

# Utilidad del EPQ-J en el diagnóstico de los trastornos de conducta

J.J. García Campayo\*, R. Campos Ródenas\*,  
M. Velilla Picazo\*\*, E. García Peligero\*\*\*

Zaragoza

## RESUMEN

Los autores después de hacer una exhaustiva valoración clínico-diagnóstica del fenómeno caracterial se centran en la utilidad del EPQ-J como instrumento de medida en cuanto a los problemas de conducta en el niño. Se llega a la conclusión, entre otras, de que el cuestionario discrimina perfectamente los niños con y sin trastornos de conducta, entre ellos como ante la población normal.

**Palabras clave:** Cuestionarios. EPQ-J. Niño caracterial. Trastornos de conducta.

\* MIR Psiquiatría. Hospital Clínico. Zaragoza.

\*\* Médico adjunto. Servicio Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico. Zaragoza.

\*\*\* Psiquiatra. Hosp. Psiquiátrico El Pilar. Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

En un elevado número de casos, el principal motivo por el que se nos trae a la consulta paidopsiquiátrica a un niño o a un adolescente, suele ser un problema de comportamiento o de conducta que resulta conflictivo para el entorno, sin que suela ser concebido como tal por el propio niño.

La atención se centra, por tanto, sobre un fenómeno exterior, pero si no se detiene más

que sobre este aspecto externo, tenderá a valorarse solamente bien la adaptación social o bien las dificultades de relación con el medio. Por otra parte, nos parece oportuno insistir en que ante un problema de comportamiento hay que contemplar siempre una triple posibilidad: que sea normal, reactivo o verdaderamente psicopatológico.

Si entendemos la conducta como «la forma habitual de reaccionar de un individuo en un medio y en entorno determinados» comprendemos que nos encontramos ante un concepto amplio que está íntimamente relacionado con los aspectos madurativos (social y emocional) del desarrollo. Por tanto, considerar con objetividad cuándo un niño presenta una conducta adaptada o inadaptada, en muchas ocasiones, no va a resultar fácil. En ese sentido, nos parece oportuna la afirmación de Vázquez Velasco<sup>1</sup> en un exhaustivo trabajo sobre trastornos de comportamiento en la infancia, en el que dice que «puede haber niños tercos, sucios, desordenados, inquietos, emotivos e irritables, que aun teniendo todas estas características juntas, y siendo un problema para padres perfeccionistas u obstinados, son totalmente normales, pues no hay desviación dentro de la norma, y es que no hay que buscar un arquetipo de niños modelo, sino la realidad de cómo es el niño, nos guste o no».

Asimismo, hay que considerar que los trabajos sobre trastornos de comportamiento en la infancia son muy numerosos, pero en un alto porcentaje de ellos no se tiene en cuenta la edad, por lo que coincidimos con Serrate<sup>2</sup>

cuando afirma que «un síntoma o un problema de comportamiento no puede ser considerado como patológico más que en relación con el nivel de evolución». Y así, por ejemplo, comprobamos cómo desde el punto de vista cualitativo hay numerosos matices diferenciales entre los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia.

Por lo que respecta a la terminología, muchas veces se emplea indistintamente el término «conducta» o «comportamiento». En el primer Congreso Internacional de Psiquiatría (París, 1950), La Comisión de Psiquiatría Infantil acordó el término «trastornos de comportamiento» como traducción de los vocablos «*behaviour disorder*», profusamente empleados por los anglosajones. Sin embargo, en una reunión de la OMS, celebrada en París en 1967 y dedicada a los problemas diagnósticos de la Psiquiatría Infantil, se prefirió hablar de los «trastornos de conducta».

Por su parte, Ajuriaguerra<sup>1</sup> utiliza otros términos generales como «perturbaciones del carácter», «infancia irregular», «niños difíciles» o también «niños caracteriales».

Asimismo, existe una gran variedad de criterios en orden a la clasificación de los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia. Por una parte entre la escuela europea y americana, y por otra, entre los psiquiatras infanto-juveniles y los pediatras.

Algunos autores, en especial los franceses, intentaron describir diversos tipos de trastornos de conducta tomando como base tres parámetros: según las características de la sintomatología, según el pronóstico de educabilidad y el punto de vista médico-social y según el tipo de interacciones que se producen en el entorno familiar.

Duche<sup>4</sup> considera criticable este tipo de clasificaciones, puesto que no se puede encuadrar a cada niño en un tipo sino que se implicarían en más de un cuadro tipológico. Jenkins<sup>5</sup> establece seis categorías distintas en su clasificación de trastornos de conducta en la infancia: reacción hiperkinética; reacción de retraimiento; reacción hiperansiosa; reacción

agresiva-insociable; reacción de huida; reacción de delincuencia en grupo.

Para Quay<sup>6</sup>, los trastornos de conducta se caracterizan por presentar una serie de rasgos típicos: 1) Peleas, golpes, agresiones; 2) Arrebatos coléricos, rabieta; 3) Desafíos, desobediencia; 4) Destrucciones de propiedades particulares y ajenas; 5) Impertinencia, mordacidad, atrevimiento; 6) Egocentrismo, desconsideración; 7) Perturbaciones, interrupciones, molestias; 8) Negativismo, rechazo de normas; 9) Inquietud; 10) Turbulencia.

Según el CIE-10<sup>7</sup>, los trastornos de comportamiento se caracterizan por un patrón persistente y reiterado de comportamiento antisocial agresivo o retador. En sus grados más extremos pueden llegar a quebrantamientos mayores de lo que sería aceptable dadas las características individuales, sociales y propias de la edad, tratándose, por tanto, de desviaciones más graves que la simple malicia infantil o rebeldía adolescente. Distingue cuatro subtipos: trastorno del comportamiento limitado al contexto familiar; trastorno asocial del comportamiento; trastorno del comportamiento socializado; trastorno del comportamiento sin más especificación.

La DSM-III reserva esta característica diagnóstica para aquellas «personas jóvenes que han mostrado una pauta de conducta repetitiva y persistente en que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas sociales apropiadas a la edad», matizando que «las travesuras ordinarias y las diabluras infantiles o del adolescente» no se incluyen en este apartado. A su vez, distingue cuatro subtipos: infrasocializado agresivo; infrasocializado no agresivo; socializado agresivo; socializado no agresivo.

