cinco niños (18%) en el grupo de un mes y tres (11%) en el de tres meses, estuvieron totalmente secos y sólo uno en cada grupo permaneció seco después del tratamiento.

Para determinar si la poliuria nocturna estaba asociada con la respuesta terapéutica a la desmopresina se midió: el volumen nocturno urinario, la osmolaridad y la concentración de vasopresina, en los enuréticos con respuesta a la desmopresina, en los sin respuesta y en niños control enuréticos. No existiendo diferencias significativas entre los tres grupos.

Concluyendo así: el tratamiento con desmopresina tres meses no es más eficaz que uno de un mes. Aunque muchos niños puedan mejorar durante el tratamiento, sólo un pequeño número no se moja y la mayoría recae al finalizar el tratamiento.

Evans JHC, Meadow SR. Desmopressin for bed wetting, length of treatment, vasopresin secretion, and response. *Archives of Disease in Childhood* 1992;67:184-188.

PIMOZIDA EN NIÑOS AUTISTAS

La pimozida es un neuroléptico del tipo difenilbutilpiperidina, estructuralmente similar a los butirofenonas (haloperidol); puede ser una alternativa al haloperidol.

Este estudio abierto piloto explora la eficacia y seguridad de la pimozida, en un período de tres semanas, en niños autistas hospitalizados. Completaron el estudio ocho varones, entre 4,2 y 8,3 años (media: 5,7) cumpliendo los criterios DSM-III-R para el trastorno autístico. Su función intelectual iba de retraso mental moderado a profundo. La sintomatología incluía: severo retraimiento, estereotipias, hiperactividad y/o hipoactividad, agresividad.

La dosis terapéutica diaria, administrada en una sola toma diaria (8 am), fue de 3 mg a 6 mg con una media de 4,9 mg (0,12-0,32 mg/kg media 0,22).

Las pruebas complementarias, incluyendo ECG y pruebas de funcionalismo hepático permanecieron dentro de los límites normales.

Los efectos adversos fueron mínimos y transitorios.

La mejoría de los síntomas conductuales fue evidenciada en todas las medidas (incluyendo CPRS, CGI, GCJS).

De los cinco niños hipoactivos, cuatro mostraron un descenso en la hipoactividad, considerando uno que empeoró.

Hallazgos que, concluyen los autores, son prometedores y aconsejan la necesidad de otros estudios.

Ernst M, Magee HJ, González NM, Locascio JJ, Rosenberg CR, Campbell M. Pimozide in Autistic Children. *Psychopharmacology Bulletin* 1992;28:187-191.

X. Gastamiza

TRASTORNO DE PÁNICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN

D. Moreau y M.M. Werssman

Am J Psychiatry 1992;199:10 Octubre

Las autoras hacen una puesta al día de la controversia sobre la existencia del Trastorno de pánico y las Crisis de pánico en edades inferiores a 18 años. Utilizan para ello la revisión crítica de 68 artículos concernientes a TP en niños y adolescentes.

A partir de los estudios epidemiológicos sobre el TP ponen en evidencia tanto la presentación del trastorno en la adolescencia y la infancia, según los estudios retrospectivos, así como la mayor gravedad del mismo cuanto más temprana es su edad de comienzo. Las crisis de pánico con inicio anterior a los 17 años se asocian con un mayor riesgo de abuso de alcohol, pensamientos e intentos suicidas, y uso de los Servicios de Urgencias.

Hay que esperar hasta 1987 para recoger las primeras referencias publicadas sobre casos de niños con Trastornos de ansiedad cuya sintomatología expresiva resulta muy similar a las crisis de pánico, incluida taquicardia, disnea, debilidad generalizada, hormigueo abdominal y sudoración. Sus autores sugieren que algunos niños con trastorno por ansiedad de separación podrían desarrollar crisis de pánico y agorafobia en edades posteriores.

