

N. Bassas¹
M. Trias¹
J. Tomás²

Unitat de Psiquiatria. Hospital Universitari Materno-Infantil
Vall d'Hebrón de Barcelona
1 Adjunto clínico
2 Jefe de Unidad

Correspondencia:

N. Bassas
Unitat de Psiquiatria
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Pº Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona

**Estudio comparativo entre
trastorno fóbico y trastorno
obsesivo en niños y adolescentes**

*Comparative study between
phobic disorder and obsessive
disorder in children and
adolescents*

RESUMEN

Este trabajo consiste en un estudio comparativo entre el trastorno fóbico y el trastorno obsesivo en niños y adolescentes. La comparación se ha realizado entre características secundarias o clínica acompañante al trastorno en sí, fóbico y/o obsesivo, diagnosticados en base a las clasificaciones internacionales. El objetivo del trabajo ha sido estudiar si alguna sintomatología acompañante puede resultar objetivamente útil para el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos en la infancia y la adolescencia. La muestra consta de un total de 285 pacientes, entre los 4 y los 18 años y de ambos sexos; 159 de ellos diagnosticados de trastorno fóbico y 126 de trastorno obsesivo. Se han definido 11 variables que abarcan, desde alteraciones del desarrollo y psicopatológicas hasta factores familiares y eficacia de los tratamientos. El tratamiento estadístico de los datos ha sido la prueba de cálculo binomial, a fin de verificar si las diferencias entre los valores en los dos grupos eran significativas. Los resultados muestran las similitudes de ambos trastornos en muchas de las variables estudiadas, pero algunos datos significativos (alteraciones del sueño, rasgos depresivos, alteraciones del desarrollo), así como el análisis

descriptivo sugieren que el presente estudio puede abrir una línea de investigación que resulte fértil.

PALABRAS CLAVE

Trastorno fóbico; Trastorno obsesivo; Diagnóstico diferencial; Infancia y adolescencia.

ABSTRACT

This study consists of comparison between Phobic Disorders and Obsessive Disorders in children and adolescents. The comparison was made between the secondary symptoms of both disorders, diagnosed according to international classifications. The aim of the study was to discover if any accompanying symptomatology could be objectively useful in the differential diagnosis in children and adolescents. The sample included a total of 285 patients of both sexes aged between 4 and 18; 159 phobic and 126 obsessive. Eleven variables were defined ranging from development and psychopathologic disorders to family factors and the efficacy of the treatments. Evaluation of the statistical data was carried out

through binomial calculus in order to see if the differences between the results of the two groups were in any way significant. The results show that the two disorders are similar in many of the studied variables. However, some significant data (sleep disorders, depressive symptoms and development disorders) and the results of the descriptive analysis suggest that this study could open a line of research which may prove worthwhile in the differential diagnosis of Phobic and Obsessive Disorders.

KEY WORDS

Phobic disorders; Obsessive disorders; Differential diagnosis; Childhood and adolescence.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en un estudio comparativo entre el trastorno fóbico y el trastorno obsesivo en niños y adolescentes. La motivación para este estudio ha sido la de intentar profundizar en algunos aspectos del diagnóstico diferencial entre ambos trastornos en la infancia. Históricamente, el estudio de estos dos trastornos, referido sobre todo a pacientes adultos, comenzó de forma entrelazada: en el intento de comprensión y definición nosográfica de las "obsesiones", se identificaron las "fobias". Aún hoy, diferenciados los dos trastornos en todas las clasificaciones internacionales, persiste la proximidad entre ambos. Por otra parte, la tendencia a trasladar la psicopatología del adulto a la del niño no contribuye a una clarificación de estos cuadros en la infancia y adolescencia, etapas en las que hay que tener en cuenta además, que el desarrollo normal implica determinada presencia de sintomatología fóbica y obsesiva, y que "síntoma" y "trastorno" pueden tener una escasa relación.

Por todo ello, nos ha parecido interesante estudiar de forma comparativa dos grupos de niños y adolescentes diagnosticados conforme a las clasificaciones internacionales, uno de ellos como "Trastorno fóbico" y el otro como "Trastorno obsesivo", centrándonos en la clínica acompañante, es decir en la sintomatología secundaria que no es patognomónica de cada trastorno. El objetivo sería ver si existe alguna posibilidad de que dicha sintomatología resultara útil para el diagnóstico diferen-

cial en aquellos casos en que está menos claro; o sea, verificar si existen posibilidades de que el estudio objetivo de otras variables determinadas fuera operativo cuando la presentación de la sintomatología fóbica y obsesiva dificulta el diagnóstico diferencial. A nuestro entender, para el clínico es importante esta cuestión cuando debe precisar una orientación diagnóstica y un tratamiento consecuente, y en concreto se convierte en una problemática importante en psicopatología infanto-juvenil; porque, además, el pronóstico en la vida adulta de un paciente psiquiátrico infanto-juvenil está también en función de los procesos de desarrollo del psiquismo, así como de los eventos vitales. Y pensamos que todavía nos queda mucho por conocer de las causas de que un trastorno obsesivo en la infancia culmine en un trastorno obsesivo en la vida adulta, por ejemplo, y otro evolucione de forma bien diferente.

Para ilustrar esta cuestión, sólo una reseña de la evolución histórica de este tema. Según Marks (1969) el término "fobia" se emplea en el sentido actual desde 1801. Según Wartburg, lo mismo sucede respecto al término "obsesión" desde 1769. Pero ya Morel (1866) llamado "padre" del concepto nosográfico de "obsesión" integra los dos trastornos -fóbico y obsesivo- en el llamado "delirio emotivo", Tampoco Kraepelin (1913) identifica como distintos ambos trastornos. En cambio Westphal (1877) sí los diferenció. Si bien es cierto que con la evolución de la psiquiatría y la psicología se han ido delimitando los cuadros hasta llegar a las clasificaciones internacionales actuales (CIE-10, DSM-III-R y Clasificación Francesa), de acuerdo con Conde⁽¹⁾ podemos afirmar que "la separación entre obsesiones y fobias, al menos desde un punto de vista tanto semiológico como psicopatológico, no es tan clara en la práctica como puede mostrarse en cualquier revisión histórica...". Además, refiriéndonos a la psicopatología infanto-juvenil, hay que tener en cuenta otros factores como son: a) la sintomatología de uno u otro signo, sin alcanzar la identidad de trastorno; b) la estructura de personalidad subyacente en configuración; c) los aspectos comportamentales; d) los aspectos del desarrollo; y e) los aspectos clínicos. Por último, hay que tener en cuenta que históricamente, fueron muchos menos los autores que estudiaron los trastornos fóbicos y obsesivos de la infancia. Destacan: Landor (1873), Dupré (1905) y Freud (1897). A pesar del inmenso avance en este campo durante las últimas décadas, sigue siendo una cuestión conflictiva, e incluso fuente de discrepancia

266

Tabla 1 Muestra según sexo y trastorno

	M1	M2	Total
Varones	96	80	176
Hembras	63	46	109
Total	159	126	285

entre trastorno fóbico y trastorno obsesivo en la infancia y adolescencia. Sin embargo, no parece poco importante la cuestión, cuando los autores coinciden en que en un 20% de los trastornos obsesivos en la edad adulta tuvieron su inicio en la infancia, y que un 50% de adultos afectados de trastorno fóbico ha presentado este tipo de patología en la infancia o la adolescencia.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado con una muestra de pacientes de ambos sexos y edades comprendidas entre los 4 y los 18 años, afectados de *trastorno fóbico* y *trastorno obsesivo* según los criterios de las clasificaciones internacionales CIE-10 (F40 y F42), DSM-III-R (300.01 a 300.30) y clasificación francesa (2.02 y 2.03). La muestra consta de 285 pacientes (Tabla 1):

M1: 159 pacientes con *trastorno fóbico* (M1).