Para el DSM-III-R<sup>8</sup>, en el momento del diagnóstico habría que tener en cuenta si el trastorno del comportamiento ha permanecido por los menos seis meses y si, como mínimo, se han presentado tres de los siguientes ítems: 1) Robo sin enfrentamiento con la víctima (en varias ocasiones); 2) Fuga de hogar familiar durante la noche (más de dos veces);

3) Mentiras frecuentes; 4) Provocación deliberada de incendios; 5) Frecuentes novillos en la escuela; 6) Violación de la propiedad privada; 7) Destrucción deliberada de la propiedad ajena; 8) Crueldad física con los animales; 9) Violación sexual; 10) Empleo de armas en más de una ocasión; 11) Frecuente inicio de peleas; 12) Robo con enfrentamiento a la víctima; 13) Crueldad física con la gente.

Asimismo, se advierte que si el paciente tiene 18 años o más, no tiene que reunir los criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad. Establece un triple criterio de gravedad (leve, moderado o grave) y distingue cuatro subtipos: grupal; agresivo solitario; indiferenciado; negativismo desafiante.

Nos parece oportuno recordar el hecho de que en la DSM-III, la «hipercinesia», que clásicamente era incluida en todas las clasificaciones de los trastornos del comportamiento, se considera ahora una categoría aparte con el término de trastorno deficitario de la atención con o sin hiperactividad. Coincidiendo con Toro<sup>9</sup>, insistiremos en que el trastorno deficitario de atención hay que considerarlo más como una anomalía cognitiva. Otra cuestión será trazar la frontera divisoria entre el trastorno de conducta propiamente dicho y el trastorno deficitario de atención cuando se acompaña de hiperactividad y agresividad, por lo que nos resulta más clarificador el DSM-III-R, que contempla solamente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, incluyéndolo en los trastornos de conducta perturbadores.

Por otra parte, a pesar de que las actuales clasificaciones y los criterios diagnósticos que aportan, definen y perfilan mucho mejor los trastornos de conducta que hasta hace muy pocos años eran un auténtico «cajón de sastre» en los tratados de psiquiatría infanto-juvenil más conocidos, en la práctica clínica nos seguimos encontrando, muchas veces, con la dificultad de cuantificar y objetivar de alguna manera, toda una serie de informaciones y quejas sobre el comportamiento del niño y del adolescente, suministradas generalmente por la

familia y el medio escolar.

Entre las pruebas psicométricas que en este sentido nos parecen útiles, queremos destacar el cuestionario caracteriológico de Eysenck<sup>10</sup>, ya que tanto en la forma de adultos como en la de niños, explora la «conducta antisocial». Ya este autor recogió el hecho de que los adultos con comportamiento antisocial o delictivo, diferían de los sujetos normales en otras variables fundamentales de la personalidad que explora el cuestionario (neuroticismo, extroversión y psicoticismo), por lo que consideró la conveniencia de construir una nueva escala que pudiera discernir mejor entre estos dos grupos.

En el caso del EPQ-J, pareció conveniente construir una escala para su aplicación en niños, que explorara la propensión a la conducta antisocial, tarea que ya había sido intentada por Allsopp y Feldman<sup>11</sup>. Durante el proceso de adaptación y baremación del cuestionario con niños españoles, nos comunican los autores que llevaron a cabo esta tarea el hecho de que tuvieron la oportunidad de obtener una muestra especial (que no entró en la muestra de tipificación) formada por 88 niños varones y hembras, con conducta delictiva, procedentes de centros de rehabilitación. Pues bien, las puntuaciones en conducta antisocial (CA) en este grupo superaba el promedio alcanzado por la muestra de tipificación en más de una desviación típica.

En el presente trabajo, partiendo de nuestra experiencia clínica, queremos enlazar con esta investigación planteándonos si realmente el cuestionario EPQ-J, cuando se aplica a niños y adolescentes diagnosticados de trastornos de conducta, aporta en sus resultados algún tipo de información más objetiva y específica sobre este tipo de pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este estudio se han revisado las historias clínicas de niños y adolescentes vistos en la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, diagnosticados de trastornos de con-

ducta a lo largo de los tres últimos años (1987, 1988 y 1989).

De un total de 1.632 pacientes que acudieron por primera vez en ese periodo de tiempo a nuestras consultas en 38 de ellos realizamos ese diagnóstico, lo que representa el 2,3%. La baja frecuencia se justifica porque si bien los trastornos de conducta son uno de los motivos más frecuentes de consulta, en la mayoría de los casos es simultáneo a otros síntomas, tras los cuales, aparecen cuadros psicopatológicos que constituirían el diagnóstico principal (depresiones, reacciones ansiosas, oligofrenias, dificultades de aprendizaje, etc.). En otras ocasiones los trastornos de conducta tienen su génesis en trastornos orgánicos de los que son una manifestación secundaria.

Según el sistema de clasificación diagnóstica ICE-9 de la OMS, todos ellos estaban diagnosticados de trastorno de conducta no socializado (312,0), no existiendo ningún caso que en ese periodo de tiempo haya acudido a consulta psiquiátrica susceptible de ser diagnosticado trastorno de conducta socializado.

De los 39 pacientes se desestimaron 3 de ellos, a los que no se les había administrado el Cuestionario EPQ-J. De este modo, ha sido un total de 35 pacientes los estudiados para este trabajo, siendo 21 de ellos niños (con una edad cronológica hasta 13 años 11 meses) y 14 adolescentes (de 14 a 18 inclusive).

En este grupo de pacientes se ha analizado, por una parte una serie de variables individuales (sexo, edad, fratria, procedencia, sintomatología, dificultades escolares, antecedentes psicopatológicos familiares y circunstancias adversas en el medio familiar), y, por otra, de entre el conjunto de datos aportados por las pruebas psicométricas, se han seleccionado las referentes al nivel intelectual y los resultados del Cuestionario EPQ-J de Eysenk.

Por otro lado, consideramos oportuno comparar los resultados en este cuestionario caracteriológico (y más en concreto la conducta antisocial) de estos 35 pacientes diagnosticados de trastornos de conducta, con los de otro grupo de niños y adolescentes estudiados igualmente

en nuestras consultas pero diagnosticados de otros cuadros psicopatológicos. Para ello se seleccionaron 50 historias clínicas, 25 de ellas niños y 25 adolescentes, que habían visitado nuestras consultas en los tres últimos años. La forma de elección fue semialeatoria porque queríamos conservar, respecto al grupo de pacientes con trastornos de conducta, la semejanza de algunas variables epidemiológicas. De esta forma, el que podríamos llamar grupo B conserva para cada uno de los subgrupos (niños y adolescentes) la misma distribución respecto a sexos y edades, así como al hecho de haber presentado dificultades en la escolaridad.

