

AÑO 1991
N.º 2

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRESIDENTES DE HONOR

J. Córdoba †
J. de Moragas †
A. Serrate †
L. Folch
C. Vázquez †
F. J. Mendiguchía
M. de Linares Pezzi
V. López-Camós Ibor

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Josep Rom Font
Vice-Presidente: M.^a Jesús Mardomingo Sanz
Secretario: Xabier Gastaminza Pérez
Tesorero: Prudencio Rodríguez Ramos
Vocal: Antonina Bonals Pi

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

A. Adalid Ripollés
F. Alonso Fernández
F. Angulo García
E. Baca Baldomero
M. C. Ballesteros Alcalde
C. Ballús Pascual
D. Barcia Salorio
F. Cabaleiro
S. Cervera Enguix
V. Conde López
V. Corcés Pando
J. Corominas
J. M. Costa Molinari

E. Doménech Llavera
C. Esquete López-Ucero
A. Fernández Moreno
L. Folch Camarasa
E. Garralda Hualde
J. Guimón Ugarteche
R. Jiménez González
M. Linares Pezzi
V. López-Camós Ibor
J. J. López Ibor Aliño
A. Martínez Valverde
F. Mayor Zaragoza
F. Mendiguchía Quijada

A. Monsell Atienza
G. Morandé
R. Nogueira Rodríguez
I. Pascual Castroviejo
J. L. Pedreira Massa
L. Pelaz Lorenzo
A. Polaino Llorente
J. Rodríguez Sacristán
A. Seva Díaz
J. Toro Trallero
M. Velilla Picazo

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director: J. E. de la Fuente Sánchez
Asesoría de Dirección: Valentín J. M.^a Conde López
Secretaría: J. M.^a Illa Taulats
Vocales: J. L. Alcázar Fernández
R. Ferrer Gelabert
X. Gastaminza Pérez
C. Gómez-Ferrer Górriz
F. León Ramos
C. Linares Von Schmitterlow
R. Martínez Figueroe
P. Rodríguez Ramos
J. M. Romacho Romero
L. Sordo Sordo
L. Teixidó Masip

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Dr. J. M.^a ILLA
C/ Roger de Flor, 32, ppal.
08018 BARCELONA
- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:
 - a) Título original
 - b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es).
 - c) Nombre del Centro de trabajo y población
 - d) Fecha de envío
 - e) Dirección del primer firmante.
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios, pudiendo contener 1 o 2 figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de 5 folios.
- 6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
 - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
 - b) Título del trabajo en la lengua original
 - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
 - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de la Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a asuntos de interés general.
- 12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

Sumario

Fundación y puesta en marcha de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría infantil	87
<i>J. Solé Sagarra</i>	
Estudio sobre el lenguaje en los trastornos afectivos	91
<i>J. M.ª Illa Taulats</i>	
El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia: instrumento válido para la investigación y el seguimiento de tipo longitudinal	102
<i>J. L. Pedreira Massa</i>	
Prevalencia de enfermedad mental entre los padres de una muestra de pacientes paidopsiquiátricos	116
<i>J. L. Jiménez Hernández y E. Aldama Sánchez</i>	
Evolución de las psicosis infantiles: estudio de seguimiento de 20 casos durante un período de 8 a 20 años	121
<i>C. Gómez-Ferrer Górriz, A. Fernández Moreno, M.ª E. Ruiz Fernández y D. Barcia Salorio</i>	
Utilidad del EPQ-J en el diagnóstico de los trastornos de conducta	134
<i>J. J. García Campayo, R. Campos Ródenas, M. Velilla Picazo y E. García Peligero</i>	
Caso clínico	-
Estudio de los trastornos psicopatológicos de tipo obsesivo en un paciente tratado con L-Dopa que presenta distonía muscular	148
<i>J. Tomás, S. Ampudia y R. Ortiga</i>	
Reséñas Terapéuticas	153
Agenda	154

Fundación y puesta en marcha de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil

J. Solé Sagarra

Barcelona

ANTECEDENTES

Hasta 1940, en España apenas había paidoneuropsiquiatría propiamente dicha. Solamente en Barcelona, Madrid y otros pocos lugares existía algún esbozo. Así, la clínica «La Sageta» en los alrededores de Barcelona, fue fundada por Emilio Mira, Jerónimo de Moragas y un judío aquí afincado. También debe citarse el establecimiento para deficientes psíquicos fundado por el pedagogo Luis Folch y Torres en Vilassar de Dalt (Barcelona). Luego ya quedaba la labor de los tribunales de menores algunas veces, y otras las incipientes secciones para oligofrénicos en ciertos frenocomios, en concreto los de Madrid, Barcelona y Reus.

La psiquiatría y la neurología de adultos dominaba entre nosotros el panorama profesional de una manera total, incluyendo el sector infanto-juvenil. No había pues paidopsiquiatras en la práctica. Así por ejemplo, Moragas fue hasta 1940 más pediatra que psiquiatra infantil, y Folch era maestro. Los que iban poniendo en marcha establecimientos paidopsiquiátricos, como el Dr. J. Córdoba, entonces director del Instituto Frenopático de Barcelona, eran eminentes psiquiatras de adultos. Aunque esta lista no es exhaustiva ni mucho menos, sirve para dar una idea aproximada de la precariedad de la

psiquiatría infanto-juvenil española en la posguerra. La paidoneurología no existía en absoluto. En el extranjero no es que hubiese entonces un gran florecimiento paidopsiquiátrico y mucho menos paidoneurológico, pero se estaba gestando el resurgimiento que en todas partes estaban a punto de experimentar estas especialidades, especialmente la psiquiatría infanto-juvenil, a la que nos ceñiremos preferentemente en este trabajo.

En Suiza, Maurice Tramer, que como se sabe describió el mutismo electivo, había fundado en 1934 la gran revista de ámbito internacional «Acta Paedopsychiatrica», que todavía se publica en versión alemana e inglesa; entonces todavía llevaba el título «Zeitschrift für Kinderpsychiatrie». También en Alemania, Francia, Inglaterra, EE.UU. y países nórdicos existían reducidos pero valiosos núcleos, incluidos los universitarios. Entre éstos se contaban unas pocas cátedras de paidopsiquiatría. En general sólo había departamentos de psiquiatría y neurología, sobre todo en Alemania; en nuestro país sólo se crearon (en Barcelona) en los años 30, por poco tiempo (1933 a 1939) para desaparecer del todo hasta 1945-50 en Madrid y Barcelona respectivamente.

En España, el panorama comenzó a mejorar sólo a partir de 1940. J. de Moragas y Folch Camarasa, hijo de Folch y Torres, ya se dedicaron únicamente a la psiquiatría infantil, y

tuvieron establecimiento propio. El pediatra C. Bassols, también en Barcelona, fundó otro pequeño establecimiento, al que se sumó el fundado por los psiquiatras S. Montserrat y E. Irazoqui. En Madrid hicieron lo propio Vázquez Velasco y luego D. Gutiérrez; también demostraban su interés por la psiquiatría infantil y no tanto por la neurología dos figuras dominantes como Antonio Vallejo Nájera y Juan José López Ibor. Pronto en Zaragoza, A. Serrate pasó de neuropsiquiatra de adultos a neuropsiquiatra infantil.