M2: 126 pacientes con *trastorno obsesivo* (M2).

En ambas muestras se han medido 11 variables, extraídas del protocolo de historia clínica de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Materno-Infantil de la Vall d'Hebrón. La nosografía incluida en ellas se corresponde con la descrita en las clasificaciones internacionales anteriormente mencionadas.

Estas *variables* son las siguientes:

- V1 y V2 son las variables inherentes al paciente: su *género* y el *lugar que ocupa entre los hermanos*. Así, por ejemplo, varón y primogénito.
- V3 mide las *alteraciones del desarrollo*, es decir los trastornos psicopatológicos madurativos en las siguientes esferas: oraalimentaria, sueño, psicomotricidad, tics, lenguaje, control de esfínteres, conducta y aprendizaje. Se especifican los tics, aunque pertenezcan a las alteraciones psicomotoras, por su relevancia en relación a la sintomatología obsesiva. Como ejemplos de esta variable: enuresis, insomnio, inestabilidad....

- V4 mide las *alteraciones psicopatológicas* referidas a: ansiedad, somatizaciones trastornos psicopatológicos, rasgos de inhibición, rasgos depresivos, carencia afectiva y rasgos distímicos. Llamamos a esta variable "alteraciones psicopatológicas", a pesar de que la V3 también se refiere a psicopatología, ya que V4 está más centrada en los trastornos afectivos y de somatización, sin relación con los procesos madurativos. Como ejemplos de esta variable: cefalalgias, retraimiento en las relaciones sociales, tristeza...
- V5 mide los *trastornos orgánicos* en los períodos perinatal y postnatal; por ejemplo, anoxia neonatal, convulsión febril, etc.
- V6 mide las *alteraciones familiares* divididas en los tres apartados siguientes: disfunción familiar (psicopatología parental y fraternal, divorcio...); ruptura de lazos familiares (muerte, hospitalización, etc.); adopción. Como ejemplos: madre con trastorno de ansiedad, hijo con hospitalizaciones repetidas por enfermedad crónica, etc.
- V7 mide las exploraciones neurofisiológicas consistentes en el *registro electroencefalográfico* en estado de vigilia y/o de privación de sueño, en función de la clínica del paciente, y para su valoración diagnóstica se valoró como normal o alterado.
- V8 mide los tres *tipos de tratamiento administrado*: psicofarmacológico (básicamente antidepressivo), psicoterapéutico (básicamente psicoterapia de apoyo) y mixto (conjunción de ambos). Hay que hacer constar que el tratamiento mixto ha sido el prescrito en la mayoría de los casos, pero por circunstancias de los pacientes se han administrado algunos tratamientos únicos.
- V9, V10 y V11 miden la *evolución de los tres tipos de tratamiento administrado* (psicofarmacológico psicoterapéutico y mixto) en dos categorías: ineficaz y eficaz. Por ejemplo, se valora como tratamiento psicofarmacológico eficaz aquel que produce una mejora progresiva en cuanto a la sintomatología.
La medición del éxito de los tratamientos administrados requiere, además de un análisis de cada variable (V9, V10 y V11), un análisis conjunto. Esto es debido a que la eficacia se valoró con criterios diferentes para cada tratamiento: la evolución del tratamiento psicofarmacológico se valoró atendiendo a la remisión de la sintomatología; la del tratamiento psicoterapéutico atendiendo a la mejora en aspectos de personalidad (recursos defensivos, técnicas de autocontrol de la

Tabla 2 Variables: diferencia altamente significativa

Variables	M1	M2
Alt. sueño (Alt. desarrollo)	51	90
Rasgos depresivos (Alt. psicopatológicas)	42	95

Tabla 4 Variables: diferencia significativa

Variables	M1	M2
Hijo único (Fratría)	27	16

ansiedad, etc.). Finalmente en la evolución del tratamiento mixto se valoraban los dos aspectos: mejoría en la clínica psicopatológica y evolución en los aspectos de personalidad.

Los datos se han tratado estadísticamente, mediante la prueba de cálculo binomial, a fin de verificar la significación estadística en las diferencias entre los valores de las variables definidas en ambas muestras. A partir de este tratamiento estadístico de los datos se ha hecho un análisis de los resultados.

También se ha realizado un análisis descriptivo, en base a la comparación entre los porcentajes.

RESULTADOS

Análisis estadístico

En la valoración de significancia se han obtenido los siguientes resultados:

A.1. Variables cuya diferencia es altamente significativa (P entre 0,002-0,005) (Tabla 2).

Así, existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno obsesivo presenten *alteraciones del sueño y rasgos depresivos*, con mayor frecuencia que los pacientes con trastorno fóbico. Dicha afirmación tiene un riesgo de error mínimo.

En cuanto a los tipos de tratamiento, en la valoración de significancia han resultado altamente significativas las diferencias entre dos variables (Tabla 3).

Existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno fóbico opten por un *Tratamiento psicoterapéutico*, con mayor frecuencia que los pacientes con

Tabla 3 Tratamientos: diferencias altamente significativas

Variables	M1	M2
Tratamiento psicoterapéutico	24	6
Tratamiento mixto	58	115

Tabla 5 Variables: diferencia probablemente significativa

Variables	M1	M2
Alt. lenguaje (Alt. desarrollo)	53	37
Alt. aprendizaje (Alt. desarrollo)	78	59
Carencia afectiva (Alt. psicopatológicas)	49	43
E.E.G. normal	29	56
E.E.G. alterado	42	37

trastorno obsesivo. La diferencia ha resultado altamente significativa.

Existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno obsesivo opten por un *tratamiento mixto*, con mayor frecuencia que los pacientes con trastorno fóbico. La diferencia ha resultado altamente significativa.

Sin embargo, debemos aceptar cierto sesgo en estos resultados ya que, como hemos dicho, la indicación terapéutica no siempre fue seguida por el paciente.

