

A. Agüero¹
J. J. Plumed⁴
LL. Conesa³
A. Giménez²

1 Profesor Titular Psiquiatría de Valencia
2 PIR Hospital Clínico de Valencia
3 MIR Hospital Clínico de Valencia
4 Especialista en Psiquiatría

Correspondencia:
A. Agüero
Barón de Cárcer, 24
46001 Valencia

Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (II) aspectos familiares y adaptación escolar

A comparative clinical study in adolescence between behavioral and affective-anxious disorders: (II) familiar aspects and school adaptation

RESUMEN

Se estudian de forma comparativa dos muestras de adolescentes con trastornos conductuales (N = 67) y afectivo-ansiosos (N = 68), recogidas en consulta ambulatoria en el Hospital Clínico de Valencia durante los años 1993-95, en relación con una serie de variables referidas a aspectos familiares y escolares de los pacientes. Tras el tratamiento estadístico (Test U de Mann-Whitney), se establece un perfil diferencial entre los grupos respecto a las variables estudiadas.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Trastornos de conducta; Trastornos afectivos; Ansiedad; Familia; Escolaridad.

ABSTRACT

On a comparative study, two samples of teenagers with behavioral (N = 67) and affective-anxious (N = 68) disorders, collected on ambulatory consultory hours in Valencia's Clinical Hospital, during the years 1993-95, in relation to a group of family and school age variables. After the statistical study (Test U Mann-Whitney) a differential profile is established, considering the mentioned variables.

KEY WORDS

Adolescence; Behavioral disorders; Affective disorders; Anxiety; Family; School Age.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo realizamos una continuación del estudio clínico comparativo en adolescentes entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos. En la primera parte se trató de los aspectos clínicos y terapéuticos de estas patologías, mientras que en esta segunda parte estudiaremos aspectos referidos a la crianza, relaciones familiares, adaptación y rendimiento escolar.

En los trastornos depresivos no existen estudios familiares que puedan discriminar de forma efectiva entre mediación genética y entorno ¿? Sin embargo, se ha mostrado que existe un número de caminos por los cuales la depresión de los padres puede influir en el entorno del hijo (Rutter, 1990), por ejemplo un impacto directo de los síntomas depresivos, una interacción reducida madre-hijo (Stein et al, 1991) y/o una asociación con discordia familiar (Rutter y Quinton, 1984). Asimismo, se ha visto que son más frecuentes los trastornos de ansiedad en hijos de padres deprimidos y ansiosos que en padres que no presentan dicha sintomatología psiquiátrica (McClellan et al, 1990).

La influencia del entorno psicosocial es evidente, ya que en presencia de episodios de adversidad los chicos son equiparablemente proclives a volverse tanto ansiosos como depresivos (Goodyer, 1988). Los síntomas depresivos también se han hallado asociados a acontecimientos específicos como divorcio (Wallerstein y Kelly, 1980; Aro y Palosaari, 1992), maltrato (Formularo et al, 1992) o abuso físico (Allen y Tarnowski, 1989).

Por otra parte, los chicos depresivos tienen múltiples problemas, como: fracasos escolares (Fornes, 1988), funcionamiento psicosocial alterado (Puig-Antich et al, 1985) y trastornos psiquiátricos comórbidos. La disfunción que producen los cuadros ansiosos también es importante, con peores rendimientos académicos, sociales y de aprendizaje, siendo en algunos casos comparable a la producida en los trastornos de conducta (Benjamin et al, 1990).

En los trastornos de conducta existen tres factores que ejercen una importante influencia: la disfunción familiar, la enfermedad mental paterna y el bajo nivel socioeconómico. El bajo nivel socioeconómico tiene efecto en niños de 4-11 años,

pero no en adolescentes (Offord et al, 1987; 1991). Estos factores semejan los descritos por Rutter (1978) como factores de adversidad psicosocial: bajo estatus socioeconómico, criminalidad del padre, sobrepoblación, neurosis materna, discordancia marital crónica y cuidado institucional. Estos indicadores fueron incorporados en un estudio longitudinal realizado en Mannheim, donde se evidenció que para los chicos, a la vez que se acumulan el número de condiciones adversas, se incrementa, de forma proporcional, el riesgo de trastorno de conducta (Blantz et al, 1991).