De los años 40 datan hitos paidopsiquiátricos como el de la descripción todavía válida del autismo infantil por el americano Leo Kanner, así como las aportaciones de activos focos de investigación: por ejemplo los suizos Tramer, Lutz y Manfred Bleuler; los alemanes Stutte, von Stockert y Williger; los franceses Michoux, Henger, Schachter; los italianos de Sanctis y Bollea; los ingleses Salfield y Rees; el portugués Fontes, el holandés van Krevelen, la sueca Annell, el danés Sgsaard, el austríaco Spiel, el noruego Wergland, etc.

En cuanto a mí, en 1945 me hice cargo de la neuropsiquiatría dentro del departamento de pediatría de la Universidad de Barcelona, cuyo titular era el profesor R. Ramos. Yo era un recién llegado de Alemania, donde me había doctorado gracias a la prestigiosa beca de la Alexander von Humboldt-Stiftung. He de decir que en las clínicas universitarias alemanas donde trabajé, en Heidelberg y Marburg/Lahn, todavía no existía el servicio de psiquiatría y la neurología infanto-juvenil. Por tanto, en Barcelona tuve que aplicar mis conocimientos neuropsiquiátricos a la población pediátrica. Aunque en las grandes ciudades la neurología y la psiquiatría ya empezaban a tomar rumbos diferentes, la mayoría de profesionales de aquel entonces éramos neuropsiquiatras; la neuropsiquiatría estaba gestándose, claro está. Por mi parte, no tardé en adquirir una valiosa experiencia, explicable por los numerosos enfermitos del dispensario de neuropsiquiatría infantil y en el mismo departamento de pediatría que pasaron por mis manos y por las de mis colaboradoras las doctoras Delclós y Pertejo.

En 1949 tomé parte en el primer congreso alemán de psiquiatría y neurología que se celebraba tras la segunda guerra mundial. Tuvo lugar en Gotinga, siendo su presidente mi maestro de 1943 Ernst Kretschmer. Hasta allí llegué en tren, pero de camino paré en Suiza, para asistir al congreso internacional de psicopatología que tenía lugar en Basilea. Por cierto que en dicho foro triunfó plenamente mi maestro de 1935 Emilio Mira, exiliado entonces. Al mismo tiempo, tuvo lugar en Berna una reunión internacional de expertos en psicopatología infantil dedicada a los niños europeos huérfanos de guerra, obviamente muy numerosos y que vagaban entre las ruinas por carecer de hogar. Esta oportuna reunión paidopsiquiátrica fue auspiciada por Maurice Tramer y su esposa Francesca Baumgarten, entonces muy conocida como psicoterapeuta infantil. Entablé una buena amistad con este valioso matrimonio, amistad que es el origen, precisamente, de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil.

Tramer se interesó mucho por mi entusiasta labor al frente de mi dispensario de neuropsiquiatría infantil, con su doble proyección asistencial y universitaria. De hecho, en 1949 el dispensario ya llevaba cuatro años en funcionamiento, lo que le convertía en el pionero absoluto de nuestra especialidad por lo que se refiere a España. En el resto de cátedras pediátricas apenas se tenían en cuenta los trastornos neuropsíquicos del niño. Cierto día, Tramer se presentó en mi hotel de Berna, que yo compartía con Emilio Mira y nuestras respectivas esposas. Ambos le recibimos, y pronto hice la sugerencia de fundar el equivalente español de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil.

Tramer lo acogió con entusiasmo y me prometió todo su apoyo, así como el de la revista que dirigía, antes citada. Yo no pude menos que asegurarle que haría cuanto estuviera a mi alcance y con mucho gusto por mi parte. De vuelta a Barcelona puse manos a la obra, llevado por mi entusiasmo, entonces relativamente juvenil. Y he aquí mi gestión paidopsiquiátrica hace cuarenta años:

ETAPA BARCELONESA

En otoño de 1949 convoqué a los médicos barceloneses más directamente relacionados con la neuropsiquiatría infantil. Nos reuníamos en el importante «Café Oro del Rin», que con el tiempo ha desaparecido. Los profesionales más constantes en reunirnos fuimos J. Córdoba, de Moragas, Folch Camarasa, S. Montserrat, Julia Corominas, Ramón Bassols (hijo de Claudio Bassols) y yo como promotor de la Sociedad. No tardamos en elaborar sus estatutos y presentarlos al gobierno civil barcelonés, estatutos que firmamos J. Córdoba y yo en calidad de presidente y secretario, respectivamente.

Es interesante recordar que la aprobación de nuestros estatutos fue laboriosa, pues tuvimos que superar numerosos obstáculos de orden político. Eran tiempos del más profundo franquismo, con el consiguiente centralismo y anticatalanismo. A pesar de que proponíamos como presidente a un castellanoparlante, y además comprometido con el régimen franquista, el curso burocrático de los estatutos encallaba, y se sucedían las visitas policiales a los domicilios de los miembros fundadores, de los que se quería conocer el pasado y el presente políticos. Y es que todos menos J. Córdoba éramos catalanes del lado republicano más o menos depurados, susceptibles de concitar la tan temida acusación de rojos separatistas.

El resultado final es el que sigue: se nos dio la autorización de crear una Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, pero con la condición de no incluir el aditivo Española, puesto que no se fundaba en Madrid y por lo tanto el domicilio social de la misma no quedaba ubicado en la capital de España, en contra de lo que semioficialmente era entonces preceptivo. En efecto, se trataba de una condición absurda y no siempre respetada, puesto que por aquellos años Barraquer Ferré, Subirana y Rodríguez Arias fundaron en Barcelona la Sociedad Española de Neurología. Era la arbitrariedad inherente a la ausencia de democracia.

Por fin, en 1952 quedó constituida oficialmente la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil,

con sede en mi domicilio barcelonés de la calle Muntaner. Fui secretario de la Sociedad durante ocho años consecutivos, y J. Córdoba fue el presidente hasta su fallecimiento de 1955, sucediéndole de Moragas. Folch Camarasa fue tesorero durante esos primeros años, el madrileño Vázquez Velasco fue vicepresidente, y el bilbaíno González Pinto, vocal. R. Bassols fue vicesecretario en los primeros tiempos.

Aquel mismo año hicimos la presentación pública de la Sociedad en el Casal del Médico de Barcelona, con la primera reunión anual, ponencia, y comunicaciones. Las sucesivas reuniones anuales tuvieron lugar en Madrid, Valencia, Zaragoza, San Sebastián, Pamplona y Bilbao, por este orden. La participación y el tono científico fue a más, así como el número de socios, que transcurridos sólo tres años ya rebasó el centenar. Los que nutrían fundamentalmente nuestra lista de afiliados eran psiquiatras y pediatras.