A.2. Variables cuya diferencia es significativa (P entre 0,005-0,01) (Tabla 4).

Existe mayor probabilidad de que los pacientes con trastorno fóbico sean *hijos únicos*, con mayor frecuencia que los pacientes que presentan trastorno obsesivo. Dicha afirmación tiene un escaso riesgo de error.

A.3.- Variables cuya diferencia es probablemente significativa (P entre 0,01-0,05) (Tabla 5).

Existe la probabilidad de que los pacientes con trastorno fóbico presenten con mayor frecuencia: *alteraciones del lenguaje, alteraciones del aprendizaje carencia afectiva, y E.E.G. alterado* que los pacientes con trastorno obsesivo.

Análisis descriptivo

A partir de los porcentajes resultantes podemos realizar un análisis descriptivo de los datos, solamente con valor indicativo (Ver cuadro en anexo 1).

Tabla 6 Perfil Trastorno Fóbico (M1)

- Predominio del género masculino (V1)
 - Ocupar el lugar de primogénito, benjamín o hijo único en la fratría (V2)
 - Alteraciones de conducta, del aprendizaje, del lenguaje, del sueño, esfinteriales y tics, en cuanto a alteraciones del desarrollo (V3)
 - Ansiedad, rasgos de inhibición, carencia afectiva, somatizaciones, rasgos depresivos y rasgos distímicos, en cuanto a alteraciones psicopatológicas (V4)
 - Antecedentes de factores orgánicos postnatales (V5)
 - Disfunción familiar, en cuanto a factores familiares (V6)
 - E.E.G. alterado, en cuanto a prueba neurofisiológica complementaria (V7)
- Respecto al tipo y evolución en el tratamiento, se caracterizan por:
- Administración más frecuente de tratamiento mixto y psicoterapéutico (V8);
 - Eficacia total en los casos en que se administró un tratamiento psicoterapéutico (V10) y eficacia en la administración de los tratamientos mixto y psicofarmacológico (V11 y V9).

- *VI Género:* En la muestra estudiada aparecen más pacientes varones que hembras en ambos grupos, trastorno fóbico (M1) y trastorno obsesivo (M2). Comparando M1 y M2 hay más varones en M2 y más hembras en M1.

- *V2 Lugar fratría:* El lugar en la fratría más frecuente en los dos grupos es el de "primogénito", y "benjamín", y el de menor frecuencia, "gemelo". Comparando M1 y M2, M2 predomina en "hijo único" y "mediano". M1 predomina en "primogénito", "benjamín" y "gemelo".

- *V3 Alteraciones del desarrollo:* En ambos grupos dominan las "alteraciones de la conducta" mientras que las "alteraciones psicomotoras" presentan la frecuencia menor. Comparando M1 y M2, M1 predomina en "alteraciones de la conducta", "alteraciones del aprendizaje", "alteraciones del lenguaje", "alteraciones esfinteriales" y alteraciones psicomotoras". M2 predomina en "alteraciones del sueño", "tics" y "alteraciones oraalimentarias".

- *V4 Alteraciones psicopatológicas:* En los dos grupos la mayor frecuencia aparece en "alteraciones de ansiedad" y la menor en "alteraciones psicósomáticas". Comparando M1 y M2, M1 predomina en "rasgos de inhibición", "carencia afectiva", somatizaciones" y "alteraciones psicósomáticas". M2 domina en "alteraciones de ansiedad", "rasgos depresivos" y "rasgos distímicos".

- *V5 Factores orgánicos:* Las frecuencias en los factores perinatales y postnatales son casi iguales en los dos

grupos. Comparando los dos grupos, M1 predomina en: "factores postnatales" y M2 en "factores perinatales".

- *V6 Factores familiares:* En los dos grupos el factor familiar más frecuente es "disfunción familiar" y el menos frecuente "adopción". Comparando los dos grupos M1 predomina en los tres items: "disfunción familiar" "ruptura lazos familiares" y "adopción", aunque en este último la muestra es muy pequeña.

- *V7 E.E.G.:* Las frecuencias de E.E.G. "alterado" y "normal" son casi iguales en la muestra total. El valor más alto de "E.E.G. alterado" se da en M1, y por tanto, la mayor frecuencia de "E.E.G. normal" aparece en M2.

- *V8 Tipo de tratamiento:* En ambos grupos el tratamiento más utilizado ha sido el "mixto" y el menos utilizado el "psicofarmacológico" en M1 y el "psicoterapéutico" en M2. Comparando M1 y M2 es en M1 donde aparece la mayor frecuencia del "tratamiento psicoterapéutico" y del "psicofarmacológico". M2 predomina en "tratamiento mixto".

- *V9 Evolución tratamiento psicofarmacológico:* El "tratamiento psicofarmacológico" ha resultado "eficaz" en la mayoría de los casos de ambos grupos en que se ha administrado. Comparando M1 y M2 el "tratamiento psicofarmacológico" ha resultado más "eficaz" en M1.

- *V10 Evolución tratamiento psicoterapéutico:* El "tratamiento psicoterapéutico" se valoró como "eficaz" en la totalidad de los casos en que se ha aplicado en los dos grupos.

- *V11 Evolución tratamiento mixto:* El "tratamiento mixto" ha resultado "eficaz" en la mayoría de los casos en que se ha administrado, en los dos grupos. La eficacia se ha mostrado superior en M1 en comparación con M2.

A partir de los resultados se pueden establecer unos *perfiles* así como identificar unos rasgos comunes y otros diferenciales entre los dos grupos estudiados, fóbicos y obsesivos (Tablas 6 y 7).

Rasgos comunes Trastorno Fóbico-Trastorno Obsesivo

En la mayoría de las variables se dan dos similitudes importantes. La primera es que, en ambos grupos, son los mismos items los que alcanzan valores más altos en todas las variables, excepto en *Factores orgánicos y E.E.G.* Por ejemplo, en *V2 lugar fratría* predominan los "primogénitos" tanto en el grupo de fóbicos como en el grupo de obsesivos. La segunda similitud consiste en que los items con los valores más bajos son también los mismos en ambos grupos en todas las variables, excep-

Tabla 7 Perfil Trastorno Obsesivo (M2)

- Predominio del género masculino (V1)
 - Ser el primogénito o benjamín (V2)
 - Alteraciones de conducta, del sueño, aprendizaje, tics, oroalimentarias, lenguaje y esfinteriales, en cuanto a alteraciones del desarrollo (V3)
 - Alteraciones de ansiedad, rasgos distímicos, somatizaciones y carencia afectiva, en cuanto a alteraciones psicopatológicas (V4)
 - Antecedentes de factores orgánicos perinatales (V5)
 - Disfunción familiar, en cuanto a factores familiares (V6)
 - E.E.G. normal, en cuanto a prueba neurofisiológica complementaria (V7)
- Respecto al tipo y evolución en el tratamiento, se caracterizan por:
- Administración más frecuente de tratamiento mixto (V8);
 - Eficacia total en los casos en que se administró un tratamiento psicoterapéutico (V10) y eficacia en la administración de los tratamientos mixto y psicofarmacológico (V11 y V9).