Respecto a otras variables que también se suponen etiológicamente implicadas en los trastornos de conducta, como el nivel socioeconómico, se cuidó de que las diferencias no fuesen apreciables, lo que se vio facilitado dado que el tipo de pacientes que se atiende en nuestro servicio es bastante homogéneo respecto a la clase social.

En cuanto a los diagnósticos de este grupo B, se rechazaron (aparte de obviamente los trastornos de conducta) el de normalidad, por considerar que el EPQ-J ya está estandarizado para la población normal de niños españoles. Sí que existe un ligero sesgo respecto a otros diagnósticos puesto que algunos de ellos conllevan la no administración del EPQ-J en el estudio del paciente (oligofrenias, psicosis, etc.). La distribución respecto al diagnóstico en este segundo grupo quedó aproximadamente de la siguiente forma: depresiones (40%), trastornos del control esfinteriano (15%), trastornos del aprendizaje (15%), trastornos psicósomáticos (alopecias, etc.) (10%), trastornos de ansiedad (10%).

## RESULTADOS

Al hablar de cada variable, distinguiremos dos grupos: niños y adolescentes, comprobando cómo, en algunos de ellos, hay diferencias en sus características epidemiológicas y clínicas.

### Sexo

En ambos grupos existe un predominio considerable de los varones, respecto a las hembras. En los niños es del 85,71%, frente al 14,28% (ver Figura 1) y en los adolescentes la

proporción es más baja, pero igualmente con un elevado predominio de los varones, que suponen el 71,42%, frente al 28,57% de las chicas (Figura 2).

**NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS**

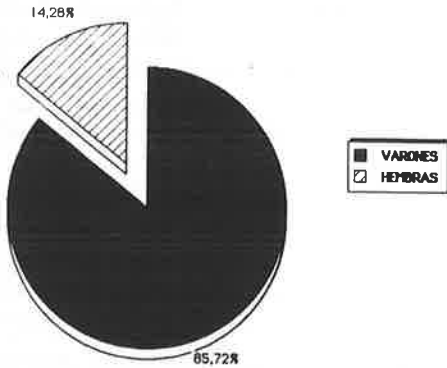


Fig. 1

**ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS**

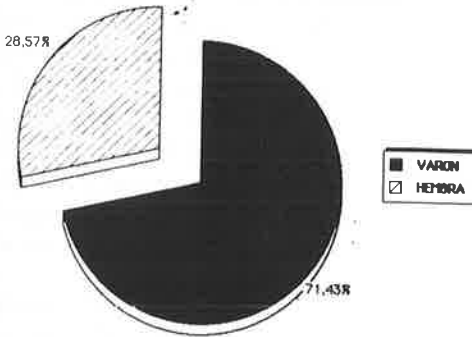


Fig. 2

La práctica totalidad de autores están de acuerdo en que los «trastornos de comportamiento» de la población infantojuvenil son mucho más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino. Para ello se manejan diversas hipótesis, coincidiendo casi todas ellas en que este hecho estaría en relación con factores socioculturales, tendiendo a dar más importancia los padres a los problemas de conducta que plantea el hijo varón.

**Edad**

En los niños predomina el periodo de los 10 a los 12 años, donde se encuadra el 76,17% (Figura 3). Este grupo de edades coincide, en nuestro sistema escolar, con la tercera etapa de EGB y pensamos que las «dificultades escolares» (puestas de manifiesto por el mal rendimiento escolar, cursos repetidos o cambios de colegio, como más adelante veremos) estarían claramente relacionados con los trastornos conductuales a estas edades.

**NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

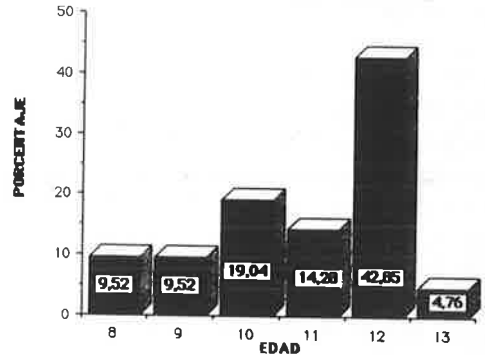


Fig. 3

En los adolescentes la incidencia va disminuyendo progresivamente con la edad (Figura 4). La máxima frecuencia ocurre a los 14 años (42,85%), disminuye a los 15 y 16 años (21,42% cada año) y es mínima a los 17 (7,14%), no existiendo ningún caso de 18 años.

**ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

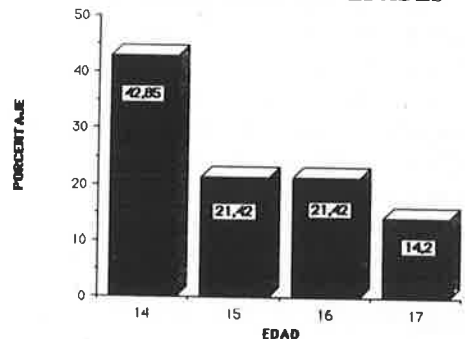


Fig. 4

Tal vez habría que buscar la razón en que conforme nos adelantamos en la adolescencia los «trastornos de conducta» se van transformando de no socializados en socializados, con lo cual el control de los padres sobre los pacientes va decreciendo y las posibilidades de que acudan a nuestra consulta también. Si esto ocurre, será en casos graves, en los que el comportamiento roza lo delictivo o entra de lleno en este campo, requiriendo una ayuda profesional en otro tipo de instituciones más que en Consultas Externas de Psiquiatría Infanto-juvenil.

### Fratría

Hemos contemplado cuatro posibilidades: primogénito, entre otros hermanos, menor e hijo único. En niños existe un claro predominio de primogénitos, en un 47,61% (Figura 5), lo que si tenemos en cuenta el predominio de varones, confirma el hecho de que los padres están más atentos al compartimiento del primer hijo, decidiendo llevarlo a consulta para hacer «profilaxis» o «evitar males mayores». Aquí también habría que contemplar las actitudes de sobreprotección o más altos niveles de exigencia por parte de los padres respecto al primogénito, que estaría más expuesto a sufrir estos defectos educacionales.

### NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR FRATRÍA

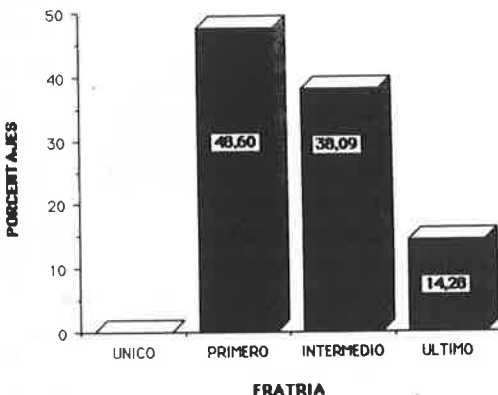


Fig. 5

### ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR FRATRÍA

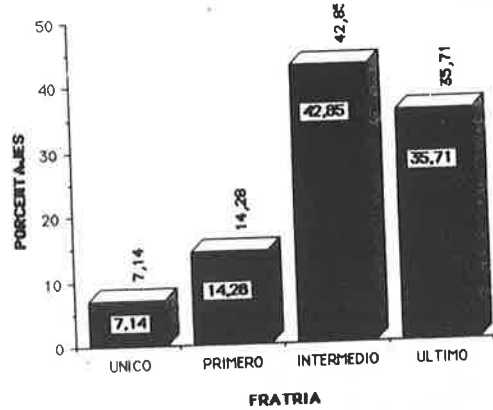


Fig. 6

Entre los adolescentes predominan los que ocupan un lugar intermedio en la fratría (Figura 6). Aquí habría que tener en cuenta el que en esta etapa evolutiva interviene otro tipo de factores psicofisiológicos y de autoafirmación de la personalidad, que se relacionan con el comportamiento adolescente más allá de las actitudes familiares. A este respecto señala Rutter<sup>12</sup> que la asociación entre los trastornos de conducta y la calidad de las relaciones familiares es menos marcada en aquellos trastornos que debutan en la adolescencia que en los que los habían hecho en la infancia, aunque ambos parámetros siempre se correlacionan.

### Sintomatología

Los síntomas que presentaron los pacientes, tanto niños como adolescentes, con más frecuencia fueron los siguientes (Figura 7): oposiciónismo; rabieta / irritabilidad; heteroagresividad física; agresividad verbal; hurtos; aislamiento / inhibición; mentiras; autoagresividad; fugas; otros (conducta delictiva, baja autoestima, absentismo escolar, toxicomanías, etc.).

En ambos grupos los síntomas que se dan en un porcentaje más alto fueron: oposiciónismo / irritabilidad y actos de agresión hacia personas y cosas.

PRINCIPALES SÍNTOMAS CLÍNICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.

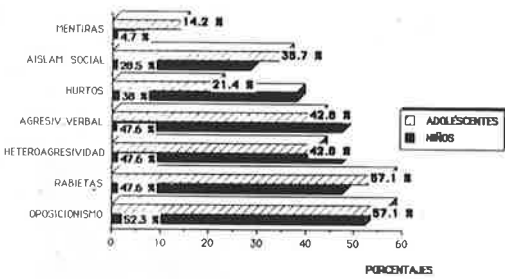


FIG. 7

En cuanto al oposicionismo, nos parece necesario insistir en que para que sea considerado trastorno de conducta propiamente dicho debe rebasar unos límites en intensidad y frecuencia. Sería una actitud persistente y difícilmente controlable de desobediencia y una propensión a discusiones frecuentes y a la violación de reglas menores de convivencia. Si el negativismo no adquiere esta importancia desde el punto de vista cuantitativo, difícilmente podrá ser valorado como psicopatológico, pudiendo llegar a ser incluso una reacción ante según qué circunstancias sociofamiliares. Asimismo, nos parece oportuno señalar que la tríada clásica hurtos, mentiras y fugas, en ambos grupos, no es especialmente frecuente, sobre todo en lo que se refiere a los dos últimos síntomas. Los hurtos, de forma aislada, sí que mantienen una frecuencia relativamente importante, siendo el 38% en los niños y el 21,4% en los adolescentes. Ya en nuestro departamento, en 1979, Bonals<sup>13</sup> llevó a cabo un trabajo de investigación sobre trastornos de conducta en la infancia, en el que observaba la baja frecuencia de la tríada, clásicamente considerada como «trastornos de conducta en las carencias afectivas».

Si al analizar los síntomas tenemos en cuenta el sexo, nos parece interesante comprobar cómo aquellos relacionados con la agresividad son típicamente masculinos, observándose este hecho de forma más llamativa en adolescentes. Así, en este grupo, eran varones el 100% de los casos que presentaban hurtos, comportamiento delictivo y agresividad contra objetos y perso-

nas. Otras formas de agresividad más aceptadas socialmente, como la agresividad verbal, irritabilidad, oposicionismo, seguían predominando en los varones en un 75-90%, aunque ya se observaban en las muchachas, si bien en escasa proporción. Sin embargo, el 100% de los casos que presentaban autoagresividad y baja autoestima eran hembras y ningún varón presentaba este tipo de conductas. En numerosos trabajos se ha resaltado este hecho relacionándolo con factores socioculturales y los estereotipos que nuestra sociedad promueve en los roles masculino y femenino, siendo esto más evidente en la adolescencia, cuando se busca afirmar la identidad psicosexual, muchas veces de forma violenta. Esto se confirma en nuestro estudio al observar cómo en el grupo de niños no se observa una influencia sexual tan marcada en los síntomas.

**Cursos repetidos**

Menos de la cuarta parte (23,80%) de los niños habían repetido curso (Figura 8). Entre los adolescentes, sin embargo, esta posibilidad se hacía más frecuente dándose en el 57,14% (ver Figura 9).