De algunas de las primeras reuniones anuales salieron otros tantos libros, cuyo interés actual radica en que se constata la marcha ascendente de nuestra Sociedad, con el progresivo incremento del número de socios numerarios y su nombre allí plasmado. El hecho mismo de celebrar esas reuniones anuales en diferentes capitales de provincia españolas fue muy importante, pues constituían verdaderos minicongresos nacionales de neuropsiquiatría infantojuvenil. Detrás de ellos estaba la labor casi de apostolado del núcleo promotor, cuyo objetivo era dignificar científicamente a los paidopsiquiatras hispanos e impulsarlos hacia las cotas de sus colegas europeos. Esta constancia y abnegación propia de los comienzos de nuestra Sociedad dieron sus frutos, que por un lado se reflejan en la pujanza de la Sociedad Española de (Neuro) Psiquiatría Infantil - ahora ya sí Española -, por otro lado en la proliferación por todo el ámbito español de especialistas dedicados exclusivamente a la psiquiatría (o neurología) infantil. Sin embargo, no se ha conseguido aún la creación de cátedras paidopsiquiátricas hispanas, cuando en el extranjero existen bastantes. Obsérvese que en nuestro

país todavía no hay cátedras de neurología.

La revista de Tramer, arriba citada, enseguida nos puso en cabecera como órgano oficial español, al lado de las sociedades suiza, alemana, países escandinavos y otros que fueron añadiéndose. Mi nombre figuró en el comité de redacción hasta fechas recientes, junto a los de López Ibor, Córdoba y Serrate en alguna época de la misma. Yo fui el paidopsiquiatra español que más intensamente colaboró en dicha revista de distribución internacional, publicando numerosos artículos, reseñas de libros paidopsiquiátricos, y referencias de las actividades científicas de nuestra Sociedad, lo que contribuyó a dar a conocer a la misma entre los neuropsiquiatras infanto-juveniles de todo el mundo. Los primeros socios de honor de nuestra Sociedad fueron Tramer y van Kre-

velen, los primeros directores de Acta Paedopsychiatrica, ya fallecidos desde hace años. Merecen un emocionado recuerdo de gratitud.

Actualmente todavía sigue publicándose Acta Paedopsychiatrica, pero ha dejado de ser el órgano de la Sociedad Española de (Neuro) Psiquiatría Infantil. También dejó de serlo nuestra revista neuropsiquiátrica decana, Archivos de Neurobiología. En efecto, esta revista fundada por Ortega y Gasset, Ramón y Cajal y Lafora, en la que también figuro en el cuadro de honor, fue el órgano de la Sociedad en la época fundacional y de puesta en marcha.

Así pues, ésta es la historia del nacimiento y primeros pasos de la Sociedad Española de (Neuro) Psiquiatría Infantil, al filo del emocionado recuerdo de mi activo protagonismo en aquellos tiempos, que ya parecen remotos.

Estudio sobre el lenguaje en los trastornos afectivos

J. M.^a Illa Taulats*

Barcelona

RESUMEN

El trabajo se centra en el estudio del discurso lingüístico en diversas muestras de niños y adolescentes comprendidos entre los 9 y 18 años. Las muestras en comparación son: niños con trastornos afectivos versus los trastornos emocionales, la enfermedad crónica pediátrica y niños normales. Se ha registrado el discurso lingüístico, a través de unas láminas, en un magnetofón. Este estudio preliminar muestra los déficits, en cuanto a elaboración simbólico-lingüística, de los niños que padecen algún trastorno depresivo.

Palabras clave: Depresión. Lenguaje. Psicolingüística. Análisis del discurso.

La elección de una línea de investigación determinada tiene unos orígenes afectivo-históricos. En este caso se remontan a mi periodo de formación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infantil de la Vall d'Hebrón dirigido por el Dr. J. Tomás i Vilaltella en donde me di cuenta, más por impregnación

epidérmica que por aprendizaje, de la importancia en Psiquiatría de lo implícito ante lo explícito, la impresión clínica global ante la digitalización clasificatoria y el valor del discurso como elemento simbólico y dialéctico al servicio de la comunicación sustentado por una red de investimentos afectivos-relacionales.

Posteriormente la oportunidad de contactar con el Dr. J. Toro Trallero y la profesora T. Cabré aportaron al trabajo el necesario rigor metodológico en cuanto al diseño y a la correcta delimitación del objeto de estudio.

INTRODUCCIÓN

Desde hace tiempo teníamos el convencimiento clínico de que en los niños afectos de perturbaciones afectivas había conjuntamente al cuadro clínico unos déficits de elaboración simbólica y fantasmática como rasgo estructural de base. Esto dificultaba los procesos de comunicación y de relación afectiva en estos niños. Según esta hipótesis las áreas relacionadas más directamente con la elaboración simbólica como la expresión a través de técnicas pictóricas, juego creativo y discurso lingüístico estarían seriamente afectadas.

Fue entonces cuando diseñamos un trabajo previo que nos permitiera situar de forma aproximada en las relaciones existentes entre la

J. M.^a Illa Taulats,
* Psiquiatra Infantil,
Roger de Flor, 32 Pl. 2.^a
08018 Barcelona.

psicopatología y la elaboración discursiva. Este trabajo es el resultado sólo de una incursión de tanteo, por lo tanto las conclusiones que se desprenden son observacionales, descriptivas y provisionales a la espera de los resultados finales.

ASPECTOS LINGÜÍSTICOS

F. de Saussure con su Curso de Lingüística General en 1919 inaugura lo que a partir de entonces será la lingüística trazando la línea divisoria de las lingüísticas descriptivas de los siglos pasados a una concepción estructural. No obstante, Saussure no habla de estructura, sino de sistema. Para él la lengua es un sistema de signos que expresa ideas. Saussure hace la distinción, ya clásica, entre lengua y habla. La lengua es un objeto bien definido en el conjunto del lenguaje, es la parte social, exterior al individuo y que existe en virtud de un contrato establecido entre miembros de una comunidad. El habla, por otro lado, es un acto individual de voluntad y de inteligencia que engloba las combinaciones de un código que el hablante usa para expresar su pensamiento.

E. Sapir fue el promotor de la célebre hipótesis, junto con Whorf, del relativismo histórico, según la cual los modos de pensamiento están determinados por las estructuras de la lengua materna. Según Sapir (1968), el lenguaje cumple, además de su papel en la comunicación, una función de representación (la noción de función simbólica de Piaget), o sea de crear representantes de la realidad a través de sustitutos simbólicos. Sapir sugiere que a su vez el lenguaje será un poderoso instrumento de socialización y de regulación de la acción (semejante a los conceptos de Vygotsky). Los procesos de categorización y conceptualización a través del lenguaje son vistos como un mecanismo de generalización y de socialización de la experiencia y la posibilidad de ser comunicado mediante unos parámetros de convencionalidad social.