Por tanto, debido a la influencia de los factores socioeconómicos, modelos de crianza y de relación con los padres y de los problemas de adaptación escolar en la psicopatología del adolescente, consideramos importante incluirlos en este estudio comparativo entre los trastornos de conducta y afectivo-ansiosos.

MÉTODO

Muestra

Se estudian los adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Clínico Universitario de Valencia en primera visita, durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellos, se contabilizan un total de 220 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Después de hacer un estudio diagnóstico, la muestra final empleada estaba compuesta por un total de 135 adolescentes, de los cuales 67 presentaban trastornos de conducta y 68 trastornos afectivo-ansiosos. La descripción de los grupos por edad y sexo se muestra en la tabla 1.

Material y procedimiento

Se realizó una revisión de todas las Historias Clínicas abiertas durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellas, se seleccionaron aquellas pertenecientes a pacientes adolescentes (rango de edad 13-17 años), y se procedió a clasificarlas en función del diagnóstico de los casos. Finalmente se seleccionaron aquellos casos compatibles con un diagnóstico de Trastorno de Conducta o Trastorno Afec-

Tabla 1 Distribución de la muestra por edad y sexo

Grupos	Nº Casos	Edad		Sexo	
		Media	DS	Hombres	Mujeres
Trastornos de conducta	67	13,67	1,77	44	23
Trastornos afectivo-ansiosos	68	13,94	1,80	21	47

tivo-Ansioso (dentro de estas dos categorías generales se incluían todos los diagnósticos específicos contemplados en la CIE 10).

Variables estudiadas y tratamiento estadístico

De toda la información recogida en las historias clínicas, se consideraron para este estudio las siguientes variables: en primer lugar, edad y sexo de los pacientes; respecto a la patología presente, se concretó únicamente el diagnóstico (utilizado como factor en los análisis), se incluyeron variables relacionadas con aspectos familiares y modelos de relación: antecedentes psiquiátricos familiares, estado civil de los padres, nivel socioeconómico familiar, lugar en la fratria, modelo de crianza, confidencialidad, afecto y disputas frecuentes. Por último, se incluyeron otras variables relacionadas con la adaptación y el rendimiento escolar: rendimientos escolares, problemas de aprendizaje y trastornos del comportamiento escolar.

Para la tipificación de esta información, se construyó un listado en el que se adjudicaron diferentes categorías para cada una de las variables.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo y comparativo mediante la valoración de las medi-

das centrales y su dispersión y mediante test estadísticos de significación. Excepto para la variable edad para la que se utilizó la prueba de significación t de Student, el resto de variables se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, por tratarse de datos recogidos en escala nominal.

RESULTADOS

Edad y sexo

Como ya se expuso en la primera parte de este trabajo (Agüero, 1997), no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad entre los grupos ($p < 0,945$). Sin embargo, para la variable sexo sí se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en la dirección de un predominio de mujeres (69%) en el grupo de trastornos afectivos y un predominio de varones (65%) en el grupo de trastornos de conducta.

Variables relacionadas con aspectos familiares

No aparecen diferencias significativas respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares, siendo

Tabla 2 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con aspecto familiares

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Antec. Psiqu. familiares	66	70,00	67	64,04	0,2893	n.s.
Estado Civil padres	66	68,20	68	66,82	0,7859	n.s.
Nivel socioeconómico	65	70,75	65	60,25	0,0693	n.s.
Lugar fratria	53	61,40	61	54,11	0,20	ns.
Modelo de crianza	58	59,04	59	58,94	0,9882	n.s.
Confidencialidad	57	66,05	56	47,79	0,0001	—
Afecto	58	63,67	60	55,47	0,0912	n.s.
Disputas frecuentes	61	47,00	61	76,00	0,0001	—

de todas formas elevados en ambos grupos, así en trastornos de conducta (31%) como en los afectivo-ansiosos (44%). El estado civil de los padres es prácticamente idéntico en sus proporciones en ambas muestras, con un 74% de matrimonios que viven juntos, un 14% de separados y el resto entre viudos y solteros. Lo mismo se puede decir del nivel socioeconómico familiar, aunque en los trastornos de conducta es más frecuente el nivel bajo.

