



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

- <sup>4</sup> Mombour W, Spitzer S, Reger KH et al. Summary of the qualitative criticisms made during the ICD-10 field trial and remarks on the German translation of ICD-10. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 197-201.
- <sup>5</sup> Dilling H, Freyberger HJ y Malchow CP. Desing of the ICD-10 field trial in German-speaking countries. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 142-145.
- <sup>6</sup> Winkler G, Dittman V, John U et al. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (section F1): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 151-154.
- <sup>7</sup> Dittmann V, Dilling H. Chapter V (F) of ICD-10: mental, behavioral and developmental disorders -introduction and overview. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 137-141.
- <sup>8</sup> Blanz B, Amorosa H y Schmidt MH. Psychiatric disorders in children and adolescents: results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 173-176.
- <sup>9</sup> Cooper JE. An overview of the prospective ICD-10 classification of mental disorders. *Brit J Psychiatry* 1989; 4 (supl): 21-23.
- <sup>10</sup> Ramsay R. Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? *J Psychosom Res* 1990; 34 (4): 355-365.
- <sup>11</sup> Caetano R. The factor structure of the DSM-III-R and ICD-10 concepts of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* 1990; 25 (2-3): 303-318.
- <sup>12</sup> Freyberger HJ, Stieglitz RD y Berner P. Neurotic, stress-related and somatoform disorders (section F4) and physiological dysfunction associated with mental or behavioural factors (section F5): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 165-169.
- <sup>13</sup> Albus M, Strauss A y Stieglitz RD. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (section F2): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 155-159.
- <sup>14</sup> Gutzmann H, Kruger H y Neumann EM. Organic, including symptomatic, mental disorders (section F0): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990 (jun. 23, supl): 146-150.

## Epidemiología y Paidopsiquiatría

La aplicación del método epidemiológico al ámbito clínico específico de la psiquiatría infantil, constituye un hecho relativamente reciente que, sin embargo, está recuperando muy rápidamente en la actualidad el tiempo perdido. El encuentro entre las modernas técnicas epidemiológicas y la psiquiatría exige que se de un entendimiento muy estrecho entre el metodólogo y el clínico. Y ese entendimiento no siempre resulta fácil, porque el lenguaje empleado por dichos profesionales no es el mismo. A pesar de ello, tal entendimiento es hoy no sólo necesario, sino imprescindible.

Las estrategias que inicialmente aplicó la epidemiología al estudio de la patología infecciosa de poco sirven en el campo de la psiquiatría, en el que muy excepcionalmente puede establecerse una relación causal y directa entre el agente y la enfermedad. La patología psiquiátrica suele ser multicausal. Sus límites, qué duda cabe, son mucho menos precisos que los de las enfermedades infecciosas, por lo que el diagnóstico suele ser aquí más difícil. Precisamente por eso, en la delimitación clara y precisa de lo que se considera un caso en la investigación epidemiológica psiquiátrica -es decir, en la definición de "caso" de esa enfermedad- es donde radica la

bondad y el rigor de las investigaciones que se realizan.

Las investigaciones epidemiológicas paidopsiquiátricas han utilizado con frecuencia un modelo tripartito. Consiste éste en contemplar los tres tipos de factores siguientes: el agente, el huésped y el entorno.

Pero sucede que hay muy pocos agentes que sean bien definidos y conocidos en psiquiatría. Un "agente" aquí puede consistir en el fallo, genéticamente determinado, del equilibrio entre varios neurotransmisores cuyas acciones son esenciales para el buen funcionamiento mental. En otras circunstancias el "agente" radica simplemente en un acontecimiento vital precipitante.

Un factor como el "huésped" -en esta metáfora de la epidemiología infecciosa- puede estar representado en psiquiatría por aquellas características del sujeto que incrementan su susceptibilidad a padecer una determinada enfermedad, y que son tan variadas como la edad, el sexo, la etnicidad, la historia inmunológica, las características de personalidad, el estilo cognitivo, los déficits atencionales, etc. Establecer en psiquiatría una precisa delimitación entre "agente" y "huésped" resulta en la práctica casi imposible.

El tercer elemento en este modelo tripartito, es el "ambiente" que, en este ámbito, puede ser físico, biológico, económico, psicológico o sociocultural. El "ambiente" media, delimita y ejerce su influencia tanto sobre el "agente" como sobre el "huésped".