Subrayando el hecho de que entre los no repetidores el 50% de los niños y el 90% de los adolescentes, las malas notas eran lo habitual, suspendiendo una media de tres asignaturas en

NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCION SEGUN REPITAN CURSO O NO

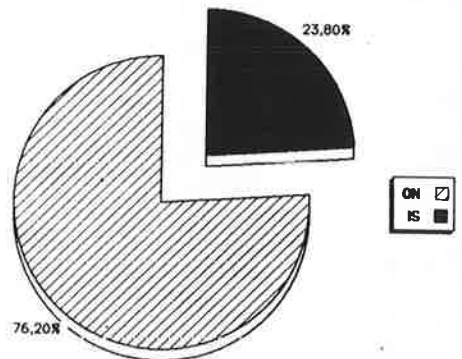


FIG.8

ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCION SEGUN REPITAN CURSO O NO

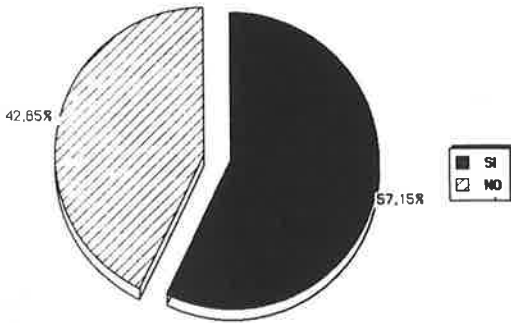


FIG. 9

los exámenes de junio. Naturalmente, conforme el niño tiene más edad y se va adentrando en la escolaridad, la posibilidad de que surjan conflictos en relación con ella aumentan. Es el mal rendimiento en los estudios una de las consecuencias de la mala adaptación al grupo, de actitudes oposicionistas y agresivas o de episodios repetidos de absentismo. Asimismo, en relación a este tema, parece interesante la afirmación de Gosset<sup>14</sup>, en el sentido de que los trastornos de conducta imbricados con fracaso académico temprano y malas relaciones con los compañeros, tienen peor pronóstico.

### Dificultades de aprendizaje

Nos ha parecido oportuno recoger este dato ya que en la bibliografía consultada, diversos autores (Rutter, Tizard, Varlaam...) señalan que en la infancia los trastornos de conducta están frecuentemente asociados con dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, no siendo esto tan evidente en aquellas alteraciones conductuales que se dan en la adolescencia.

De este modo, en lo que respecta a nuestros pacientes (Figura 10) nos encontramos con que esta observación se corrobora plenamente, ya que el 50% de los niños y el 21,5% de los adolescentes habían presentado este antecedente.

DIFICULTADES EN LA LECTOESCRITURA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.

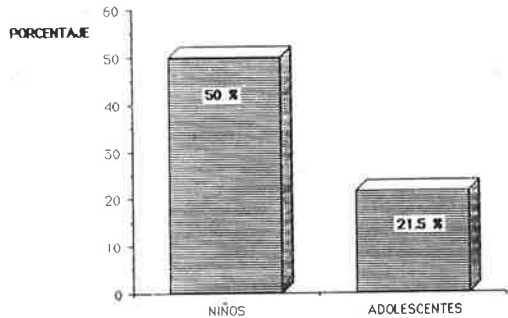


FIG. 10

### Problemática familiar

Se ha investigado la existencia o no de problemática familiar, según los siguientes parámetros: enfermedad mental de los padres; alcoholismo; nivel económico-cultural muy bajo; desajuste familiar por diversas circunstancias (desavenencia conyugal grave, fallecimiento de los padres, separación o divorcio, madre soltera...).

En la génesis de los trastornos de conducta infanto-juveniles han cobrado importancia en los últimos años las teorías que vienen a relacionarlos con situaciones traumatizantes mantenidas que pueden provocar carencias afectivas. Las familias disociadas o desunidas, por enfermedad, ausencia física o psíquica de uno de los padres, precariedad extrema, etc. están en las psicobiografías de muchos niños y adolescentes con trastornos de conducta. Es numerosa la bibliografía internacional que aporta diferencias significativas en relación a grupos control y que avala de manera incuestionable este hecho.

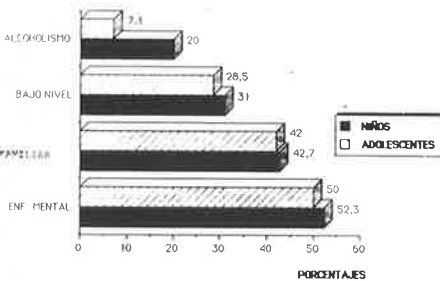
Parece oportuno insistir en que nuestro medio social no hay que buscar, muchas veces, las situaciones más extremas y dramáticas generadoras de carencia afectiva sino que habrá que detectar con el mismo cuidado lo que podríamos llamar «grados mínimos» de esta carencia, es decir, padres superatareados e imprevisibles en sus reacciones caracteriales, que aun garanti-



zando un impecable cuidado material de los hijos, descuidan la calidad afectiva de la relación filial. Otras veces será la sobreprotección de la actitud paterna, que perturbará el normal desarrollo evolutivo del niño. Estas situaciones y actitudes familiares van a originar en no pocos casos, problemas educativos, de convivencia y verdaderas alteraciones del comportamiento en los hijos.

Volviendo a nuestro grupo de pacientes (Figura 11) tanto en los niños como en los adolescentes, la enfermedad mental de uno de los padres estaba presente en la mitad de los casos como situación familiar estresante. Le seguían en frecuencia el desajuste familiar por diversas circunstancias (42%) y el precario nivel socioeconómico, se daba en el 30% aproximadamente.

PROBLEMAS FAMILIARES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.



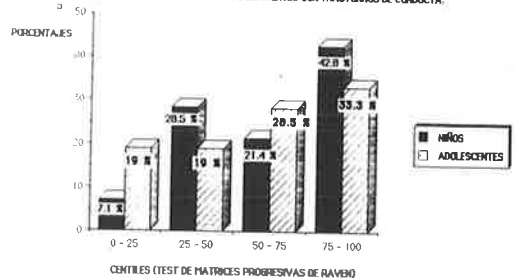
PÓR FIGURA 11

Hemos querido desglosar el alcoholismo paterno por considerarlo como una de las circunstancias más altamente traumatizantes de la convivencia familiar, tanto cualitativa como cuantitativamente, y comprobamos como no es especialmente frecuente. En este sentido, podemos mencionar que hemos recogido en otros trabajos una correlación más directa y frecuente con otros cuadros psicopatológicos infantiles, especialmente en las depresiones. Por otra parte, hay que subrayar un hecho que nos parece relevante: estos altos porcentajes de problemática familiar en nuestros pacientes se potencian al comprobar cómo en el 38% de los niños, y en la mitad de los adolescentes, eran varias las circunstancias estresantes que se daban simultáneamente.

**Nivel intelectual**

Para el estudio de la capacidad intelectual aplicamos en los 35 pacientes el test de matrices progresivas de Raven, limitando el Wechsler para aquellos casos que obtienen un centil por debajo de 50. Por tanto, si observamos los resultados del Raven (Figura 12), comprobamos cómo los niños, en el 42,8% presentaban un rango I, es decir, «superior»; y un 21,9% superior al «término medio». En los adolescentes, este hecho ocurría en el 33,3% de los casos y en 28,5% respectivamente. Es decir, en más de la mitad de los casos se recoge un nivel intelectual medio-alto o alto. Todo ello nos confirmaría el hecho de que la mala escolaridad que en un elevado número de casos presentaban, se justificaría más que por capacidad intelectual baja, por la conducta desajustada y pendenciera que habitualmente desarrollan estos pacientes en el medio escolar.