Tampoco se observan diferencias significativas respecto al lugar en la fratria. El modelo de crianza no ofrece diferencias relevantes, existiendo no obstante una mayor tendencia dentro de los trastornos de conducta a presentar modelos extremos, o bien excesivamente estrictos o excesivamente tolerantes. En este sentido, se aprecian diferencias significativas ($p < 0,0001$) dentro del marco de la relación del adolescente con sus padres, en la dirección de una ausencia de confidencialidad del 77% en los trastornos conductuales frente a un 44% en los trastornos afectivo-ansiosos. En similar proporción, se registran las frecuentes disputas en esta relación, que en los trastornos conductuales es de un 80% mientras que en los trastornos afectivo-ansiosos es solamente de un 33% ($p < 0,0001$). Menos evidente es la expresión de afecto en el ámbito familiar, no evidenciándose diferencias estadísticamente significativas al respecto aunque sí una tendencia a sentirse menos queridos el grupo de trastornos conductuales (31%) frente al grupo de trastornos afectivo-ansiosos.

Variables relacionadas con la escolaridad

La escolaridad de los adolescentes entre ambos grupos presenta perfiles claramente diferenciados por cuanto a pesar de no ser distintos en el planteamiento de problemas específicos de aprendizaje

($p < 0,4695$), sus rendimientos escolares son muy bajos en el 59% del grupo con trastornos de conducta frente al 36% de los del grupo con trastornos afectivo-ansiosos, en este sentido encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0005$). Asimismo, se observan diferencias ($p < 0,0005$) respecto a la manifestación de problemas de comportamiento en el ámbito escolar, mostrándose mucho más conflictivos los adolescentes con trastornos de conducta (46%) respecto a los que presentan un trastorno afectivo-ansioso.

DISCUSIÓN

En la primera parte de este trabajo ya, señalábamos la importancia de los antecedentes psiquiátricos familiares en ambos grupos diagnósticos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero sí se observó que dichos antecedentes eran elevados para ambas categorías diagnósticas. Esto coincide con la literatura que considera la influencia parental determinante, tanto en los trastornos de conducta (Stewart, 1979) como en los trastornos afectivo-ansiosos (Rutter, 1990), y frecuentemente relacionada con otros factores de riesgo. Otras variables que también son consideradas importantes en trabajos anteriores son: el estatus socioeconómico, los conflictos entre los padres, la relación padres-hijos, acontecimientos vitales y adversidades ambientales (Brown et al, 1986; Lahey et al, 1989; Rutter y Sandberg, 1992).

Contrastando estas observaciones con nuestro estudio, vemos que el bajo nivel socioeconómico es importante, y aunque no aparecen diferencias significativas entre los grupos, este factor incide de forma más notable en los trastornos de con-

Tabla 3 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con la escolaridad

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Rendimientos escolares	66	77,42	67	56,74	0,0006	***
Problemas de aprendizaje	64	63,74	66	67,20	0,4695	n.s.
Trastornos del comp. escolar	66	56,73	65	75,41	0,0005	***

100 ducta, lo cual coincide con estudios anteriores (Farrington, 1978; Kolvin et al, 1988). Es cierto que las tasas más altas de delincuencia se dan en los extrarradios de las grandes ciudades, en áreas con bajos recursos económicos, desempleo y lugares donde las personas se sienten desarraigadas (Hirschi y Hidelang, 1977).

En nuestros resultados, observamos que en ambos grupos diagnósticos la mayoría de los padres viven juntos, lo cual no implica que no existan disputas entre ellos, que como hemos señalado dificulta el entorno del adolescente. Los estudios de Anderson (1987) señalan que las desventajas del entorno social y familiar son poderosos predictores de un trastorno de conducta. Asimismo, estos factores influyen en los chicos ansiosos y depresivos (Goodyer, 1988). No tenemos resultados concluyentes en cuanto al lugar en la fratria, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos.

Olweus (1980) refiere que las cuatro variables más determinantes en la conducta antisocial del adolescente son:

1. Permisividad de la madre.
2. Negativismo de la madre hacia el niño (facilitada por la pobre relación marital).
3. Temperamento del niño.
4. Uso por los padres de métodos de poder asertivos que contribuyen a la agresividad (enfados violentos, castigo físico o amenazas).