Tabla 8 Rasgos diferenciales trastorno fóbico-trastorno obsesivo

- a. Trastorno fóbico*
- Hijo único (V2)
 - Alteraciones del aprendizaje (V3)
 - Alteraciones del lenguaje (V3)
 - Alteraciones esfinteriales (V3)
 - Carencia afectiva (V4)
 - E.E.G. alterado (V7)
 - Tratamiento psicoterapéutico (V8)
- b. Trastorno obsesivo:*
- Alteraciones del sueño (V3)
 - Rasgos depresivos (V4)
 - E.E.G. normal (V7)
 - Tratamiento mixto (V8). (Cuadros).

to en *Factores orgánicos, E.E.G. y Tipo de tratamiento*. Por ejemplo, en *V4 Alteraciones psicopatológicas* la frecuencia de "alteraciones psicósomáticas" es la inferior tanto en fóbicos como en obsesivos. Los rasgos diferenciales entre ambos trastornos quedan expuestos en la tabla 8.

DISCUSIÓN

V1 Género

Tanto Conde⁽¹¹⁾ como Mendiguchía⁽³⁴⁾ citando a Pelechano (1981) afirman: "las niñas serían más miedosas que los niños, siendo la diferencia mayor en el temor a animales, al peligro físico y a la amenaza de violencia".

Marks (1991)⁽³⁰⁾ afirma que el trastorno obsesivo-compulsivo es raro en la infancia y que se observa más a menudo en varones; en cambio, en adultos, se presenta tan a menudo en varones como en mujeres.

Nuestros resultados coinciden con Marks en el trastorno obsesivo en la infancia, puesto que predominan claramente los varones en ambos trastornos (63,5% trastorno fóbico y 60,4% trastorno obsesivo).

V2 Lugar fraternidad

Marks (1991)⁽³⁰⁾ afirma que "podría existir una tendencia, en varones obsesivo-compulsivos, a ser primogénitos o hijos únicos".

Nuestros resultados confirman parcialmente esta afirmación. Los primogénitos son los que presentan mayor frecuencia, tanto en el trastorno obsesivo (45,3%) como en el fóbico (36,5%), luego los benjamines (28,9% y 25,4% respectivamente), y, en tercer lugar, los hijos únicos en el trastorno fóbico (21,4%) y los medianos en el trastorno obsesivo (14,5%).

V3 Alteraciones del desarrollo

- *Alteraciones oroalimentarias*. Marks⁽³⁰⁾ afirma que un porcentaje importante de mujeres con trastorno obsesivo-compulsivo tiene antecedentes de anorexia nerviosa. Este factor en concreto no ha sido estudiado por nosotros, pero sí hallamos, en nuestra población infantil, mayor presencia de "alteraciones oroalimentarias" en el trastorno obsesivo (24,5%) que en el trastorno fóbico (18,2%).

Mendiguchía⁽³⁴⁾ afirma que una gran parte de los pacientes afectos de bulimia, adolescentes femeninas muchas de ellas, muestran rasgos obsesivos de personalidad. El atracarse de comida tiene una gran relación con las compulsiones y algún autor como Rosen y Leitemberg dicen claramente que es un trastorno obsesivo-compulsivo.

Referente a la anorexia mental, Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a varios autores como Shyrley y Kanner que la adjudican a la neurosis obsesiva, y a Laboucarie y Barres, que distinguen una forma obsesiva y una forma fóbica entre varios tipos de anorexia.

270 Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita aún a otros autores que relacionan el trastorno obsesivo, el trastorno fóbico y la anorexia mental: Gallot-Saulnier, Asperger, Jeammet, Chinchilla Moreno, Di Cagno y cols., y Dally y Gómez.

Nuestros resultados confirman la presencia de "alteraciones oroalimentarias" especialmente en el trastorno obsesivo (24,5%), pero no de forma significativa.

- *Alteraciones del sueño.* Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ subrayan la presencia, en todos sus casos de trastorno obsesivo, de síntomas como los trastornos del sueño, enmarcados en un cuadro depresivo.

Nuestros datos coinciden al detectarse "alteraciones del sueño" especialmente en el trastorno obsesivo (56,6%), aunque también en el trastorno fóbico (40,4%). Esta diferencia es altamente significativa estadísticamente.

- *Tics.* Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a varios autores: Janet afirma que los tics son equiparables en cierto modo a los fenómenos obsesivos genuinos. Regis distingue el tic obsesivo del psicomotor y del motor involuntario. Michaus: "los tics pueden tener el valor de una obsesión-compulsión". Kanner destaca un exceso de escrupulosidad entre los componentes de personalidad del ticoso. Levovici y Diatkine "los tics pueden tener un carácter obsesivo". En la misma línea se hallan Houzel y Bastard, Malet y Raban, Mazet y Houzel, Charcot, Cobert y cols., y Rouart.

En sentido contrario se pronuncia Ajuriaguerra⁽²⁾: "si se encuentra en los ticosos una sintomatología neurótica, en el 59% de los casos está muy lejos de ser necesariamente de tipo obsesivo".

Nuestros resultados destacan una presencia similar de "tics" en el trastorno obsesivo (29,5%) y en el trastorno fóbico (25,3%) y no de forma significativa, por lo que apuntan en la línea de Ajuriaguerra.

- *Alteraciones de conducta.* Bolton⁽⁹⁾ afirma que los niños afectados de trastorno obsesivo-compulsivo involucran a sus padres y hermanos en sus rituales, reaccionando con un humor violento cuando no le obedecen.

Toro⁽⁴⁶⁾ coincide con Bolton⁽⁹⁾, afirmando que en las obsesiones infantiles existe agresividad hacia la familia, más concretamente hacia los padres, y una forzada implicación de éstos en los rituales. También recuerda la frecuente coexistencia de depresión, trastorno que, especialmente en el niño y en el adolescente, suele cursar con irritabilidad y agresividad.

Nuestros resultados coinciden en las afirmaciones de Bolton y Toro. Destaca la presencia de "alteraciones de

conducta" en el trastorno obsesivo (64,1%) pero aún más en el trastorno fóbico (73%).

- *Alteraciones del lenguaje y del aprendizaje.* En la bibliografía revisada no hemos hallado ninguna referencia a las "alteraciones del lenguaje" (42,0%) ni a las "alteraciones del aprendizaje" (61,9%). En nuestra muestra ambas han resultado significativas en el trastorno fóbico.

V4 Alteraciones psicopatológicas

- *Rasgos depresivos.* Para Adams (1973), citado por Toro⁽⁴⁶⁾, las obsesiones en la infancia se acompañan de alteraciones del humor. En 1981, Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ dicen de una manera taxativa que "todos los niños obsesivos por ellos estudiados fueron diagnosticados de depresivos y que todos ellos presentaban trastornos del sueño y algunas ideas de suicidio. Para estos autores el cuadro depresivo era en todos los casos secundario al obsesivo cuando éste llevaba uno o dos años de evolución".

Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a varios autores que también opinan que existe una base depresiva en la personalidad del obsesivo: desde Abraham en 1924 a Bollea y Giannotti en 1971.

Nuestros resultados se corresponden con estas afirmaciones, puesto que "rasgos depresivos" resultan más frecuentes en el grupo de los obsesivos (59,7%), siendo la diferencia con el grupo de los fóbicos altamente significativa estadísticamente.

Por el contrario, Marks⁽³⁰⁾ encuentra sintomatología depresiva con frecuencia, tanto en fóbicos como en obsesivos, aunque también concuerda con Rapoport⁽⁴⁰⁾ respecto a la relación obsesivo-depresión.

Nuestros resultados confirman la observación de Adams respecto a la presencia de "rasgos depresivos" en niños obsesivos.

- *Alteraciones de ansiedad.* Para Marks⁽³⁰⁾ la depresión está casi siempre asociada con ansiedad, pero la ansiedad se presenta frecuentemente sin depresión. También afirma que la depresión asociada con síntomas obsesivo-compulsivos es por lo general de la variedad ansiosa.

Bolton y cols.⁽⁹⁾ afirman que "los adolescentes obsesivo-compulsivos son ansiosos y alrededor de la mitad intentan resistir sus rituales", coincidiendo con Flament y Rapoport (1984) en que "la mayoría, reconoce que sus preocupaciones no tienen sentido y sufre asimismo depresión mayor en alguna etapa".

Nuestros resultados coinciden con Marks. En ambos grupos el nivel de "alteraciones de ansiedad" es muy elevado (79,8% trastorno obsesivo y 79,3% trastorno fóbico), pero en los obsesivos la frecuencia de "rasgos depresivos" es significativamente mayor (59,7%).

Coincidimos con Mendiguchía⁽³⁴⁾ respecto a la frecuencia de los miedos anómalos en trastornos fóbicos y obsesivos. En una investigación realizada por este autor, si bien aparecen casos aislados de miedo sin otra sintomatología, frecuentemente el miedo coincide con síntomas obsesivos y fóbicos. En las dos muestras estudiadas por nosotros, la presencia de miedos ha sido uno de los indicadores para la medición de las "alteraciones de ansiedad", que como ya hemos dicho muestra una frecuencia elevada en ambos grupos.

- *Rasgos de inhibición.* Los "rasgos de inhibición" han aparecido con mayor frecuencia en el grupo de fóbicos (57,9%) que en el de obsesivos (49,6%). Aunque ambas frecuencias son elevadas no hemos encontrado bibliografía con la que cotejarlas.

V5 Factores orgánicos

Conde⁽¹¹⁾ afirma que los trastornos obsesivos, más que los fóbicos, parecen tener etiopatogenia orgánica.

Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a Toro, quien afirma: "la base biológica de las obsesiones es muy sugerente dada la relación de las mismas en el síndrome de Gilles de la Tourette, cuya cimentación orgánica, y más concretamente genética, es cada día más favorablemente considerada".

Nuestros "factores orgánicos" investigan los antecedentes peri y postnatales en general, y los resultados no son destacables en ninguno de los dos grupos.

V6 Factores familiares

Mendiguchía⁽³⁴⁾ dice: "son pocos los autores que han estudiado el papel jugado por la familia en la génesis de las fobias y obsesiones en la infancia, aunque existen numerosos trabajos sobre la posible transmisión hereditaria de la neurosis obsesiva".

Marks⁽³⁰⁾ afirma que los familiares de niños afectados de fobias muestran una mayor incidencia de depresión y ansiedad, y que los padres tienden a incitar la dependencia en el niño fóbico. Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo, afirma que los familiares varones primogénitos presentan una gran cantidad de síntomas

obsesivo-compulsivos, y que el deterioro del paciente se generaliza menos si los familiares no participan en los rituales. Toro⁽⁴⁶⁾ también corrobora la importancia de la implicación de la familia en los rituales del paciente en la evolución del mismo.

Toro⁽⁴⁶⁾ afirma que es significativamente frecuente la presencia de trastornos obsesivos y compulsivos en los familiares, y más concretamente en los padres de los niños obsesivos. Esto ocurría en cuatro de los cinco niños estudiados por Judl⁽²⁵⁾. Asimismo, el 71,4% de los 49 pacientes que constituían la población de Adams (1973) también contaban con padres obsesivos-compulsivos. Más recientemente, Hollingsworth y cols.⁽²⁴⁾ verificaron la presencia de un 82% de padres con enfermedades graves psiquiátricas o médicas en sus 17 obsesivos. Por fin, Knölker (1983) también ha confirmado que las familias de los niños obsesivos, especialmente las madres, son mayoritariamente ansiosas y presentan comportamientos compulsivos.

Sin embargo, Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ en su estudio de nueve adolescentes obsesivos no hallaron en los padres ningún trastorno fóbico u obsesivo-compulsivo, aunque detectaron una relativa frecuencia de alcoholismo. Asimismo, estudiados los 27 hermanos de sus pacientes, sólo uno de ellos pudo ser diagnosticado de obsesivo.

Pese a los resultados de Rapoport y cols., Toro⁽⁴⁸⁾ afirma que la frecuencia de obsesiones y compulsiones en los padres de estos niños es sumamente superior a la de cualquier grupo de control normal.

Adams (1973), citado por Toro⁽⁴⁸⁾, afirma que se trata de familias muy "verbales", tendentes a ignorar las reacciones emocionales de los demás, con escasos amigos íntimos, incitando muy escasamente a sus hijos a la búsqueda de amistades. Estos datos se corresponden con los hallados por Knölker (1983).

Nuestros resultados también destacan la presencia de "disfunción familiar" y "ruptura de lazos familiares" en el trastorno obsesivo (53,3% en total); pero sobrepasan más en el trastorno fóbico (65,8% en total), lo cual, en la bibliografía revisada, sólo Marks corrobora para las fobias.

V7 E.E.G

Insel (1982), citado por Sánchez Planell⁽⁴⁸⁾, ha estudiado el registro polisomnográfico del sueño nocturno en pacientes obsesivos, demostrando la existencia de anomalías evidentes: acortamiento de la latencia REM,

272 reducción de la eficacia REM y también del estadio IV; estas anomalías son similares a las presentadas por pacientes depresivos endógenos, pero no han sido demostradas en pacientes ansioso-fóbicos.

Marks⁽³⁰⁾ afirma que el miedo puede presentarse como parte de una convulsión del lóbulo temporal, aunque los síndromes fóbicos y obsesivo-compulsivos están raramente asociados con epilepsia.