NIVEL INTELECTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.



PÓR FIGURA 12

**Cuestionario EPQ-J**

Pasamos a comentar los resultados obtenidos por el grupo A, es decir, pacientes diagnosticados de trastornos de conducta, en el EPQ-J, señalando los siguientes datos de interés. En la escala CA, que explora la conducta antisocial, y que está constituida por 36 items, tanto en el grupo de niños como en el de adolescentes, los resultados son muy similares (Figuras 13, 14 y 15), predominando en ambos grupos los centiles altos, tendiendo esto a ser más acusado en los adolescentes, que obtienen puntuaciones

más altas. Asimismo, hemos querido relacionar los centiles obtenidos en conducta antisocial, con la sintomatología presentada por los pacientes, comprobando cómo en los niños y en los adolescentes, aquellos que presentaban predominio de conductas más relacionadas con la agresividad (heteroagresividad física y verbal, oposiciónismo, irritabilidad, hurtos, conducta

delictiva), obtenía puntuaciones en esta escala del cuestionario por encima de la media.

Nos parecen interesantes estos resultados, porque en el cuestionario, ya desde la infancia, se comprueba la tendencia a dar puntuaciones altas en conducta antisocial en los casos de trastornos de comportamiento, marcándose aún más este rasgo a lo largo de la etapa adolescente, como han observado otros autores. No obstante, si tenemos en cuenta las otras variables que, según Eysenck, discriminarían entre individuos con conducta antisocial y sujetos normales, diremos que así como el «neuroticismo» (es decir, la inestabilidad emocional, la constante preocupación por cosas o acciones que puedan resultar mal, junto con un fuerte componente de ansiedad a causa de estos pensamientos) predominan ligeramente los centiles altos, tanto en niños como en adolescentes (ver Figuras 16 y 17), esto no ocurre así con el «psicoticismo» (Figuras 20 y 21) (o sea, la dureza afectiva, la falta de sensibilidad para con los demás, la frialdad, las manifestaciones agresivas hacia en entorno, la tendencia al aislamiento...) que en los niños no es tan alto, pero que los adolescentes sí puntúan centiles elevados. Es decir, en nuestra muestra la similitud de rasgos de personalidad característicos de los individuos con conducta antisocial, según Eysenck, se daría más en la adolescencia. Confirmaríamos que en un alto porcentaje de niños con trastornos de conducta habría una evolución a lo largo de la adolescencia, hacia lo que en la edad adulta se conoce como «personalidad asocial o psicopática».

PERCENTILES EPQ - J EN NIÑOS CON TRASTORNO DE CONDUCTA

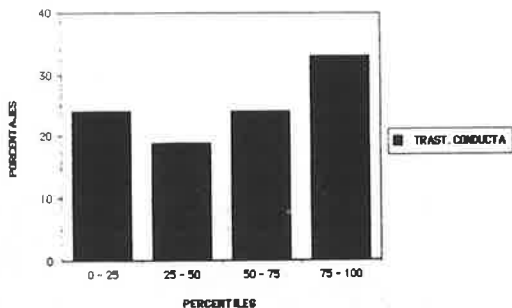
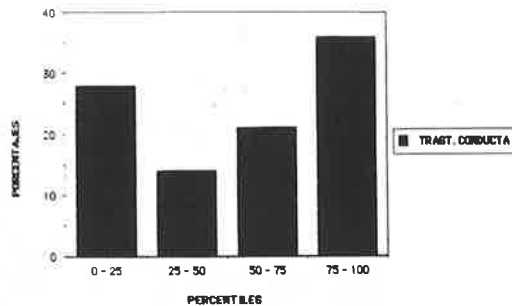


FIG. 13

PERCENTILES EPQ - J EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA



COMPARACION PERCENTILES EPQ - J EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

FIG. 14

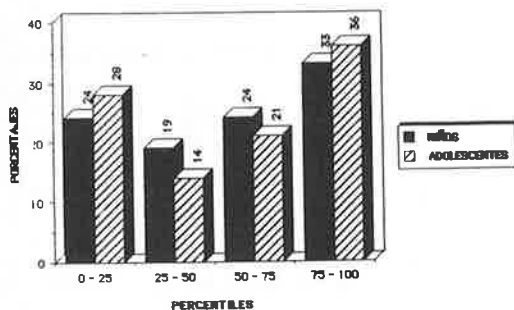


FIG. 15

NEUROTICISMO, SEGUN EPQ - J, EN NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA Y CONTROL