El estudio va profundizando las principales situaciones que han puesto en evidencia la aparición de TP en la infancia:

- 1) Informaciones retrospectivas sobre la edad de comienzo del TP en adultos que lo padecen.
- 2) Publicaciones de casos de niños y adolescentes con TP.
- 3) Detección de TP en pacientes infantiles y adolescentes remitidos para tratamiento por diversas causas y valorados por cuestionarios y entrevistas estructuradas.
- 4) Estudios epidemiológicos, generales y de población escolar, en los que se detectaba el TP a esas edades.
- 5) Estudios de niños y adolescentes con alto riesgo de padecer trastornos psiquiátricos.
- 6) Relaciones de casos de niños atendidos en Servicios de Pediatría por sintomatología pseudopanicosa.

En los estudios revisados sobre estos temas, más de 25, se pone de manifiesto que el TP aparece como tal, cumpliendo los niños y adolescentes los criterios RDC, DSM III y DSM III-R para el mismo. Los sujetos estudiados tienen una edad comprendida entre 7 y 18 años, mientras que la edad detectada para el comienzo de las crisis de pánico oscila entre el primer año de vida, y los 15 años. La edades más frecuentes de inicio parten de los cuatro años y llegan a los 15; con casos de comienzo más tardío dentro de la adolescencia.

Parece que los niños y adolescentes experimentan los mismos síntomas que los que los adultos y, también como ellos, asignan a estos síntomas físicos un significado temeroso o catastrófico. Incluso la atención en Servicios de Pediatría pone de manifiesto que estos niños y/o sus padres, como

ocurre con los adultos con TP, buscan atención médica más que psiquiátrica.

La diferencia sintomatológica entre la Ansiedad de Separación en la Infancia, AS, y el TP parece radicar en dos aspectos:

1) La AS manifiesta quejas somáticas mientras que el TP se caracteriza por síntomas psicológicos sugerentes de una hiperactividad del SN Autónomo.

2) Los síntomas del TP no parecen estar asociados a, ser desencadenados por, la separación de figuras significativas como ocurre en las AS.

Los datos relativos a probables fundamentos biológicos en los niños con TP son muy escasos a la vista de la revisión, y no permiten establecer conclusiones fundamentadas.

Respecto a los tratamientos, la carencia de estudios controlados es la característica común. Las técnicas cognitivo-conductistas son de uso común en la práctica clínica para el tratamiento de los trastornos por ansiedad, y están recogidas en revisiones al respecto. Los tratamientos farmacológicos no parecen contar con bases científicas que apoyen su uso en niños con trastornos de ansiedad, con la posible excepción de los tricíclicos en algunas formas. En ausencia de ensayos clínicos con niños y adolescentes, se vienen copiando las medicaciones de los adultos con TP.

Partiendo de la conclusión que sugieren los datos de los artículos revisados, el TP existe en la adolescencia y, con menor frecuencia, en la edad prepuberal, las autores recomiendan diversas líneas de estudio:

- 1) Seguimientos que permitan conocer la evolución de los síntomas y la historia natural del TP con inicio más temprano.
- 2) Investigaciones genéticas encaminadas a confirmar o descartar la agregación familiar que parece existir.
- 3) Controles de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos para buscar semejanzas y diferencias con los T.P. de la edad adulta.
- 4) Análisis biológicos focalizados en la prevalencia del prolapso mitral y los perfiles de excreción circadiana de catecolaminas.

El reclutamiento de casos debería extenderse a los Servicios de urgencia y las consultas de Pediatría por ser en ellos donde pueden detectarse antes y en mayor cantidad.

P. Rodríguez Ramos

ANEXO

Categorías diagnósticas de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades relacionadas con el Trastorno de Pánico en la Infancia y la Adolescencia.

- | | |
|--------|-------------------------------------|
| F 40.0 | Agorafobia. |
| F 41.0 | Trastorno de pánico. |
| F 41.1 | Trastorno de ansiedad generalizada. |
| F 43.2 | Trastorno de adaptación. |

- F 93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la Infancia.
- R 94.0 Resultados anormales en estudios funcionales del SNC.
- Z 61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.
- Z 6 Otros problemas relacionados con la crianza del niño.
- Z 81.8 Antecedentes familiares de trastornos mentales (TP).