***El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría infantil, fue realizado por Lapouse y Monk, en 1958.***

Según este modelo el epidemiólogo debe reunir e integrar la información procedente de todas estas fuentes, estudiar su interacción y tratar de relacionarlas con la aparición de una determinada patología de manera que pueda apresar algunos hallazgos que sirvan para su explicación. La estrategia por tanto consiste en estudiar, por ejemplo, los factores de riesgo de una enfermedad, establecer la prevalencia de esa enfermedad en el ámbito de una determinada población y considerar luego las variaciones de esa prevalencia en función de los factores de riesgo bien definidos que al principio se establecieron. En psiquiatría esta labor es complicada porque los factores de riesgo para una concreta enfermedad no son fáciles de aislar, identificar y apresar, por lo que debe considerarse también el riesgo relativo de enfermedad en personas expuestas a otros muy diversos factores de riesgo. Esta tarea resulta todavía más difícil cuando se consideran aquellos factores -que también los hay-, que son protectores frente al riesgo.

El paso siguiente que hay que dar consiste en la elaboración de unos perfiles de riesgo, cuyo estudio permita elaborar hipótesis etiológicas que más tarde deberán ser probadas en los pertinentes ensayos clínicos o a través de otros procedimientos cuasi experimentales.

No debe olvidarse que la epidemiología, como todo método, no es más que un camino para esclarecer una parcela de la verdad. Y esta es la vía que hoy se nos ofrece para conocer un poco más y mejor cuales son las causas de la patología mental infantil, de las que tanto ignoramos todavía.

### ***Los primeros trabajos***

El primer estudio sistemático de epidemiología en el ámbito de la psiquiatría infantil fue el realizado por Lapouse y Monk,<sup>1</sup> en Buffalo, en 1958.

Los resultados más relevantes comunicados por estos pioneros fueron los siguientes:

1) El hallazgo de una alta prevalencia de trastornos emocionales y comportamentales en niños, cuyas edades oscilaban entre seis y doce años. Actualmente conocemos a través de rigurosos estudios serios efectuados en países muy alejados unos de otros, que la media de estos trastornos se halla alrededor del 20%. Pero a mediados de siglo, cuando la paidopsiquiatría estaba todavía dominada por el modelo psicoanalítico ortodoxo, el periodo de edad de 6-12 años correspondía a la "etapa de latencia", en la que se presumía que el niño no debía padecer grandes trastornos afectivos.

2) La tendencia de estos niños afectados, era a empeorar cuando crecían, si no se intervenía de forma eficaz sobre el trastorno que sufrían.

3) La observación de que lo que decían los niños y lo que contaban los mayores tenía muy poco en común. Esta discrepancia en la información (cuando se interroga de una parte a los niños y de otra a los padres o a los maestros) es muy frecuente en paidopsiquiatría y debe tenerse muy en cuenta en los estudios epidemiológicos. En algunos trastornos psicopatológicos como por ejemplo la depresión infantil, la evaluación del niño resulta por eso imprescindible.

***En el estudio de Canadá, se comprueba un 18'1% de niños afectados de trastornos psiquiátricos.***

El estudio epidemiológico de psiquiatría infantil más relevante fue el realizado por Rutter en la isla de Wight. En este caso, fue la primera vez que se realizaron diagnósticos clínicos en un trabajo epidemiológico psiquiátrico mediante el uso de la entrevista. La investigación duró varios años. Aunque comenzó en la década de los sesenta la publicación extensa de las conclusiones no aparecerá hasta 1970. Veinticinco años después, Rutter ha hecho una revisión de este trabajo que ha publicado hace poco (1989)<sup>2</sup>.

En 1976 se reunió en Londres el primer Simposio de Epidemiología Paidopsiquiátrica en el que se presentaron temas de epidemiología básica y algunos estudios de campo transversales. Richman presentó un test de "screening" para detectar problemas en preescolares y Kastrupp expuso las conclusiones de un interesante trabajo realizado con muestras de población urbana y rural. Las actas fueron publicadas por Graham al año siguiente<sup>3</sup>. Otro hito en la historia de la epidemiología paidopsiquiátrica es la celebración del Segundo Simposio sobre esta disciplina que tuvo lugar en Mannheim en 1981<sup>4</sup>. Los resultados fueron

publicados por Schmidt y Remschmidt. Allí se comunicaron por primera vez los resultados relativos a los estudios longitudinales que se habían proyectado durante el Primer Simposium. En los Estados Unidos, Kashani y Simmonds estaban trabajando durante esta etapa en un tema entonces desconocido en Europa, como era la epidemiología de la depresión infantil. Su primera publicación importante sobre este particular es de 1979<sup>6</sup>.