Mendiguchía⁽³⁴⁾ cita a Serrate (1966) que señala la presencia de obsesiones en niños con epilepsia y a Eliascheff (1973) para quien los estados obsesivos infantiles con perturbaciones electroencefalográficas de tipo comicial deben hacer pensar en un proceso encefalítico evolutivo. También cita a Lebovici, Heuyer y Bouvier, que se han interesado por las relaciones entre obsesiones y epilepsia y han descrito casos en los que las manifestaciones epilépticas se complican con rasgos obsesivos. Otros en los que las obsesiones se acompañan de modificaciones en los trazados EEG, y otros en los que la epilepsia se complica con temores obsesivos a la crisis.

Rapoport y cols.⁽⁴⁰⁾ afirman que el EEG de sueño de los niños con trastorno obsesivo-compulsivo es parecido al de los jóvenes con trastorno depresivo primario.

Nuestros resultados sólo confirman las tesis de Marks. Únicamente destaca la mayor proporción de EEG normal (60,2%) en el grupo de trastorno obsesivo.

V8 a V11 Tipo de Tratamiento y su evolución

Ajuriagerra⁽²⁾ afirma que "el tratamiento del síndrome obsesivo-compulsivo es bastante decepcionante".

A nivel conductual, Steketee y cols. (1982), citado por Toro⁽⁴⁸⁾, señala que la eficacia es muy elevada cuando se practican conjuntamente la prevención de respuestas y la exposición *in vivo* en el tratamiento del trastorno obsesivo. Si se utiliza exclusivamente una de las dos técnicas, los pacientes experimentan mejoras parciales y sufren más recaídas. La exposición imaginada es una técnica indicada en el caso de los miedos a supuestas catástrofes futuras.

Bolton y cols.⁽⁹⁾ en su trabajo con adolescentes obsesivos-compulsivos, también señalan la eficacia de la prevención de respuestas, paralelamente al trabajo con los padres, y en los casos más graves, los más fóbicos, exposición *in vivo*.

Kennedy⁽²⁷⁾ aconseja la terapia racional emotiva donde se enfoca críticamente al paciente sus rituales para-

lelamente a la desensibilización de las fobias implicadas. También admite la práctica de un "bloqueo total" es decir prevención de respuesta y del refuerzo de los progresos.

Marks⁽³⁰⁾ afirma que cuando la disforia (humor ansioso-depresivo) no está presente, los fármacos antidepressivos ejercen muy poco efecto sobre fobias y rituales...

Austin y cols.⁽⁵⁾ afirman que los pacientes con trastorno fóbico-obsesivo responden significativamente mejor a la clomipramina si tienen historia de otros trastornos de ansiedad.

Ferrer y Tomás⁽¹⁹⁾ administrando clorimipramina junto con psicoterapia a 26 adolescentes obsesivos obtienen un 61% de evoluciones favorables.

Sin embargo Rapoport y Mielsen (1978), citados por Toro⁽⁴⁶⁾, afirman que no es posible concluir sobre la eficacia del tratamiento psicofarmacológico con antidepressivos del cuadro obsesivo en general.

Refiriéndose específicamente al trastorno fóbico, Hampe, Noble, Miller y Barrett (1973), citados por Kennedy⁽²⁷⁾, señalan que todas las fobias tienden a disminuir con o sin tratamiento en un periodo aproximado de dos años. Una causa posible de su remisión espontánea además de la pérdida de significación, es un cambio cognitivo que reduce la cualidad fóbica.

Nuestros resultados en cuanto al tratamiento psicofarmacológico coinciden con las tesis de Ferrer y Tomás, mientras divergen de las conclusiones de autores como Rapoport y Mikkelsen.

Pero en nuestro estudio, los diferentes tratamientos han resultado eficaces en la mayoría de los casos, especialmente el tratamiento mixto (antidepresivo y psicoterapia), el cual, administrado al trastorno fóbico, ha resultado el más eficaz de todos (93,1%).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio abunda en las dificultades para efectuar aportaciones claras que contribuyan a facilitar el diagnóstico diferencial entre el Trastorno Fóbico y el Trastorno Obsesivo en la infancia y la adolescencia: los resultados muestran las similitudes de ambos cuadros psicopatológicos en múltiples variables estudiadas.

Sin embargo, del análisis estadístico de los datos se pueden extraer algunas conclusiones en cuanto a aspectos diferenciales en la sintomatología secundaria de

los dos trastornos, que pueden resultar útiles para el diagnóstico diferencial en la muestra estudiada. El análisis descriptivo sugiere la necesidad de estudiar muestras más amplias. En definitiva, los resultados obtenidos permiten mantener el interés hacia futuros estudios sobre la importancia de dicha clínica acompañante como apoyo útil para un diagnóstico más fiable, y quizás, incluso para profundizar en el tema del pronóstico.

En primer lugar, las alteraciones del sueño y los rasgos depresivos son significativamente más frecuentes en la muestra de los pacientes obsesivos. Esta afirmación, además de corresponderse con la práctica clínica y la bibliografía revisada, está en línea con las hipótesis a favor de la importancia de los factores biológicos en la génesis de los trastornos obsesivos. Sin embargo, los resultados neurofisiológicos no abundarían en la misma línea.

Por otro lado, en cuanto a alteraciones del desarrollo, los pacientes fóbicos obtienen diferencias probablemente significativas a su favor en alteraciones del lenguaje y del aprendizaje. Así, los trastornos fóbicos aparecen más relacionados con trastornos en la maduración e imbricados con la dinámica familiar y los aspectos de relación afectiva. Pero los resultados neurofisiológicos orientan hacia la importancia de los aspectos orgánicos en el Trastorno Fóbico.

Sin extraer conclusiones del análisis descriptivo exclusivamente, los perfiles obtenidos para cada muestra y, sobre todo, los rasgos diferenciales encontrados resultan muy sugerentes.