CASOS CLÍNICOS. PSIQUIATRÍA

**Masson Salvat. Medicina. Julio Vallejo Ruiloba.
Reimpresión 1992**

Este libro dedicado a Casos Clínicos en Psiquiatría funciona describiendo unos casos, luego sugiriendo unas preguntas y, finalmente, argumentado las respuestas correctas. Los diagnósticos se ciñen a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Los diagnósticos y comentarios abarcan una amplia gama de situaciones clínicas: desde las más "orgánicas" hasta las más "psicológicas" aportando una óptica generosa y hábil, y a la vez de enorme interés en el diagnóstico diferencial en psiquiatría. Asimismo, el Dr. Vallejo, aporta unas sugerencias terapéuticas, pronósticas y evolutivas. El libro mantiene cierta relación con otro libro también comentado en esta sección: DSM-III-R. Casos clínicos y con el libro "Árboles de decisión en Psiquiatría" del mismo autor.

Josep M^a Illa

PSYCHOPATHOLOGIE DU BÉBÉ

S. Lebovici y F. Weil-Halpern

PUF Paris, 1990

Encuadernado en tela, 882 páginas. Formato manual de consulta

La Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia ha ido adquiriendo de forma solvente una identidad propia, ha

elaborado metodologías y procedimientos específicos de investigación y evaluación. De ello da buena cuenta la gran producción de libros de texto, de publicaciones, de manuales, etc. que desde diversas tendencias, escuelas, perspectivas y temas se están publicando en todos los países de gran éxito editorial.

El progreso de nuevas vías de desarrollo y la profundización clínica y psicopatológica de las existentes, han posibilitado la emergencia de nuevos campos de interés. Primero fue la Psiquiatría y Psicopatología del desarrollo y en los últimos años se ha delimitado el campo: psicopatología del bebé.

Las importantes contribuciones de diversas escuelas han concluido de forma contundente y convergente: el bebé no es un mero objeto receptivo de estímulos, muy al contrario, el bebé es un ser activo que interactúa con el medio. A esta actividad se le denomina «Competencias del bebé» desde que Brazelton lo describiera así.

La escuela francesa, junto con la norteamericana e inglesa, han sido los pioneros en la profundización de este campo. El texto que nos ocupa tiene la virtud de reunir a los más prestigiosos especialistas en la materia: Badinter, Manciaux, Rumeau-Rouquette, Stoleru, montagner, Koupernik, Bowlby, Brazelton, Stern, David, Noël, Soulé, Kreisler, Sauvage, Barthélemy, Hameury, Guedeney, Salbreux, Mignot, Mazet, Nathan, Cramer,... Son sólo una muestra de la interdisciplinariedad, de la variedad de orígenes teóricos y prácticos de los autores. A pesar de la diversidad existe un hilo conductor: reconocer el nacimiento del sujeto, su competencia y realizar preguntas, no dar nada por contestado, aportar sugerencias de investigaciones, abrir caminos y comprender otros emprendidos hace años. Esta unidad, este hilo conductor se consigue por el esfuerzo realizado y el prestigio reconocido de los directores de la obra: Lebovici y Weil-Halpern.

Aunque algunos puedan discutir el contenido de este libro, ante todo hay que leerlo y consultarlo. Posteriormente hay que contrastarlo con una práctica comprometida. Sólo después de estos pasos se comprendería el debate sereno y riguroso. Para los profesionales que nos dedicamos al mundo de la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia es un texto básico, de cabecera a partir del momento actual.

J.L. Pedreira Massa

**XVII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA**

Información e inscripciones: Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Cátedra de Psicología Médica. Avda. del Campo Charro, s/n 37005 Salamanca. Tel.: (923) 294538. Fax: (923) 294538
Salamanca, 16/19 de junio de 1993.

**CURSO DE INTRODUCCIÓN A LA
EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL**

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel.: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 28-6/2-7 de 1993.

**SEMINARIO INTERNACIONAL EASP/OMS:
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ANTE EL
ABUSO DE LAS DROGAS**

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel.: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 5/9 de julio de 1993.