De entonces a esta parte se han publicado bastantes trabajos con resultados a menudo muy discordantes, unos realizados en poblaciones psiquiátricas, otros en poblaciones pediátricas y en niños escolarizados y también en la población general. Pero son todavía muy escasos los trabajos realizados con un diseño previo riguroso, una buena definición de "caso", unos instrumentos de evaluación adecuados y adaptados a la población que se quiere estudiar y con los pertinentes criterios operativos de diagnóstico.

### Estado actual de la cuestión

Las principales dificultades que nos han impedido progresar en epidemiología psiquiátrica y obtener unos resultados fidedignos de prevalencia e incidencia de la patología mental, han sido señalados por Jablensky en una revisión realizada en 1986<sup>7</sup>. Según este autor tres han sido los impedimentos principales: el primero está representado por la falta de un lenguaje común para la definición de caso, los criterios diagnósticos y la clasificación de las enfermedades mentales. El segundo por la escasez de instrumentos adecuados que estén además estandarizados para la recogida de la información. Y el tercero, la inexistencia de unas técnicas para el análisis de los datos, de manera que fueran comunes a todas las investigaciones y la ausencia de uniformidad en la presentación de los resultados. Las dificultades son mucho mayores, a este respecto, en el campo infantil, como hemos señalado en otras ocasiones (Doménech y Polaino, 1990)<sup>8</sup>.

Las entidades clínicas infantiles que se describen en el DSM-III-R<sup>9</sup> son menores en número, más ambiguas y peor recortadas que las del adulto. A ello debemos añadir las diferencias de expresividad de los síntomas infantiles, en función de cual sea la edad del niño. De otra parte, por debajo de los seis años hay una enorme escasez de instrumentos de detección, lo que impide poder llevar a cabo estos estudios epidemiológicos. Otra dificultad proviene de la gran versatilidad de las conductas infantiles. Una conducta patológica puede manifestarse en el aula y no aparecer en casa

o al revés, por lo que para detectarla es preciso obtener información a partir de los dos ambientes. Por otra parte, las patologías que afectan a los niños no son fácilmente reconocidas por las personas mayores, lo que hace necesario examinar directamente a los pequeños, sin por ello prescindir de los datos que puedan aportar los adultos que les rodean. En una palabra, la información debe obtenerse de fuentes diversas, lo que nos obliga a barajar numerosos datos constituyendo una dificultad sobreañadida.

Revisando los estudios disponibles de epidemiología paidopsiquiátrica podemos observar que los dos instrumentos más utilizados son el cuestionario de "screening" CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983)<sup>10</sup>, y en el ámbito de las entrevistas clínicas, la DISC (Costello, 1983)<sup>11</sup>, que es una entrevista estructurada que recoge la información del último año de la vida del niño. Tanto la CBCL como la DISC cubren un amplio abanico de síntomas. También últimamente se está extendiendo el uso de la CGAS (Shaffer et al, 1983)<sup>12</sup>. En cuanto a los criterios operativos para el diagnóstico los más utilizados en este momento son los del DSM-III, aunque están siendo substituidos con cierta rapidez por los del DSM-III-R.

### Estudios recientes de epidemiología paidopsiquiátrica

Para terminar daremos una breve panorámica de los más importantes estudios que recientemente se han realizado en el campo de la epidemiología paidopsiquiátrica. (Ver Tabla I).

Tabla I. Recientes estudios globales de epidemiología paidopsiquiátrica						
Autores	Lugar	N muestra	Edad	Instrumentos	Tipo de estudio	Resultados
OFFORD et al. (1987)	Canadá (Ontario)	2679	4-16	CBCL	Prevalencia	18'1%
VERHULST et al. (1986)	Holanda	2600	4-16	CBCL	Longitudinal	
ANDERSON et al. (1987)	Nueva Zelanda (Dunedin)	782	Inicio seguimiento a los 3 años	DISC-C	Longitudinal - Diseño de doble fase	17'6%
BIRD et al. (1987)	Puerto Rico	777	4-16	CBCL DISC y DISC-P CGAS	Diseño de doble fase	18'0%
COHEN et al. (1987)	U.S.A. (N. York)	752	9-19	DISC-C DISC-P	Longitudinal	20'6%