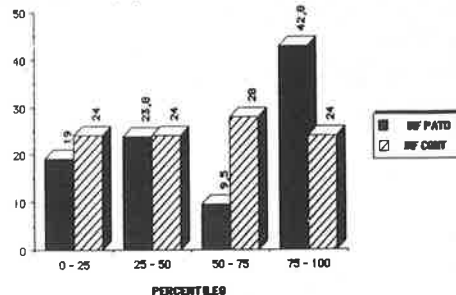


FIG. 16

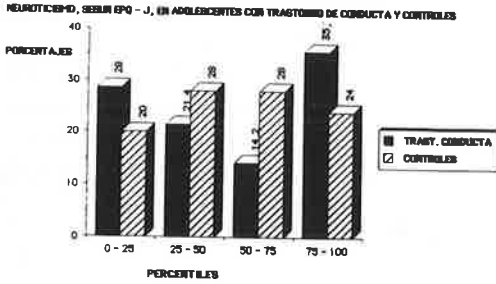


FIG. 17

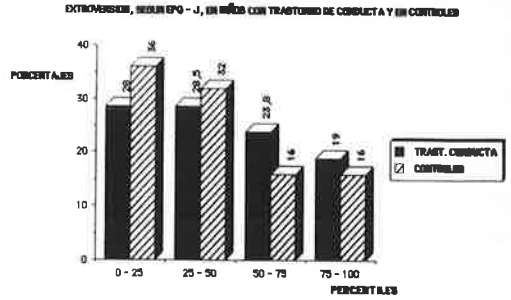


FIG. 18

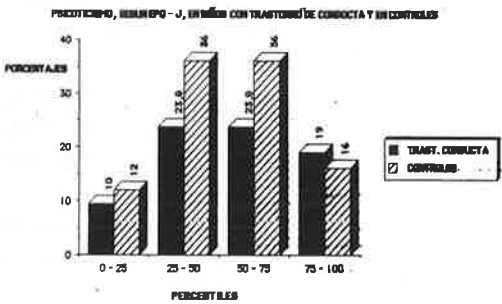


FIG. 20

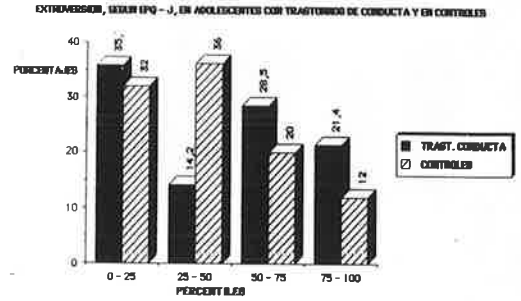


FIG. 19

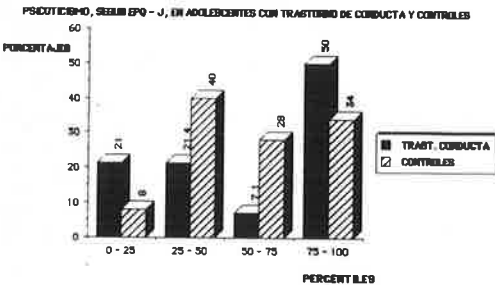


FIG. 21

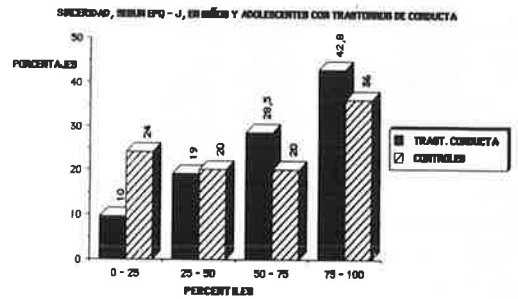


FIG. 22

Respecto a los otros dos rasgos que explora el cuestionario, la extroversión (figuras 18 y 19) y la sinceridad (figuras 22 y 23), podemos observar cómo tanto los niños como los adolescentes (sobre todo los primeros), tienden a la introversión, lo que anádido a un psicoticismo alto y a una marcada conducta antisocial (características que se dan en el grupo de adolescentes) explicaría entre otras cosas las serias dificultades de adaptación que pueden presentar estos pacientes.

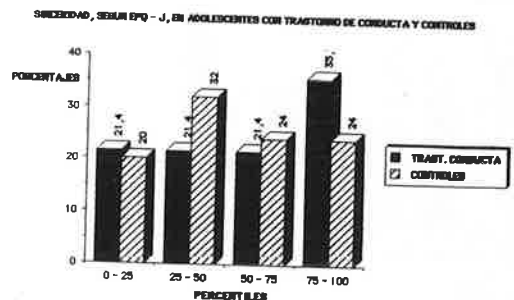


FIG.23

Una vez que nos hemos aproximado al perfil caracteriológico que se observa en niños y adolescentes con trastornos de conducta, nos parece interesante compararlo con los rasgos que se darían en el cuestionario EPQ-J en el otro grupo de pacientes que aunque presentaban otros trastornos psicopatológicos, tenían un comportamiento que no planteaba problemas de adaptación.

**Neuroticismo:** tanto en niños como en adolescentes predominan los centiles más altos (entre 75 y 100) en el grupo A, diagnosticados de trastorno de conducta (ver Figuras 16 y 17).

**Extroversión:** así como en los niños de ambos grupos, la tendencia a la introversión es evidente, en los adolescentes del Grupo A esto ya no es tan acusado como antes hemos señalado (ver figuras 18 y 19).

**Psicoticismo:** en los niños de los dos grupos, los centiles se reparten más o menos de forma similar a ambos lados de la media (ver Figuras 20 y 21), pero en el grupo adolescente siguen predominando aquellos diagnosticados de trastornos de conducta, con un psicoticismo más alto (ver Figura 21).

**Sinceridad:** en los niños y adolescentes diagnosticados de trastornos de conducta se observan puntuaciones más altas que en el otro grupo (Figuras 22 y 23).

**Conducta antisocial:** es el rasgo en que de forma más llamativa se observa la diferencia, comprobando como, tanto en niños como adolescentes (ver Figuras 24 y 25), predominan los centiles más altos en aquellos que presentan trastornos de conducta.

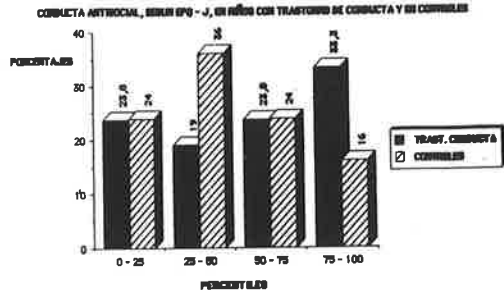


FIG.25

Podemos afirmar en nuestro estudio que la escala CA (conducta antisocial) discrimina bastante bien en pacientes infanto-juveniles, con o sin trastornos de conducta, así como a los primeros respecto a la población normal, obteniendo puntuaciones más altas que la muestra de tipificación.

**CONCLUSIONES**

De todo lo expuesto anteriormente hemos extraído las siguientes conclusiones:

- 1) La frecuencia con que en nuestra consulta se efectúa el diagnóstico de «trastorno de conducta no socializado» es baja (2,3%), porque suele aparecer más como síntoma secundario a otros cuadros psicopatológicos.
- 2) Tanto en niños como en adolescentes predominan los varones en un 87,71% y un 71,42% respectivamente.
- 3) Las edades en que ocurren más frecuentemente es de los 10 a los 12 años y en la adolescencia inicial.
- 4) En la mitad de los niños era el primogénito el que había sido diagnosticado de trastornos de conducta, no ocurriendo este hecho en los adolescentes.
- 5) Los síntomas más frecuentes en ambos grupos de edades fueron: oposicionismo, irritabilidad y actos de agresión hacia personas y cosas.
- 6) La tríada clásica de hurtos, mentiras y fugas, no la hemos observado de manera especialmente frecuente.