**CURSO SOBRE LA INVESTIGACIÓN
EPIDEMIOLÓGICA EN LA PSICOSIS**

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel.: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 20/24 de septiembre de 1993.

**CURSO DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel.: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 2/26 de noviembre de 1993.

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

"Adolescencia":
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos de la conducta social
- Trastornos por ansiedad y del humor
- Esquizofrenia
- Intentos de suicidio
Mesas redondas y grupos de debate
Madrid junio de 1994.

***Solicitud de inscripción en la
Asociación Española de
Psiquiatría Infanto-Juvenil***

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ POBLACIÓN _____

D.P. _____ PROVINCIA _____

Solicito la inscripción en la *Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*.

Si desea información, escriba a la dirección abajo mencionada o bien llame al teléfono: 926 22 72 60

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco o caja Oficina Control Nº cuenta (10 dígitos)

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil**.

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:

Dr. Luis Sordo Sordo
Avenida del Torreón, 7 5º D
13004 Ciudad Real

_____ de _____ de 199__

Seroxat

paroxetina

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Seroxat 20 mg. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene como principio activo: Paroxetina (en forma de clorhidrato) 20 mg. **FORMA FARMACEUTICA:** Seroxat se presenta en comprimidos recubiertos biconvexos. **DATOS CLINICOS:** *Indicaciones terapéuticas:* Tratamiento de la depresión. El tratamiento prolongado con paroxetina mantiene su eficacia durante periodos de hasta 1 año. *Posología y forma de administración:* **Adultos:** La dosis recomendada es de 20 mg/día. En algunos pacientes, en función de la respuesta clínica, puede ser necesario aumentar la dosis. Se debe realizar gradualmente con incrementos de 10 mg (generalmente cada semana) hasta un máximo de 50 mg. Se recomienda administrar la paroxetina una vez al día, por la mañana (a primera hora), con algo de alimento. El comprimido se debe deglutir y no masticar. Como con todos los fármacos y antidepresivos, la dosificación se debe revisar, y ajustar si es necesario, a las 2-3 semanas de iniciado el tratamiento, si se considera clínicamente apropiado. Se recomienda continuar el tratamiento antidepresivo durante un periodo suficiente, que habitualmente es de varios meses. Al igual que con cualquier psicofármaco es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de síntomas tales como irritabilidad, alteraciones del sueño y vértigo. La administración matutina de paroxetina no altera ni la calidad ni la duración del sueño. Más aún, los pacientes suelen experimentar una mejora del sueño, a medida que responden al tratamiento con paroxetina. **Anclanos:** La dosis recomendada es de 20 mg/día. Esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta 40 mg/día en función de la respuesta del paciente. **Niños:** Ver "Contraindicaciones". **Pacientes con insuficiencia renal o hepática:** En los pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) o hepática grave, la dosis se debe reducir al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a paroxetina. No se recomienda el empleo de paroxetina en niños, ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia del fármaco en este grupo de población. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** *Enfermedad cardíaca:* paroxetina no produce cambios clínicamente significativos de la presión arterial, frecuencia cardíaca ni ECG. No obstante, es necesario tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. *Epilepsia:* como ocurre con otros antidepresivos, paroxetina debe emplearse con precaución en los pacientes epilépticos. *Convulsiones:* la experiencia indica que la incidencia de convulsiones es menor del 0,1% en los pacientes tratados con paroxetina. El tratamiento debe interrumpirse en todo paciente que desarrolle crisis convulsivas. *Terapia electroconvulsiva (TEC):* existe muy poca experiencia clínica sobre la administración concomitante de paroxetina con TEC. **Precauciones especiales:** Como ocurre con la mayoría de los antidepresivos, no se debe utilizar paroxetina en combinación con los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO). Al igual que todos los antidepresivos, paroxetina se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía. Paroxetina debe administrarse con precaución en los pacientes tratados con anticoagulantes orales. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** La absorción y la farmacocinética de paroxetina no se modifican con alimentos ni antiácidos. La inducción e inhibición de los sistemas enzimáticos hepáticos, pueden afectar el metabolismo y la farmacocinética de paroxetina. Al igual que otros inhibidores de la recaptación de 5HT, los estudios en animales indican que puede producirse una interacción entre paroxetina y triptófano, dando como resultado el "Síndrome de serotonina" que se traduce en una combinación de agitación, insomnio y síntomas gastrointestinales que incluyen diarrea. Aunque paroxetina no aumenta el deterioro que provoca el alcohol sobre las funciones mental y motora, no se recomienda administrar simultáneamente paroxetina y alcohol en los pacientes deprimidos. La experiencia en un grupo de individuos sanos demuestra que paroxetina no aumenta el efecto sedante ni la confusión asociada al haloperidol, amlobarbital y oxazepam, cuando se administra junto con estos fármacos. La administración concomitante de paroxetina y antiépilépticos puede estar asociada a un mayor número de efectos secundarios. Embarazo y lactancia. No se ha establecido la seguridad de paroxetina en mujeres embarazadas, por lo que no debe utilizarse durante el embarazo o la lactancia, a menos que el posible beneficio supere el riesgo potencial. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La experiencia clínica demuestra que el tratamiento con paroxetina no produce alteración de la función cognitiva ni psicomotora. Sin embargo, como ocurre con todos los psicofármacos, hay que advertir al paciente sobre la posibilidad de que se produzcan alteraciones en la capacidad para conducir vehículos y para manipular máquinas automáticas. **Efectos indeseables:** Los efectos indeseables de la paroxetina son en general de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Estos efectos secundarios suelen disminuir en intensidad y frecuencia al continuar el tratamiento y en general no obligan a suspender la medicación. Los efectos secundarios más comunes asociados con el uso de paroxetina, que no se observaron con la misma incidencia en pacientes tratados con placebo, fueron: náuseas, somnolencia, sudoración, temblor, astenia, sequedad de boca, insomnio y dislinción sexual. Paroxetina no se asocia con taquicardia ni hipotensión postural. La experiencia clínica actual muestra una menor incidencia de sequedad de boca, estreñimiento o somnolencia con paroxetina que con antidepresivos tricíclicos. **Sobredosificación:** Los síntomas de sobredosificación con paroxetina incluyen: náuseas, vómitos, temblor, midriasis, sequedad de boca e irritabilidad. No se ha descrito ningún caso de anomalías del ECG, coma o convulsiones tras la sobredosis con paroxetina. Se han comunicado casos de sobredosis con paroxetina sola (hasta 850 mg), y en combinación con otros agentes. Cuando se utilizó paroxetina sola, no se produjo ninguna muerte y la recuperación se llevó a cabo sin inconvenientes. El tratamiento comprende las medidas generales habituales utilizadas frente a la sobredosis por cualquier antidepresivo. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** *Propiedades farmacodinámicas:* Paroxetina pertenece al grupo farmacoterapéutico: antidepresivos (N06A). **Mecanismo de acción:** Paroxetina es un inhibidor potente y selectivo de la recaptación de 5-hidroxitriptamina (5-HT, serotonina). No es probable que los metabolitos de paroxetina contribuyan a la acción terapéutica dada la práctica ausencia de actividad farmacológica de los mismos. *Efectos farmacodinámicos:* Paroxetina no produce alteración de la función psicomotora ni potencia el efecto depresor del etanol. Los estudios en animales indican que paroxetina es bien tolerada a nivel del sistema cardiovascular. Paroxetina no produce en individuos sanos cambios clínicamente significativos de la presión arterial, frecuencia cardíaca o ECG. **Propiedades farmacocinéticas:** Paroxetina se absorbe bien tras su administración oral y sufre metabolismo de primer paso. La vida media de eliminación es variable, pero generalmente oscila alrededor de 24 horas. Los niveles sistémicos estables se obtienen al cabo de 7-14 días del inicio del tratamiento y la farmacocinética no se modifica durante tratamientos prolongados. A concentraciones terapéuticas, aproximadamente el 95% de la paroxetina presente en el plasma se une a las proteínas plasmáticas. No hay correlación entre las concentraciones plasmáticas de paroxetina y su eficacia y tolerancia. **Datos preclínicos de seguridad:** Tras la administración oral en rata y ratón, la DL50 aguda de paroxetina es muy elevada (aprox. 350 mg/kg) en relación con la dosis clínica. No se observó ningún efecto cancerígeno en la rata y el ratón; ni tampoco se apreciaron efectos genotóxicos en una serie de pruebas de mutagenicidad *in vitro* e *in vivo*. Los estudios de teratogenicidad realizados con conejos y ratas con dosis respectivas entre 6-15 y 52-130 veces superiores al rango terapéutico recomendado en clínica, no mostraron signos de teratogenicidad o toxicidad selectiva sobre el embrión. **DATOS FARMACEUTICOS:** **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Periodo de validez:** Tres años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales. **Presentaciones y P.V.P. (IVA):** Envase tipo blíster. Cada envase contiene: Seroxat 20 mg 14 comprimidos: 3.256 ptas. Seroxat 20 mg 28 comprimidos: 6.203 ptas. **CONSULTE LA FECHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.** * Seroxat es marca registrada. **Linea S.N.C.**