**Los trastornos más frecuentes en la infancia son: por déficit de atención, alteraciones emocionales y conductas de oposición.**

1. *Estudio de Canadá o estudio de Ontario* (Offord et al, 1987)<sup>4</sup>. La muestra comprende 2679 niños de 4 a 16 años. El instrumento utilizado es el CBCL en sus dos formas: para padres y para maestros. Considera únicamente cuatro trastornos: alteraciones de conducta, hiperactividad, alteraciones emocionales y trastornos somatoformes. Utiliza los criterios del DSM-III pero no aplica ningún tipo de entrevista clínica. Como resultado global refiere un 18,1% de niños afectados. La patología más frecuente son las alteraciones emocionales. La tasa de hiperactividad (6,2%) es muchísimo más alta que la hallada por Rutter en 1970 (0,1%).

2. *Estudio de Holanda* (Verhulst et al, 1986)<sup>15</sup> y (Verhulst et al, 1988)<sup>16</sup>. Se trata de un estudio longitudinal de dos años de seguimiento que tiene muy en cuenta la perspectiva evolutiva y los cambios o la persistencia de las alteraciones. La muestra comprende 2600 niños de 4 a 16 años distribuidos de 100 en 100, según edades y sexos. El instrumento que se ha utilizado es también el CBCL de Achenbach y Edelbrock.

3. *Estudio de Nueva Zelanda o de Dunedin* (Anderson et al, 1987)<sup>17</sup>. Es otro estudio longitudinal con un planteamiento distinto. Los niños son examinados cada dos o tres años. Para la edad de 11 años la muestra fue de 782 sujetos. El diseño utilizado es un diseño de doble fase. Los diseños de doble fase han venido imponiéndose en estos estudios epidemiológicos durante las dos últimas décadas, como han señalado recientemente Polaino-Lorente y colaboradores<sup>18</sup>. En la segunda fase se aplicó la entrevista estructurada DISC, pero únicamente en la forma DISC-C que es la versión para niños. El porcentaje total de trastornos encontrado fue del 17,6% y las patologías más frecuentemente halladas fueron el trastorno por déficit de atención y las conductas de oposición.

4. *Estudio de Puerto Rico* (Bird et al, 1987)<sup>19</sup>. Se trata de otro estudio con un diseño de doble fase en el que también se aplicó la entrevista DISC. Pero aquí se entrevistó tanto a los niños como a los padres. La muestra comprendía 777 niños entre 4 y 16 años. La primera fase de "screening" se realizó con el instrumento CBCL de Achenbach. También se pasó la

CGAS. Los criterios para el diagnóstico de los trastornos fueron los recomendados por el DSM-III. Los autores señalan que encontraron un porcentaje global de trastornos del 18,0%. Sorprende la tasa tan elevada de alteraciones por déficit de atención con hiperactividad, que fue del 10,1%.

5. *Estudio de Nueva York* (Cohen et al, 1987)<sup>20</sup>. Es otro estudio longitudinal realizado en una muestra de 752 sujetos, de 9 a 19 años. Se hizo una entrevista por separado a los niños y adolescentes y a sus padres y se estableció el diagnóstico a partir de la doble entrevista. Una vez más el instrumento utilizado fue la DISC. La prevalencia de trastornos obtenida fue muy elevada, del orden del 20,6%. La explicación que se dio es que hubo un tanto por ciento muy elevado de sujetos por encima de trece años adictos al alcohol y al tabaco.

6. *Otros estudios*: Todavía queremos mencionar tres estudios más que son algo distintos: uno por el tipo de población examinada, otro por la edad de los sujetos y un tercero por la ubicación geográfica de donde se extrajo la muestra. (Véase Tabla II).