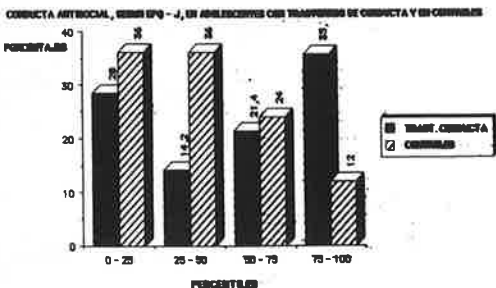


FIG.24

7) Las conductas más relacionadas con agresividad eran típicamente masculinas, invirtiéndose esto a favor de las hembras en «autoagresividad» y «baja autoestima». Este hecho que era llamativo en los adolescentes, no era tan marcado en los niños.

8) Más de la mitad de los adolescentes habían repetido curso, y el 90% de los que no lo habían hecho, suspendían una media de tres asignaturas.

9) El 50% de los niños habían presentado dificultades de aprendizaje de la lectoescritura.

10) Las carencias afectivas estaban presentes en un alto porcentaje de pacientes, siendo la enfermedad mental de uno de los padres y el desajuste familiar, situaciones que ocurrían en el 50% y en el 42% de los casos respectivamente. Concurriendo dos o más circunstancias familiares adversas en el 38% de los niños y en el 50% de adolescentes.

11) El nivel intelectual, tanto en niños como en adolescentes, tendía a ser medio-alto y alto.

12) En el cuestionario EPQ-J, tanto los niños como los adolescentes presentaban centiles altos en «conducta antisocial», en especial aquellos que mostraban conductas más agresivas.

13) En ambos grupos el neuroticismo era elevado, pero esto no ocurría con el psicoticismo, en el que sólo obtenían puntuaciones altas los adolescentes.

14) En este grupo de edad (la adolescencia), los centiles en neuroticismo, psicoticismo y conducta antisocial eran similares a los descritas por Eysenck en adultos con personalidad asocial o psicopática.

15) Tanto los niños como los adolescentes presentaban una tendencia a la introversión y un buen índice de sinceridad.

16) Si comparamos los resultados del EPQ-J del grupo de pacientes diagnosticados de trastornos de conducta con los de los pacientes diagnosticados de otros cuadros psicopatológicos, vemos que en «conducta antisocial» presenta centiles más altos el primer grupo, siendo esto llamativo tanto en niños como en adolescentes.

17) El cuestionario EPQ-J discrimina claramente los pacientes infanto-juveniles con o sin trastornos de conducta, así como a los primeros respecto a la muestra de población normal.

## Comentario de publicaciones

### COGNICIÓN Y PSICOTERAPIA

de M. Mahoney y A. Freeman. Ed. Cognición y desarrollo humano. Paidós. 1988.

En nuestra especialidad existen dos grandes tendencias ambivalentes, contradictorias y quizás necesarias: la del reduccionismo, que pretende explicar todos los fenómenos partiendo de un solo paradigma de base, y el eclecticismo, que intenta adaptarse a la realidad sin los artefactos que se derivan de toda construcción previa.

En este sentido Mahoney juntamente con Bowlby, Bandura, Ellis y Beck proponen una síntesis inteligente y rica de los modelos psicodinámico y cognitivo con la finalidad de mostrar que en el fondo se trata de los mismos fenómenos pero con etiquetas distintas. Es de enorme interés la aportación de S. Arieti en su artículo sobre «La cognición en el psicoanálisis» aproximando a través del modelo del procesamiento subliminal y la metacognición los procesos inconscientes.

El libro representa un buen ejercicio para el psicoterapeuta de cualquier credo que en el fondo no se lo crea en exceso.

J.M. ILLA TAULATS

### Agenda

3r. Congreso de Evaluación Psicológica  
Del 25-09-91 al 28-09-91  
Soc. Española de Evaluación Psicológica  
Información: Prf. Forns. Facultat Psicologia  
U. Barcelona  
Tel. (93) 3333410

9th. World Conference on Gifted and Talent  
Children  
Del 29-07-91 al 2-08-91

Secretaria: P.O. Box 463, 6500 Al Nijmegen,  
The Netherlands  
Tel. 08-512526. Fax 80-515938. The Hague

23 Congreso Interamericano de Psicología  
Del 7-07-91 al 12-07-91, San José  
Ato Postal 8238, San José 1000. Costa Rica

Jornades de Neurologia, Neurofisiologia i Psi-  
quiatria Infantil. Barcelona  
Societats catalanes de Neurologia, Neurofisi-  
ologia i Psiquiatria Infantil. Segunda quicena de  
octubre. 1991  
Secretaria. Tel. 93-309 69 76

### Bibliografía

1. VÁZQUEZ VELASCO, C.: *Trastornos de conducta de origen orgánico*. Bol. Soc. Arag. Ped. III (4): 213-216, 1972.
2. SERRATE, A.: *Bases de Salud Mental del Niño entre los 6 y los 12 años*. Arch. Neurol. XXV (2), 1962.
3. AJUARIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Toray. Barcelona, 1962.
4. DUCHE, A. J.: *La psiquiatría del niño*. Ed. Oikos Tav. Barcelona. 1978.
5. JENKINS, R. L.: *Trastornos de conducta en la infancia*. Bol. Soc. Arag. Ped. II (5), 1971.
6. QUAY, H. C.: *Psychopathological Disorders of Childhood*. Ed. Wiley. New York. 1979.
7. ICD - 10. 1986 Draft of Chapter V. Categories Foo-F99. World Health Organization Division of Mental Health. Geneva, 1987.
8. DSM - III R. Criterios diagnósticos. American Psychiatric Association. Ed. Masson. Barcelona, 1988.
9. TORO, J.: *Los trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia*. Sandorama IV, 1985.
10. EYSENCK, J.: *EPQ-J, Cuestionario de personalidad*. TEA. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, 1981.
11. ALLSOPP, J. F. & FELDMAN, M. P.: *Item Analysis of Questionnaire Measures of Personality and Antisocial Behaviour in Schoolboys*. Citado por Eysenck en: EYSENCK, J.: *EPQ-J, Cuestionario de Personalidad*. TEA. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, 1981.
12. RUTTER, M.: *Child Psychiatry. Modern Approaches*. Scientific Pub. Oxford, 1977.
13. BONALS PI, A.: *Investigaciones psicológicas y fisiológicas de los trastornos del comportamiento en la infancia*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Zaragoza, 1979.
14. GOSSET: Citado por Rutter en: RUTTER, M.: *Child Psychiatry. Modern Approaches*. Scientific Pub. Oxford, 1977.