Jacobson (1963) se interesa por los sonidos dando a los fonemas la categoría de unidades fundamentales de la lengua (ver Jacobson, 1963; Trubetzkoy, 1949).

No es hasta N. Chomsky que se inaugura la lingüística «moderna» basándose en la tesis de la existencia de una «gramática universal» única y generalizable a toda la especie humana y de un origen innato. La gramática universal es un conjunto de reglas, principios y propiedades estructurales que tienen todas las lenguas que han de ser habladas, o sea, el niño nace con sentido de la gramaticalidad innato. (Chomsky, 1977). Chomsky recogiendo la tradición saussuriana establece la distinción entre competencia y actuación / performance. La actuación sería el conjunto de posibilidades verbales de que dispone un hablante de un idioma determinado y con ello el poder construir y reconocer infinidad de frases gramaticalmente correctas y de ellas cuales tienen sentido. La competencia sería la lengua en el sentido saussuriano.

Según Chomsky (1975), en el lenguaje habría una estructura profunda y otra que denomina superficial que expresaría las transformaciones sufridas por la profunda. Las estructuras profundas serían frases, en general, positivas y transitivas; éstas en un proceso de transformación-actuación se pueden convertir en pasivas, negativas, intransitivas, negativo-pasivas, interrogativas, etc., siendo éstas las estructuras superficiales.

En esta línea trabajos de McNeil (1966) apuntan que los primeros enunciados en los niños son estructuras profundas y que derivan directamente de la competencia. Klima y Bellugi (1967) describen la evolución del lenguaje en el niño en cuanto a la aparición de las distintas reglas transformacionales (ver Pinker, 1984). Miller y McKean (1964) aportan un trabajo relacionando el tiempo de decodificación de mensajes y si éstos están confeccionados como estructura profunda (activa-positiva) o como diversos estratos superficiales. Fodor y Garrett (1967) insisten en la vinculación de la comprensión del mensaje a la decodificación hasta la estructura profunda.

Sin embargo, la lingüística descrita anteriormente analiza el lenguaje como un todo estructural sin tener en cuenta un factor de enorme interés: el contexto comunicacional. En este sentido nace la teoría pragmática (ver Austin, 1962; Carnap, 1959; Lyons, 1968, 1977; Morris, 1964; Searle, 1975; Van Dijk, 1976) y la teoría de la enunciación (ver Benveniste, 1966; Ducrot, 1984; Maingueneau, 1976, 1987). La pragmática sería el estudio de la capacidad de los usuarios del lenguaje para emplear las frases en los contextos adecuados teniendo en cuenta los procesos de implicatura, presuposición (Lyons, 1981), actos de habla (Searle, 1986) y aspectos de la estructura del discurso (Van Dijk, 1978). En otras palabras, una frase va a tener valor y significado en un contexto dado. Tanto un contexto intradiscursivo, como relacional. Una frase determinada va a tener el sentido no estrictamente textual, sino también en función del mensaje que lleve implícito o que por razones diversas se le presupongan dependiendo del conocimiento del mundo de los contertulios.

La teoría de la enunciación revisa las nociones de emisor, receptor-destinatario, y las relaciones que entre ellos se establecen: las coordenadas temporo-espaciales del acto enunciativo (Ducrot, 1984; Benveniste, 1966).

Uno de los aspectos de enorme interés es la narratividad en el sentido que apunta Van Dijk (1978) estableciendo unas normas de narratividad y sugiriendo dos aspectos sorprendentes: el niño seguiría unas pautas cognitivas de desarrollo en cuanto a su narratividad siendo su contenido estructural semejante a los cuentos y fábulas populares. Otro aspecto son las estructuras narrativas sugeridas por Propp (1968) y Greimas (1976). Ambos trabajan con la figura de los roles actanciales que a través de una historia van desarrollándose e interrelacionándose.

LENGUAJE Y DESARROLLO

La psicología evolutiva ha delimitado de manera muy rigurosa las etapas de adquisición

del lenguaje y parece evidente que todo lenguaje tiene al menos una función: la comunicativa. Desde la información genética codificada y los mensajes hormonales, hasta los mensajes sexuales de los animales (conductas de cortejo, feromonas) llegando a los lenguajes codificados socialmente con clara vocación comunicativa (vinculaciones endogámicas, rituales mágicos, etc.).

En el niño se le añadiría otra función: la representativa. Esta función ha sido estudiada masivamente por la escuela piagetiana que sugiere que el punto de emergencia del lenguaje se sitúa en la función semiótica según la cual el lenguaje sería una manifestación más de la función simbólica caminando paralelamente a las demás capacidades cognitivas. Según Piaget, el niño construye primero unas «imágenes» mentales, luego unos símbolos pre-representacionales y, finalmente, los signos del lenguaje; siendo indisoluble la creación de significantes a la propia actividad cognoscitiva. La representación asegura la transición entre un nivel de inteligencia de la acción sensoriomotriz (primer sistema de señalización) y el de las operaciones mentales y sus diversas manifestaciones simbólicas (segundo sistema de señalización) (ver Piaget, 1924; 1926; 1946; 1961; 1963).

Diversos estudios psicolingüísticos de orientación piagetiana dirigen sus hipótesis a refrendar las tesis de Piaget: la permanencia del objeto y evocación del objeto ausente, la imitación diferida y las conductas representativas (Sinclair, 1967; Ferreiro, 1971; Bruner, 1975; Inhelder, Lezine, Sinclaire y Stamback, 1972). Los aspectos de comunicación y de interrelación social del lenguaje han sido estudiados esencialmente por Vygotsky, Pavlov y Luria. Los trabajos de Vygotsky nos hablan de un continuum que va desde una elaboración externa interactiva y comunicativa con el adulto hasta su interiorización convirtiéndose en pensamiento y en regulador de la conducta (ver Bronckart, 1973; Luria, 1961; Vygotsky, 1962; Siguán, 1987; Luria, Leontiev, Vygotsky, 1979).

En 1958, Skinner publica *Verbal Behavior* sugiriendo que el niño aprende a hablar básicamente por imitación contingentemente reforzada y extinguida en una primera instancia; posteriormente aparecería el aprendizaje del lenguaje funcional que supondría la sustitución de refuerzos inmediatos y simples por otros de cariz socio-utilitario (ver Ervin, 1961; Deese, 1957). Osgood desarrolla la teoría del mensajero representacional como mecanismo interno de explicación a respuestas que no han sido estimuladas aparentemente (Osgood, 1957; Herriot, 1970).