La investigación de las características secundarias del Trastorno Fóbico y del Trastorno Obsesivo puede ser útil para una mayor precisión del diagnóstico diferencial y para profundizar en el conocimiento y comprensión de ambas patologías en la infancia y la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Abe K, Suzuki T. "Prevalence of some symptoms in adolescence and maturity: social phobias, anxiety symptoms, episodic illusions and idea of reference". *Psychopathology* 1986;19(4):200-205.
- 2 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson, Barcelona, 1973.
- 3 Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Manual de Psicopatología del Niño*. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
- 4 American Psychiatric Association *DSM-III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 1988.
- 5 Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD, Zealberg JJ, Laria MT, Ballenger JC. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51(11):456-458.
- 6 Bergeret J. *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- 7 Bernard RC, Newman SC, Orn H. Age of onset of psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1988;338:43-49.
- 9 Bolton D, Collins S, Steinberg D. The treatment of obsessive-compulsive disorders in adolescence: a report of fifteen cases. *Br J Psychiatry* 1983;142:456-464.
- 10 Boyd JH, Rae DS, Thompson JW, Burns BJ, Bourdon K, Locke BZ, Regier DA. Phobia: prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1990;25(6):314-323.
- 11 Conde V, Ballesteros MC. Introducción. *Rev Neuropsiqu Infanto Juvenil* 1987;10:13-22.
- 12 Dias MP, Esquete C. Miedos y fobias infantiles. *Rev Neuropsiqu Infantil* 1985;5(1):147-156.
- 13 Dugas M, Smadja B. La semiologie obsessionnelle chez l'enfant. *Rev Pract* 1980;17:1085-1094.
- 14 Duche DJ. *Les névroses infantiles*. E.M.Ch. 4101 L, 1970.
- 15 Elkins R, Raport JL, Lipsky A. Obsessive compulsive disorders of childhood and adolescence. A neurobiological viewpoint. *J Child Psychiatr* 1980;19(2):511-522.
- 16 Ellenberger HF, Murphy H.B.M. Les névroses et les états mineurs. E.M.Ch 37725 B, 1978.
- 17 Erdman HP, Klein MH, Greist JH, Bass SM, Bires JK, Machtinger PE. A comparison of the Diagnostic Interview Schedule and clinical diagnosis. *Am J Psychiatry* 1987;144(11):1477-1480.
- 18 Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, 1978.
- 19 Ferrer R, Tomàs J. Psicofarmacología en los síndromes obsesivos. *Rev Neuropsiq Infanto Juvenil* 1984;4(2):35-39.
- 20 Green A. *Obsessions et Psychonévrose obsessionnelle*. MCh. 37370 A-D, 1965.
- 21 Handl, Wittchen H-U. *Panic and Phobias*. I-II. Springer-Verlag 1988.
- 22 Hardy MC, Hardy P, Kerneis O. Sémiologie des condites anxieuses. E.M.Ch 37112 A, 1985.
- 23 Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics Spring* 1992;33(2):156-165.
- 24 Hollingsworth CE, Tangvay PE, Grossman L, Pabst P. Longterm outcome of obsessive-compulsive disorder in children. *J Am Acad Psychiatry* 1980;19:134-144.

- 274 25 Judd LL. Obsessive compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatry* 1965; **12**:136-143.
- 26 Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins 5ª ed. 1-2.
- 27 Kennedy WA. Obsessive-compulsive and phobic reactions. En: Ollendick TH, Hersem M, eds. *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Plenum Press, 1983.
- 28 Kohler CD, Martin. Manifestations phobo-obsessionnelles chez l'enfant. *Psychiatr Enfaut* 1974; **17**:341-409.
- 29 Krieg JC, Bronisch T, Wittchen HU, Von Zerssen D. Anxiety disorders: a long-term prospective and retrospective follow-up study of former in patients suffering from an anxiety neurosis or phobia. *Acta Psychiatr Scand* 1987; **76**(1):36-47.
- 30 Marks IM. *Miedos, fobias y rituales*. Ed. Martínez Roca, Barcelona I-II 1991.
- 31 Mathews AM, Gelder MG, Johnston DW. *Agorafobia, naturaleza y tratamiento*. Fontanella, Barcelona, 1985.
- 32 Mazet Ph, Rabain D. *Les troubles névrotiques chez l'enfant*. E.M.Ch. 4101 L, 1985.
- 33 McKeon P, Murray R. Familiar aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; **151**:528-534.
- 34 Mendiguchía FJ. Miedos, fobias y obsesiones en la infancia y la adolescencia. *Rev Neuropsiqu Infanto-Juvenil* 1987; **10**:23-134.
- 35 Müller N, Durst Ph, Straube A, Müller Sphan F. Une contribution au diagnostic différentiel des syndromes obsessionnels et compulsifs. *J Psychiatrie Biologique et Thérapeutique* 1989; **33**:37-42.
- 36 OMSCIE-10: *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ed. Meditor, Madrid, 1992.
- 37 Perrier F, Conte C. *Névrose phobique*. E.M.Ch., 37368 A, 1964.
- 38 Petersen A, Lehmkuhl G. The course of phobia in children and adolescents: a catamnestic study. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1990; **18**(1):12-17.
- 39 Piedimonte RB, Goldin MA. *Diálogos sobre Psicopatología. II. La Fobia*. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1978.
- 40 Rapoport J, Elkins R, Langer DH, Sceery W, Buchsbaum MS, Gillin JC, Murphy DL, Zahn TP, Lake R, Ludlow C, Mendelson W. Childhood obsessive-compulsive disorders. *Am J Psychiatr* 1981; **138**(12):1545-1554.
- 41 Rodríguez MA. *Trastornos fóbico-obsesivos en la infancia y adolescencia: revisión de 159 casos*. Trabajo del Master en Psiquiatría Infanto-Juvenil. U.A.B., 1992.
- 42 Rolla EH. *Personalidad fóbica*. Ed. Kargieman, Benos Aires, 1970.
- 43 Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Chaloff J. Behavioral inhibition in children: a possible precursor to panic disorder or social phobia. *J Clin Psychiatry* 1991; **52**:5-9.
- 44 Sabanés F, Salvador L, Bueno JA. Trastornos de Ansiedad. *Medicine* 1986; **69**:2839-2846.
- 45 Swedo SE, Rapoport JL, Harmatz JS, Engelhardt N, Shader RI. Trastornos obsesivo-compulsivos en niños y adolescentes. *Archives of General Psychiatry by the American Medical Association* 1989; **46**:4.
- 46 Toro J, Alga J, Doménech E. *Las obsesiones en Psiquiatría Infantil*. Act. XI Congreso Nacional Neuropsiquiatría 1971:365-384.
- 47 Torgensen S. The nature and origin of common phobic fears. *Br J Psychiatry* 1979; **134**:343-351.
- 48 Vallejo J. *Estados obsesivos*. Salvat Medicina, Barcelona, 1987.
- 49 Vallejo J. Estados obsesivos. *Medicine* 1986; **69**:2847-2853.
- 50 Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affective Disord* 1991; **21**(2):93-99.