Beecham



Linea S.N.C.

nuevo, potente
y selectivo



paroxetina
Seroxat

eficacia antidepressiva
y buena tolerancia...

...como debe **Ser**



Linea S.N.C.



Beecham

SALIENDO DE LA DEPRESION



Fluvoxamina
DUMIROX[®]
El antidepresivo de primera línea

Upjohn duphar

Composición: Maleato de fluvoxamina, 50 mg ó 100 mg. **Indicaciones:** Tratamiento de los síntomas de la enfermedad depresiva. **Posología:** Dosis media eficaz: 100-200 mg/día. Dosis máxima: 300 mg/día. En ancianos puede utilizarse la misma posología. La mejoría producida por Dumirox, puede tardar dos semanas o más en aparecer. **Interacciones:** Si el paciente ha tomado IMAO, deberá esperar 15 días antes de iniciar el tratamiento con Dumirox. Dumirox puede prolongar la eliminación de fármacos que se metabolizan por oxidación en el hígado, especialmente los de margen terapéutico estrecho (fenitoína, teofilina). Se deberán disminuir las dosis de propranolol y warfarina cuando se administran junto con Dumirox. Puede administrarse con benzodiacepinas. La utilización conjunta con litio deberá hacerse con precaución. **Contraindicaciones:** No se conocen. **Advertencia:** A dosis altas, se tendrá precaución en tareas que exijan concentración, deberá evitarse el alcohol. **Precauciones:** Los pacientes con insuficiencia hepática o renal deberán iniciar el tratamiento con una dosis baja. Ocasionalmente el tratamiento con Dumirox se ha visto asociado a una elevación de las enzimas hepáticas que se normaliza al interrumpir el tratamiento. Su uso deberá evitarse cuando sea posible en pacientes con historial epiléptico. Puede producir ligera disminución de la frecuencia cardíaca. También se han observado en el ECG cambios en la repolarización aunque no se ha demostrado una relación causal con el fármaco. Se ha descrito muy raramente hipotensión. No se recomienda durante el embarazo y lactancia. Aunque existe experiencia no se recomienda por el momento en niños. **Efectos secundarios:** Normalmente es bien tolerado. Puede producir efectos de tipo gastrointestinal que suelen desaparecer en el curso del tratamiento. Otros efectos descritos son vértigo, somnolencia, agitación, dolor de cabeza, temblor, ansiedad e incidentes ligados a la naturaleza misma de la enfermedad tratada. Algunos pacientes han presentado convulsiones: si ello ocurriera debe interrumpirse el tratamiento. **Intoxicación y tratamiento:** En el caso de ingesta masiva accidental se procederá a lavado gástrico y tratamiento sintomático. Se recomienda el tratamiento con carbón activado. **Presentación:** En blíster: Envases conteniendo 30 comprimidos entéricos de 50 mg. cada uno (Dumirox 50 mg). P.V.P. IVA3:- 1.523,- ó 20 comprimidos entéricos de 100 mg. cada uno (Dumirox 100 mg). P.V.P. IVA3- 1.969,-.