LENGUAJE, PROCESOS COGNITIVOS Y DEPRESIÓN

En primer lugar debemos delimitar cada concepto. El término procesos cognitivos se utiliza en dos sentidos: uno, como sinónimo de procesamiento de información de las estructuras cognitivas, y otro, como equivalente a actividad o función cognitiva refiriéndose tanto a la atención como al pensamiento, a la memoria como al lenguaje. La depresión es una perturbación de las emociones, ánimo y humor. Si reducimos el concepto cognición al sinónimo de pensamiento – tanto el pensamiento pensado como las metacogniciones o pensamiento subliminal; el pensamiento operativo como el pensamiento mágico, imaginativo o fantasía – e incluimos al lenguaje verbal como manifestación de algún tipo de pensamiento y por tanto de proceso simbólico acordaremos las relaciones íntimas existentes entre el pensamiento y el lenguaje nacidos de la capacidad de elaboración simbólico-fantasmática (Yela, 1985).

La polisemia del concepto «cognitivo», asimismo, abarcaría las estructuras cognitivo-operativas en el sentido piagetiano; y podríamos asignarle, también, los procesos ideativos tanto en su vertiente imaginativa (de imagen) como en la del pensamiento; y finalmente, cognición como sinónimo de estrategias cognitivas y/o sin pretender ser irreverentes, los mecanismos de defensa del yo.

Parecen también evidentes las relaciones íntimas y recíprocas existentes entre las cogniciones y los estados emocionales y los sentimientos que en virtud de los mecanismos de proyección y del circuito funcional de la vivencia (Lerch, 1959) podrán expresarse a través del lenguaje (Hammer, 1970).

Diversos autores acceden a aceptar que la maduración psicoafectiva sería la integración en etapas evolutivas de todos los elementos en juego (aspectos cognitivos, ideativos, emocionales, afectivo-relacionales y conductuales) en una estructura global. En este sentido se expresan Bowlby (1976a, 1976b), Spitz (1963), Lazarus (1984); Wright y Mishel, (1982); Fuller, (1982); Sarbin, (1982).

En las estructuras afectivas existe una perturbación de la ideación e imaginación distorsionando las vivencias que son percibidas como negativas, encadenando un conjunto de procesos emocional-ideativo-fantasmáticos que van a amplificarse sobre sí mismos y perturbándose geométricamente (ver Beck, 1986; Leon y cols. 1980); (Garber, 1982; Kendall, 1981; Kagan, 1984).

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

No vamos a entrar en la discusión acerca de la depresión-rasgo (estructura depresiva de la personalidad) y la depresión-síntoma (síndrome depresivo). Pensamos que no hay solución de continuidad necesaria y que ambos pertenecen a perspectivas epistemológicas distintas y con impregnaciones conceptuales que derivan de paradigmas filosóficos e históricos de afiliación diversa.

A pesar de incurrir en un reduccionismo peligroso la fenomenología depresiva en la infancia queda tipificada en unos pocos síntomas base: el ánimo disfórico/tristeza y la incapacidad de disfrutar. En el niño hay dos aspectos semiológicos enormemente importantes: la patoplastia y la cronopatía; o sea cómo se va confeccionando y desarrollando el proceso perturbador en todas las áreas evolutivas y la

forma psicopatológica dependiendo de la etapa psicoafectiva. Uno sería un proceso sincrónico y el otro un análisis diacrónico.

La patoplastia va a depender de la etapa evolutiva tanto desde el punto de vista psicoafectivo, como cognitivo. En este último sentido los niños en el periodo de operaciones concretas pueden distorsionar la realidad en cuanto a culpabilidad, intencionalidad, baja autoestima (Flavelli, 1977; Livesly y Bromley, 1973), pero no va a ser hasta la pubertad cuando van a poder anticipar el futuro en parámetros de realidad e inferir consecuencias (Ellis, 1971).

En la adolescencia la capacidad de especular y de hipotetizar da un abanico mayor de recursos defensivos y a la vez de distorsión. Por ello la plastia de las perturbaciones depresivas en el niño pasa por mecanismos disruptivos, bizarrerías, trastornos de conducta y somatizaciones – la depresión enmascarada de Cytryn (1980) –, trastornos del rendimiento escolar, inhibición intelectual; es decir, el recurso de expresión motriz exaltada irá disminuyendo ya que se intelectualizará pasando a formas más ideativas – sentimientos de culpa, desesperanza, suicidio, mecanismos fóbicos y obsesivos, etc. – (ver López-Ibor, 1982; Bakwin, 1972; Kovacs, 1977). Asimismo, la presencia de alteraciones del sueño, de la conducta alimentaria, el peso y posibles síntomas psicóticos como apunta Bender (1970) configurarían la totalidad de posibilidades clínicas. Según Puig-Antich (1982) la presencia de alteraciones de la conducta tipo psicopático responderían a un patrón depresivo. Por tanto la expresión psicopatológica irá necesariamente unida al desarrollo cognitivo – y emocional –, de manera que en cuanto que el niño vaya distanciándose de la realidad de objetos concretos que serán internalizados progresivamente la perturbación depresiva tomará una forma más adultomórfica.

Los aspectos cronopáticos estarán vinculados a la evolución psicoafectivo-emocional instalando patrones ideativo-conductuales en intensa imbricación con las figuras representativas de su ambiente, estructurando una forma concreta de vivenciar, evaluar, interpretar y elabo-

rar la realidad a través de estrategias defensivas y de afrontamiento, generando con ello una estructura dinámica de la personalidad. (A. Freud, 1971; 1945; Lebovici y Soule, 1970; Winnicott, 1965).

Acercas de los mecanismos patogénicos Abramson, Seligman y Teasdale (1979) bajo el modelo de la indefensión aprendida postulan que habría un modelo atribucional característico según el cual los fracasos se atribuirían causalmente a factores personales, mientras que los éxitos a factores externos, por lo tanto los niños deprimidos harían atribuciones externas-globales (influyen en todas las áreas de su vida) y estables (siempre estarán presentes) estableciéndose un patrón de fracaso circular y de indefensión aprendida (Seligman, 1975).

Sin embargo desde la óptica dinámica se sugiere que en los procesos depresivos se instauraría una pérdida de objeto (recordemos que la permanencia de la relación objetal-afectiva se sitúa sobre los 8 meses), esta pérdida podría ser física-real-abandónica (Bowly, 1976) mediante la ruptura del vínculo con la persona que el niño ha investido afectivamente; o bien una pérdida fastasmática (el niño imagina que no le quieren y lo abandonan). Toda noción de pérdida en el niño conlleva una pérdida en la seguridad emocional y a las vivencias de soledad, angustia y aislamiento. (Mahler, 1975).

Entonces, la agresividad, al no poder canalizarse vía vinculación y en consecuencia de la reafirmación yoica, se internaliza generando mecanismos de intrapunición y de culpabilidad: es la pérdida del ser querido por su culpa; luego, soy malo y no merezco que me quieran. Widlöcker (1978) y Mäle (1971) apuntan que la depresión independiente totalmente de las vinculaciones próximas sólo puede ocurrir en la pubertad, cuando las instancias superyoicas y del ideal del yo se consolidan.