**Tabla II. Estudios especiales de epidemiología psiquiátrica (trabajos recientes)**

Autores	Lugar	Particularidad del estudio	Instrumentos	Otros datos	Resultados
COSTELLO et al. (1987)	U.S.A. (Pensilvania)	Muestra de enfermos pediátricos	DISC-C DISC-P	Criterios diagnósticos DSM-III	22,0%
EARLS (1982)	U.S.A.	Niños de 3 años Comunidad rural	Historias clínicas	Criterios diagnósticos DSM-III	14,0%
MATSUURA et al. (1989)	Japón China Corea Australia	Muestra procede de 4 países distintos	Cuestionario de Rutter	1860 escolares 6-12 años	3%

El primero a que nos referimos es un estudio realizado por Costello y colaboradores (1986) en Pensilvania<sup>21</sup>, en una muestra de enfermos pediátricos. Los autores emplearon la entrevista DISC en su doble forma: versión para padres y para niños, encontrando alteraciones en un 22,0% de la muestra evaluada.

El segundo estudio mencionado es obra de Earls (1982)<sup>22</sup>. Este trabajo presenta la particularidad de estudiar niños de 3 años de edad de una comunidad rural, empleando los criterios del DSM-III para el diagnóstico. No sabemos que exista otro estudio semejante. Earls encontró una prevalencia en las alteraciones del 14,0%.

El tercer trabajo se debe a Matsuura y colaboradores<sup>23</sup>. Se realizó en una muestra total de 1860 escolares, de 6 a 12 años, que procedían de cuatro ciudades pertenecientes a cuatro diferentes países: Tokio (Japón), Beijing (China), Seul (Corea) y Perth (Australia). Los resultados que encontraron fueron bajos: Solamente un 3% de niños se consideraron patológicos. Se empleó como instrumento de detección el cuestionario de Rutter que había proporcionado cifras bastante más altas en estudios efectuados en países occidentales.

Entre el resto de los trabajos mencionados en este artículo el de Pensilvania presenta la tasa más baja de trastornos por déficit de atención con hiperactividad, que es del 2,2%. Tal resultado podría deberse al hecho de que también es uno de los pocos en que no se recogió la opinión de los maestros. En conjunto las prevalencias de trastornos mentales infantiles señaladas varían entre un 10,9% y un 37,0%, cuando los informantes son los padres y entre un 6,6% y un 22,0%, cuando informan los maestros (Costello, 1990)<sup>24</sup>.

Todos los trabajos que han sido referidos, además de proporcionarnos las tasas de prevalencia, proporcionan datos también sobre diversos factores de riesgo relativos a la psicopatología infantil, aunque los obligados

límites de esta colaboración no nos permite analizar como debieramos estos resultados. A título de ejemplo podemos decir que varios estudios coinciden en señalar que la prevalencia de los trastornos de conducta se incrementa a partir de la pubertad y que las depresiones también aumentan en esta etapa y, además, varía a partir de este momento su distribución, según el sexo, pasando a ser mucho más frecuente en las chicas.

La epidemiología paidopsiquiátrica constituye en su conjunto una reciente metodología que ha seguido un curso ascendente y progresivo, cuyo alcance no tiende a disminuir sino todo lo contrario. La epidemiología paidopsiquiátrica está llamada a desempeñar una importante misión: la de esclarecer las causas de muchas enfermedades y poder prevenirlas. No obstante los progresos conseguidos en las recientes investigaciones, el camino que queda por recorrer es todavía muy largo.

Edelmira Domènech Llaberia  
Catedrática de Psicopatología.  
Universidad Autónoma de Barcelona.

Aquilino Polaino-Lorente  
Catedrático de Psicopatología.  
Universidad Complutense. Madrid.

**Se revisa la historia de las investigaciones epidemiológicas en paidopsiquiatría y los hallazgos actuales más relevantes en este área de conocimiento.**