Estas variables coinciden con nuestros resultados, ya que el grupo de trastornos de conducta ofrece modelos de crianza más extremos, ya sea más permisivos o más estrictos. También es más frecuente en los trastornos de conducta la ausencia de confidencialidad y las disputas frecuentes con los padres, en contraste con el grupo de ado-

lescentes con trastorno afectivo-ansioso, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Aunque las cifras de disfunción en la relación padres-hijos en el grupo de afectivo-ansiosos son menos importantes que en el otro grupo, son suficientes para tenerlas en cuenta, como ya se ha observado en anteriores trabajos (Rutter y Quinton, 1984; Formulario et al, 1992). La falta de afecto en ambos grupos presenta porcentajes más moderados, aunque es ligeramente superior en el grupo de trastornos de conducta.

Por último, hemos visto resultados interesantes en lo que respecta a la adaptación escolar. Las dificultades en el aprendizaje son muy prevalentes en jóvenes con trastornos de conducta, y el grado de dificultad, particularmente en habilidades verbales, a menudo corresponde con el grado de desadaptación de los adolescentes. Esto puede ser, en parte, porque tales chicos tienen problemas para traducir pensamientos y sentimientos en palabras en lugar de en acciones. Cuando estos jóvenes salen de la escuela temprano, es con frecuencia debido a la progresiva frustración que experimentan cuando fallan en ciertos tipos de tareas académicas y aparece una ausencia de satisfacción por su trabajo (Garfinkel et al, 1990). En la literatura, también hemos visto con cierta frecuencia problemas de aprendizaje y de fracasos escolares en los trastornos afectivo-ansiosos (Fornes, 1988; Benjamin et al, 1990). Nuestros resultados señalan un déficit importante en los rendimientos escolares y comportamiento escolar en el grupo de trastornos de conducta, marcando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo de afectivo-ansiosos. A pesar de esto, existen disfunciones escolares en ambos grupos de patologías, sin diferencias significativas en los problemas de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüero A, Giménez A, Plumed JJ, Conesa LL, Llorens P. Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (I) Aspectos clínicos y terapéuticos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1997;1:10-16.
2. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM III Disorders in Preadolescent Children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.
3. Blantz B, Schmidt MH, Esser G. Familial adversities and Child Psychiatric Disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32:939-50.
4. Farrington DP. The family background of aggressive youths. En: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and Antisocial Behaviour in Childhood and Adolescence*. Oxford: Pergamon Press; 1978. p 73-93.

5. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. De. W-B; 1990.
6. Kolvin FJ, Miller JW, Fleeting M, Kolvin PA. Social and parenting factors affecting criminal-offences rates. Findings from the Newcastle thousand family study (1947-1980). *Br J Psychiatry* 1988;152:80-90.
7. Lahey BB, Russo MF, Walker JL, Piacentini JC. Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behaviour disorders. *J Consulting Clin Psychology* 1989; 57(4):512-5.
8. McClellan JM, Rubert MP, Reichler RS, Silvester CE. Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990; 29:534-9.
9. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, Byles JA, Crawford JW, Blum HM, Byrne C, Thomas H, Woodward CA. Ontario Child Health Study: I. Six-month prevalence of disorder and service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:832-6.
10. Offord DR, Boyle MC, Racine YA. The epidemiology of antisocial behaviour in childhood and adolescence. En: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1991. p. 31-54.
11. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. *Psychological Bull* 1979;86:852-75.
12. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M. Psychological functioning in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:500-7.
13. Rutter M. Family, area, and school influences in the genesis of conduct disorders. En: Hersov LA, Berger M, eds. *Aggression and Anti-social Behaviour in Childhood and Adolescence*. London: Pergamon; 1978. p. 95-114.
14. Rutter M, Giller H. *Juvenile Delinquency, Trends and Perspectives*. New York: Guilford Press; 1983.
15. Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry*. Third Edition. Blackwell Science; 1995.
16. Stewart MA, DeBlois CS, Cummings C. Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder. *J Child Psychology Psychiatry* 1979;21: 283-92.