Según apuntan Winnicott (1975), Widlöcher (1978), Diatkine (1967) y Bergeret (1975) las estructuras depresivas van ligadas a un proceso de falta de organización interna en cuanto a referencias e investimentos afectivos que con-

solidan una estructura «vacía» emocionalmente (depresión blanca, estructura depresivo-ansiosa, adolescente taciturno, borderlines) evolucionando de forma silenciosa hasta eclosionar clínicamente, habiendo, no obstante, de forma permanente unas vivencias de neantización y nihilismo.

CLASIFICACIÓN DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

Entramos en la problemática de la tipificación y codificación de la o las depresiones en la infancia. Si revisamos el RDC-9 de Spitzer vemos que las categorías para la depresión son: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor y trastorno depresivo intermitente y personalidad lábil (Spitzer, 1975). En el ICD-9 tenemos: reacción depresiva breve, reacción depresiva prolongada, trastorno depresivo no clasificado, perturbación emocional con sentimientos de infelicidad y tristeza, depresión neurótica, trastorno afectivo de la personalidad y trastorno depresivo crónico (ICD-9, 1975). En el DSM-III se tipifican: depresión mayor, distimia, trastorno adaptativo con ánimo depresivo y personalidad dependiente. Mises y Jeammet (1988) elaboran una clasificación propia de perturbaciones en la infancia; en los desórdenes depresivos incluyen: depresión neurótica, depresión crónica, depresión reactiva y momentos depresivos. Con todo, las clasificaciones propias en Psiquiatría Infantil no han consensuado unas categorías cómodas aún y, al parecer, bastante dependientes a las que elabora la Psiquiatría de Adultos. Para que una clasificación sea útil y eficaz en el ámbito de la Psiquiatría del niño y adolescente es necesario que atienda específicamente a los dos grandes vectores evolutivos: las líneas de desarrollo psicoafectivo y las etapas psicogenéticas que modificarán la expresión clínica y el pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el trabajo previo de recogida de informa-

ción para evaluar las posibilidades de la técnica y la metodología empleadas se registró en una cinta magnetofónica el relato (discurso lingüístico) elaborado por los niños a través de mostrarles unas láminas (12 en total) seleccionadas de una publicación catalana de frivolidades de forma intencional, de manera que representaban posibles temas o significados tipo: relación niño-madre, familia, amistad, muerte, tristeza, alegría, relación social, etc.; habiendo un grupo de carácter neutral. La consigna fue que inventaran una historia sobre la lámina que se les enseñaba.

Las muestras que elegimos fueron niños con trastorno depresivo y/o distímico según DSM-III (28 niños; 12 niños y 16 niñas). En cuanto a edades: 5 niños tenían de 9 a 13 años; 7 niños de 14 a 18 años; 6 niñas de 9 a 13 años; y 10 niñas de 14 a 18 años. Por tanto, se agruparon por edades y sexo quedando: de 9 a 13, y de 14 a 18 años.

A nivel comparativo registramos relatos-discursos de otras muestras: niños con enfermedad pediátrica crónica (renales la mayor parte de ellos o en diálisis o con transplante renal) teniendo en aquellos momentos 30 niños, repartidos de la siguiente forma: 9 niños de 9 a 13 años; 7 niños de 14 a 18 años; 8 niñas de 9 a 13 y 6 niñas de 13 a 18.

Otra muestra fue de niños con perturbaciones emocionales: 34 en total; 10 niños de 9 a 13; 9 niños de 14 a 18 años; 6 niñas de 9 a 13 y 11 niñas de 14 a 18 años. Estos trastornos incluían trastornos de ansiedad, tics (Gilles de la Tourette), perturbaciones obsesivas, anorexia mental, fobia escolar. Toda una amalgama compendio de psicopatología infantil, repartidos de la siguiente forma: Gilles de la Tourette (1), anorexia mental (6), trastornos de ansiedad (10), fobia escolar (3), trastorno obsesivo (4), trastorno fóbico (5) y trastorno de vinculación-dependencia (5).

Finalmente, la muestra de niños normales, registrados en el ámbito de una escuela de Barcelona (20 niños en total, 5×4).

Los criterios de exclusión para los grupos no-depresivos fue el no presentar un cuadro

depresivo – dejamos de lado la dialéctica sobre la relación síndrome depresivo-sentimientos depresivos – y que la perturbación fuese primaria y no secundaria a trastorno operativo-instrumentales (imbricación frecuente en la infancia). Se descartó la debilidad mental, los procesos psicóticos y los trastornos del lenguaje.

A la totalidad de los niños se les administró el Children's Depression Inventory de Kovac y Beck (1977), el Children's Depression Scale de Lang y Tisher (1978) y Children Depression Rating Scale Revised de Poznanski (1984). Ello nos permitió verificar a los niños afectivos y diferenciarlos de los no-afectivos. No obstante, el criterio básico fue un criterio de valoración clínico-fenomenológica y de diagnóstico diferencial.

ANÁLISIS DEL DISCURSO

El análisis de los relatos se hizo en tres ejes distintos para evaluar aspectos diferentes en cuanto al discurso.

Eje 1. *Tipo de discurso*: el discurso puede ser descriptivo, interpretativo, interpretativo-argumental narrativo (coordinación temporo-espacial) y argumental.

Eje 2. *Estructura narrativa*: se eligió la teoría actancial de Propp y Greimas quedándonos con los actantes siguientes:

O: ausencia de estructura narrativa.

A: presencia de relaciones de reciprocidad, transitividad o de la relación: agente-objeto-destinatario.

AB: presencia añadida de auxiliar.

ABC: presencia añadida de actante opo-

nente.

ABCD: presencia añadida de actante agente supraestructural.

Eje 3. *Contenido temático*: se aislaron enunciados significativos buscando su intencionalidad comunicativa como sugiere Searle (1986) y se codificaron en los siguientes items: culpa, pérdida, abandono, fracaso-incapacidad, éxito-premio, aislamiento-soledad, ayuda-

protección, competición, muerte-enfermedad, alegría-felicidad, amistad-amor, tristeza, falta sumisión, valoración positiva y negativa, agresión, castigo, descubrimiento, petición-demanda-deseo, desplazamiento-fuga, impedimento, venganza, rechazo, perdón, negación de demanda, engaño, agobio, desgracia-destrucción.

Eje 4. *Numero de figuras léxicas*: se contaban las figuras léxicas presentes en el registro para valorar la riqueza verbal del relato.

RESULTADOS PRELIMINARES

Tal como hemos dicho antes esto responde a un estudio preliminar, a otro que se está desarrollando en estos momentos que coincide bastante fiablemente con el presente. La muestra de niños estudiada en aquel momento no permitía cruzar la información en las diversas variables básicas, pero si podíamos hacer una aproximación descriptiva y observacional de los datos. Los analizaremos por ejes:

Eje 1. *Tipo de discurso*: este eje expresa los mecanismos de racionalización, justificación, narratividad y argumentalidad del discurso; por tanto la capacidad de ordenar en secuencias temporo-espaciales los acontecimientos y darles un sentido explicativo.