Anexo 1 Cuadros

		M1		M2				M1		M2	
V1 Género	N	%	N	%	V6 Factores familiares	N	%	N	%		
Masculino	96	60,4	80	63,5	Disfunción familiar	68	53,9	72	45,2		
Femenino	63	39,6	46	36,5	Ruptura lazos fam.	15	11,9	13	8,1		
Total	159	100	126	100	Adopción	2	1,5	1	0,6		
					Total	85		86			
V2 Lugar fratría	N	%	N	%	V7 E.E.G.	N	%	N	%		
Primogénito	72	45,3	46	36,5	Normal	29	40,8	56	60,2		
Mediano	23	14,5	21	16,7	Alterado	42	49,2	37	39,8		
Benjamín	46	28,9	32	25,4	Total	71		93			
Hijo único	16	10,1	27	21,4							
Gemelo	2	1,3	0	0							
Total	159	100	126	100							
V3 alteraciones del desarrollo	N	%	N	%	V8 Tipo de tratamiento	N	%	N	%		
A. oroalimentarias	23	18,2	39	24,5	Psicofarmacológico	14	14,6	15	11,0		
Alt. sueño	51	40,4	90	56,6	Psicoterapéutico	24	25,0	6	4,4		
Alt. psicomotoras	16	12,6	16	10,0	Mixto	58	60,4	115	84,6		
Tics	32	25,3	47	29,5	Total	96	100	136	100		
Alt. lenguaje	53	42,0	37	23,2							
Alt. esfinteriales	45	35,7	37	23,2	V9 Evolución tratamiento psicofarmacológico	N	%	N	%		
Alt. conducta	92	73,0	102	64,1	Ineficaz	2	14,3	3	20,0		
Alt. aprendizaje	78	61,9	59	37,1	Eficaz	12	85,7	12	80,0		
Total	390		427		Total	14	100	15	100		
V4 Alteraciones psicopatológicas	N	%	N	%	V10 Evolución tratamiento psicoterapéutico	N	%	N	%		
Alt. ansiedad	100	79,3	127	79,8	Ineficaz	0	0	0	0		
Somatizaciones	42	33,3	50	31,4	Eficaz	24	100	6	100		
Alt. psicósomáticas	13	10,3	9	5,6	Total	24	100	6	100		
Rasgos inhibición	73	57,9	79	49,6							
Rasgos depresivos	42	33,3	95	59,7	V11 Evolución tratamiento mixtos	N	%	N	%		
Carencia afectiva	49	38,8	43	27,0	Ineficaz	4	6,9	13	11,3		
Rasgos distímicos	28	22,2	51	32,0	Eficaz	54	9,31	102	88,7		
Total	347		454		Total	58	100	115	100		
V5 Factores orgánicos	N	%	N	%							
Fact. perinatales	9	7,1	18	11,3							
Fact. postnatales	15	11,9	13	8,1							
Total	24		31								

Anexo 2.

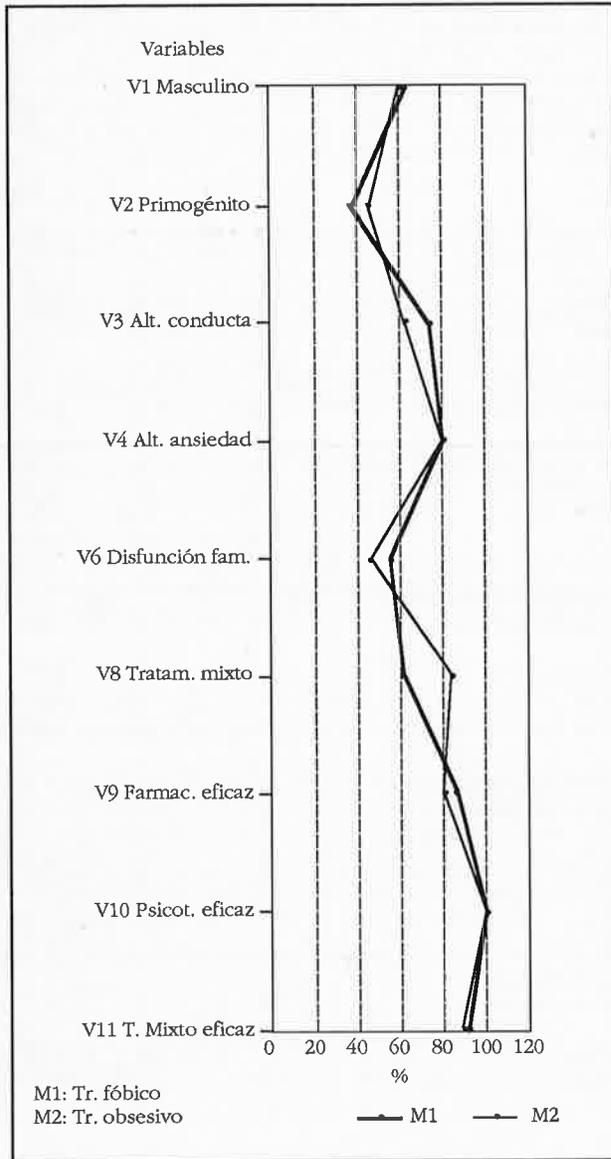


Figura 1. Comparación variables M1/M2. Valores máximos.

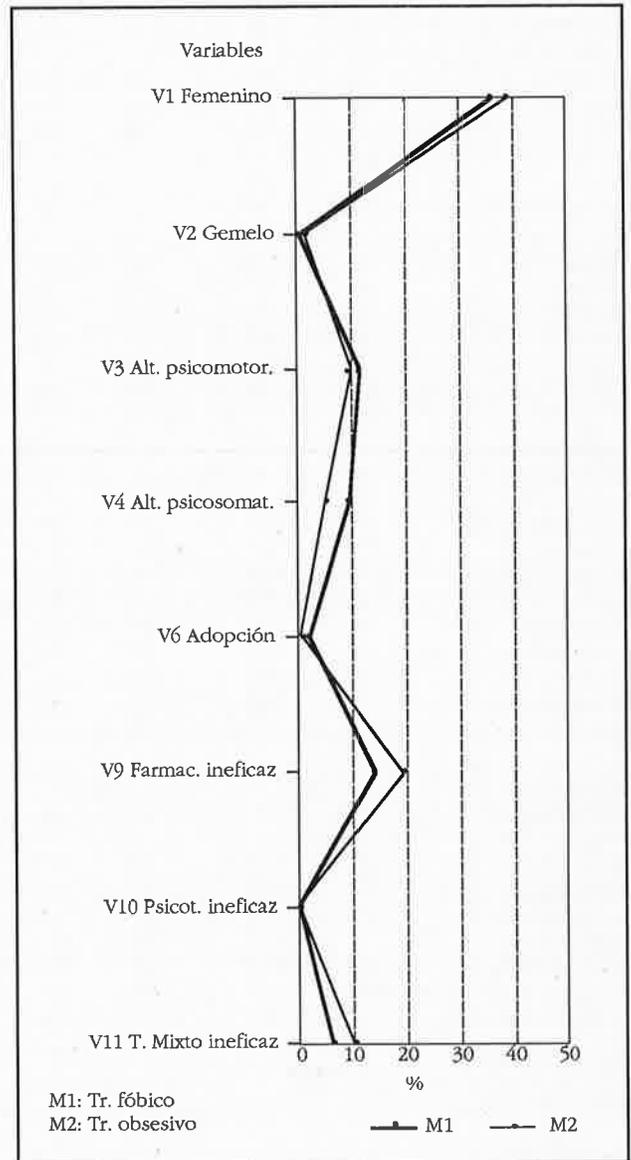


Figura 2. Comparación variables M1/M2. Valores mínimos.