## Bibliografía

- 1 Lapouse R, Monk MA. An epidemiological study of behaviour characteristics in children. *American Journal of Public Health* 1958; 48: 1134-1144.
- 2 Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, Health and Behaviour*. London: Longman Group Ltd., 1970.
- 3 Rutter M. Isle of Wight Revisited: Twenty-five Years of Child Psychiatric Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28(5): 633-653.
- 4 Graham Ph. *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. London: Academic Press, 1977.
- 5 Schmidt MH, Remschmidt H. *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry, II*. Stuttgart: George Thieme Verlag, 1983.
- 6 Kashani J, Simmonds J. The incidence of Depression in Children. *American Journal of Psychiatry* 1979; 136(9): 1203-1205.
- 7 Jablensky A. Epidemiological Surveys of Geographically defined Populations in Europe. En: *Community Surveys of Psychiatric Disorders*. New Brunswick & Rutgers, U. Press, 1986; 257-313.
- 8 Domenech Llaberia E, Polaino-Lorente A. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs, 1990.
- 9 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed rev)*. Washington, DC: APA, 1987.
- 10 Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry, 1983.
- 11 Costello A. A report on the NIMH. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). *Paper presented at the Research Forum: Structured Diagnostic Instruments in Child Psychiatry*. San Francisco (California), 1983.
- 12 Shaffer D, Gould NS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. Children's Global Assessment Scales (CGAS). *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 1228-1231.
- 13 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed)*. Washington, DC: APA, 1980.
- 14 Offord DR, Boyle MH, Szatmari P et al. Ontario Child Health Study. II. Prevalence of disorders and rated of service utilization. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 832-836.
- 15 Verhulst FC, Akkerhuis GW. Mental Health in Dutch Children (III). Behavioral-emotional problems reported by teachers of children aged 4-12. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986; 330(74): 1-72.



- <sup>16</sup> Verhulst FC, Althaus M. Persistence and change in behavioral/emotional problems reported by parents of children aged 4-14: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 339(77): 1-28.
- <sup>17</sup> Anderson J, William S, McGee R, Silva P. *DSM-III Psychiatry* 1987; 44: 69-76.
- <sup>18</sup> Polaino-Lorente A, Doménech Llaberia E, Ezpeleta Áscaso L. Diseño de doble fase en epidemiología pidiopsiquiátrica: aplicación a un estudio de la depresión infantil en población española. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica* 1987; XVIII: 225-236.
- <sup>19</sup> Bird HR, Gould MS, Yager T, Stachezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican Children. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28(6): 847-850.
- <sup>20</sup> Cohen P, O'Connor P, Lewis S, Velez N, Malachowski B. A comparison of the agreement between DISC and KSADS-P interviews of an epidemiological sample of children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987; 26: 262-267.
- <sup>21</sup> Costello EJ, Edelbrock CS, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ, Brent D. Psychopathology in pediatric primary care. *Pediatrics* 1988b; 82: 415-424.
- <sup>22</sup> Earls F. Application of DSM-III in an epidemiological study of preschool children. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 242-243.
- <sup>23</sup> Matsuura M, Okubo Y, Kato M et al. An epidemiological investigation of emotional and behavioural problems in primary school children in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 24: 17-22.
- <sup>24</sup> Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 6: 836-841.

## Manifestaciones psiquiátricas de las conectivopatías - II

Segunda parte de un artículo sobre los conocimientos actuales de las enfermedades autoinmunes y su relación con alteraciones psiquiátricas. La primera parte apareció en el n.º 1/91 de IMP-Psiquiatría.

### Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren (SS) constituye una exocrinopatía autoinmune, con afectación multisistémica. Después de la artritis reumatoide, es la segunda conectivopatía más frecuente, considerándose que alrededor del 5% de las mujeres de más de 60 años padecen dicho síndrome<sup>13</sup>. Las manifestaciones clínicas son consecuencia del infiltrado linfoplasmocitario que acontece en las diversas glándulas y que comporta destrucción y fibrosis de la misma, así como de la hiperactividad de los linfocitos B en sangre periférica<sup>13, 14</sup>. Clásicamente se define como la existencia de xerostomía, queratoconjuntivitis sicca y enfermedad autoinmune, precisando dos de los tres criterios para aceptar su diagnóstico. No existen aún unos criterios aceptados universalmente para definir los componentes de dicha tríada, si bien,

entre las diferentes clasificaciones puede aceptarse la expuesta en la Tabla VII<sup>13</sup>.

Los pacientes con SS presentan ideas paranoides, somatización y trastornos obsesivos en una proporción superior con respecto al resto de la población<sup>15</sup> (Tabla VIII). Asimismo, es posible observar actitud hostil e introversión en estos pacientes. No se han encontrado alteraciones en el SNC que puedan correlacionarse con dichas manifestaciones. Las manifestaciones más habituales suelen ser ansiedad y depresión, con frecuencia relacionados con el disconfort producido por la sequedad ocular y bucal<sup>15</sup>.

Es posible diagnosticar un SS a raíz de las manifestaciones psiquiátricas. La existencia de sequedad bucal y ocular, manifestaciones psíquicas como las mencionadas y agudización de la sequedad tras la ingesta de antidepresivos debe orientarnos al cuadro. Deben