Los niños depresivos elaboran un discurso esencialmente descriptivo y a lo más, interpretativo, sin elementos de narratividad – ausencia de temporalidad – ni argumentalidad. En el análisis, con la muestra ampliada, del chi cuadrado da un grado de significación de $p < 0,001$ comparada con el resto de muestras.

Los niños con perturbaciones emocionales y los niños con alteración crónica renal elaboran un discurso básicamente narrativo con ausencia de elementos argumentales. Sin embargo, la dispersión es muy importante. La presencia clínica de fenómenos de inhibición y de bloqueo inclinan la muestra en relación 1/3 hacia una elaboración de tipo interpretativo.

Sin embargo, los niños catalogados como normales elaboran un discurso narrativo-

argumental en la práctica totalidad de ellos.

Se constatan, en función de la edad, los típicos mecanismos de pensamiento mágico-sincrético y yuxtapuesto en los niños menores (8-9 años) y, progresivamente, un pensamiento más hipotético-deductivo a través de procesos de fantasía posible en los niños mayores (más de 11 años) y adolescentes. Comparando la muestra ampliada renales/psicopatológicos y normales no hay diferencias significativas ($p > 0,01$).

Eje 2. *Estructura narrativa*: valora la capacidad de uso de diversos roles temáticos en el discurso (personajes con funciones distintas). Si codificamos las estructuras O y A como pobres (código 1), las AB, AC, AD, ABC, ACD y ABCD como ricas (código 2) tendremos que: los niños depresivos no utilizan actantes y si lo hacen sólo usan la fórmula A (relaciones de transitividad, reciprocidad o presencia de agente-objeto-destinatario (código 1). De los 336 discursos elaborados sólo 50 han utilizado las fórmulas de 2 letras (AB, AC, AD) que corresponde al 14,8% de discursos en los depresivos. De éstos el 80% eran de niños diagnosticados de trastorno distímico y no de perturbación depresiva mayor.

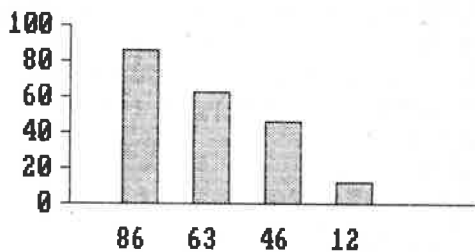
Los niños diagnosticados de enfermedad crónica renal de la totalidad de 360 discursos, 130 usaron la fórmula O o A (36%) los demás (230) la fórmula de 2 letras o 3 (ABC, ACD) representando un 63%. Contrastándolo con la muestra depresiva en muestra ampliada corresponde un alto grado de significancia ($p < 0,0001$), no habiéndola contrastándolos con los niños normales.

Los niños con relaciones emocionales de un total de 408 discursos, 190 discursos utilizaron la fórmula O o A (46%), mientras que el 53% (218 discursos) lo hicieron con fórmulas más elaboradas.

Los niños normales de un total de 240 discursos, sólo un 12,5% utilizaron las fórmulas sencillas, el resto lo hizo de forma compleja. (Gráfico 1).

Eje 3. *Contenido temático*: va a valorar la riqueza simbólica y comunicativa a través de la

ESTRUCTURAS NARRATIVAS COMPLEJAS: PORCENTAJES.



NORMALES RENAL PSICOPAT DEPRESIVOS.

intención comunicativa (elaborar oraciones con contenido intencional significativo). La media de elaboración de intenciones en los niños depresivos fue de 5,6 intenciones en la totalidad de las 12 láminas, con una desviación estándar de 1,88.

En los niños crónicos renales la media de emisión fue de 10,21 intenciones con una desviación estándar de 4,44. Contrastándolos con los niños depresivos en muestra ampliada responde a un grado de significancia $p < 0,01$.

Respecto a la muestra de niños psicopatológicos la media resultó de 10,79 intenciones con una desviación estándar de 3,81.

Los niños normales emitieron 16,32 intenciones con una desviación estándar de 2,90. En cuanto al contenido temático propiamente dicho los temas con significación de muerte, valoración negativa y agresividad son los de mayor índice en los niños depresivos. En la muestra de renales crónicos la temática de muerte y destrucción y ayuda/protección son predominantes. En el resto de muestras existe una dispersión temática importante.

Eje 4. *Número de figuras léxicas*: expresaría la riqueza verbal en cuanto a la emisión de figuras léxicas.

Los niños emitieron una media de 209,47 figuras léxicas en los 12 discursos con una desviación estándar de 67,21. Los crónicos renales con una media de 351,24 figuras léxicas (DS 154,72). Los niños con perturbaciones emocionales emitieron una media de 482,16 figuras léxicas (DS 224,53) y los niños normales una media de 560,58 (DS 243,25).

CONCLUSIÓN

Frente a los datos obtenidos parece existir en los niños depresivos una marcada alteración en la capacidad para la elaboración simbólico-fantasmática perturbando el correcto procesamiento ideativo-verbal, el fantaseo y la imaginación impidiéndoles la expresión de sus sentimientos y por tanto elaborarlos y manejarlos.

Por otro lado, se evidencian las perturbaciones emocionales de los niños con enfermedad pediátrica crónica equiparables con los niños con alteraciones psicopatológicas.

Finalmente, confirmar que la capacidad de elaboración simbólica es un buen índice para valorar la salud mental en la infancia.

Bibliografía

1. AUSTIN, J.L.: *How to do things with words*. Londres. Oxford. Press, 1962. (Traducción castellana: *Cómo Hacer Cosas Con Palabras*. Ed. Paidós, 1982, Barcelona).
2. BECK, A.T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities. Press, Nova York, 1976.
3. BAKWIN, R.M.: *Behavior Disorders in Children*. Philadelphia. Saunders. Press, 1972.
4. BENVENISTE, E.: *Problemes de linguistique général*. Ed. Gallimard, 1966. (Traducción castellana: *Problemas de Lingüística General*. S.XXI. México. 1971).
5. BERGERET, J.: *Abrégé de psychologie pathologique*. Masson, Paris, 1975. (Traducción castellana: *Manual de Psicología Patológica*. Masson, Barcelona, 1975).
6. BOWLBY, J.: *Attachment and loss*. The Hogarth Press, London, 1976. (Traducción castellana: *El vínculo afectivo*. Paidós).
7. BOWLBY, J.: *La separación afectiva*. Paidós, Barcelona, (1976).
8. BOUTON, C.: *Le développement du langage*. Unesco, Paris, 1976. (Traducción castellana: *Desarrollo del Lenguaje*. Ed. Abril. Buenos Aires).
9. BRONCKART, J.P.: *Theories du langage*. Pierre Marada, Ed. Bruselas, 1977. (Traducción castellana: *Teorías del Lenguaje*. 1980. Ed. Herder, Barcelona).
10. BRUNER, J.: *Child's Talk. Learning to use language*. W.W. Norton, New York-Londres, 1983. (Traducción castellana: *El Habla del Niño*. Ed. Paidós, 1986).
11. CANTWELL, D.P.; CARLSON: *Affective disorders in childhood and adolescence*. Spectrum, N. York, 1983. (Traducción castellana: *Trastornos Afectivos en la Infancia y Adolescencia*. Martínez Roca, 1987).
12. CARNAP, R.: *Meaning and Necessity. A study in semantics and modal logic*. University Chicago. Press, 1956.
13. CHOMSKY, N.: *Reflections on language*. Random Housse, Inc., 1975. (Traducción castellana: *Reflexiones Sobre el Lenguaje*. Ariel, Barcelona, 1984).
14. CHOMSKY, N.: *Estructuras sintácticas*. S. XXI. México, 1974.
15. CHOMSKY, N.: *Lenguaje y entendimiento*. Scix-Barral, Barcelona, 1971.
16. CHOMSKY, N.: *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, MIT Press, 1965. (Traducción española: *Aspectos de la Teoría de las Sintaxis*. Aguilar, Madrid, 1976).
17. CYTRYN, L.: *Factors influencing the changing clinical expressions of the depressive process in children*. American Journal of psychiatry, 131, 879-881, 1974.
18. DEESE, J.: *The structure of associations in language and Thought*. The John Hopins Press, Baltimore, 1966.
19. DIATKINE: *Du normal et du pathologique dans l'évolution mental de l'enfant*. Revue Psychiatrie de l'enfant 10, 1-42, 1967.
20. DUCROT, O.: *Le dire et le dit*. Editions de Minuit. Paris. (1986) (Traducción castellana: *El Decir y lo Dicho*. Paidós, 1986).
21. ELLIS, A.: *Growth through reason: verbatim cases in rational emotive psychotherapy*. Science-Behavior Books. Palo Alto, 1971.
22. ERVIN, S.M.: *Changes with age in the verbal determinants of word association*. American Journal Psychol. 74, 361-372, 1961.
23. FERREIRO, E.: *Les relations temporelles dans le langage de l'enfant*. Ed. Droz. Paris, 1971.
24. FERREIRO, E. y SINCLAIR, H.: *Temporal relationship in language* Journal Intern. de Psychol., 6, 39-47, 1971.
25. FLAVELL, J.H.: *Cognitive Development*. Prentice-Hall. New Jersey, 1977.
26. FLETCHER, P.; GARMAN, M.: *Language Acquisition*. Cambridge Univers. Press, 1986.
27. FODOR, J.A.: *How to learn to talk*, en F. Smith-G.A. Miller Ed. The genesis of language. M.I.T. Press. Cambridge, 1967.
28. FREUD, A.: *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós. Barcelona, 1981.
29. FREUD, A.: *Normality and pathology in childhood*. International Univ. Press. (Traducción castellana: *Normalidad y Patología en la Niñez*. 1971, Paidós, 1965).
30. FREUD, S.: *El yo el ello*. Alianza Ed. Madrid, 1920.
31. FULLER, R.: *The story as the engram: Is it fundamental to thinking?* Journal of Mind and Behavior, 3, 127-142, 1982.

32. GREIMAS, A.J.: *Maupassant. La semiotique du texte: exercices pratiques*. Ed. Seuil. Paris, 1976. (Traducción castellana: *La Semiótica del Texto*. 1976. Paidós comunicación).
33. GREIMAS, A.J.: *Du sens. Essais sémiotiques*. Ed. Seuil. Paris, 1983. (Traducción castellana: *Del Sentido*. Ed. Gredos, Madrid, 1989).
34. HAMMER, E.F.: *The clinical application of projective drawings* Thomas Publisher. Illinois, 1960. (Traducción castellana: *Test Proyectivos Gráficos*. Paidós).
35. HERRIOT, P.: *An Introduction to the psychology of language*. Ed. Methuen, London, 1970. (Traducción castellana: *Introducción a la Psicología del Lenguaje*, Labor, 1977).
36. INHELDER, B.; LEZINE, L.; SINCLAIR, H. y M. STAMBACK: *Les debuts de la fonction symbolique*. Archives de Psychologie. 41. 187-243, 1972.
37. JAKOBSON, R.: *Essais de linguistique générale*. Ed. Minuit, Paris, 1963.
38. JAKOBSON, R. y HALLE, M.: *Fundamentals of language*. Mouton Publ, Berlin, 1956. (Traducción castellana: *Fonaments del Llenguatge*, 1971, Ed. Empuries).
39. KAGAN, L.: *The idea of emotion in human development*. En C.E. Izard, Kagan. Zalonc Ed. Emotion, cognition and behavior. Cambridge University Press, 1984.
40. KENDALL, P.C. y HOLLON, S.D.: *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions*. Academic Press. N. York, 1981.
41. KOVACS, M.: *Rating scales to assess depression in school-aged children*. Acta paedopsychiatrica, 46, 305-315, 1981.
42. LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.: *Stress, Appraisal and coping*. Springer Publs. Nova York, 1984. (Traducción castellana: *Estrés y Procesos Cognitivos*. Ed. Martínez Roca, 1986).
43. LAZARUS, R.S.: *Thoughts on the relationship between emotion and cognition*. American Psychologist, 37, 1019-1024, 1982.
44. LERSCH, P.: *La estructura de la personalidad*. Ed. Scientia. Barcelona, 1959.
45. LEBOVICI, S.: *Note à propos de la classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. Rev. Psychiatrie de l'enfant, 40.1, 1988.
46. LEBOVICI, S. y SOULÉ, M.: *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Presses Univer. de France, Paris, 1970. (Traducción castellana: *El Conocimiento del Niño a Través del Psicoanálisis*. Ed. Fonco de Cultura, 1986, Mexico).
47. LEVINSON, S.C.: *Pragmatics*. Cambridge Univ. Press. London, New York, 1983. (Traducción castellana: *Pragmática*. Ed. Teide, 1989).
48. LYONS, J.: *Language, meaning and context*. William Collins Co. Lt., 1981). (Traducción castellana: *Lenguaje, Significado y Contexto*. Paidós, Barcelona).
49. LYONS, J.: *An Introduction to Theoretical Linguistics*. Cambridge Univ. Press, 1968. (Traducción castellana: *Lingüística General*. Teide, Barcelona, 1972).
50. LURIA, A.R. y VINOGRADOVA, O.S.: *An objective investigation of the dynamics of semantics systems*. British Journal Psychology, 50, 89-105, 1954.
51. MAHLER, M.: *The psychological Birth of the Human Infant*. Basic Books, Nueva York, 1975. (Traducción castellana: *El Nacimiento Psicológico del Infante Humano*. Marymar. Buenos Aires. 1977).
52. MAINGUENEAU, D.: *Initiation aux méthodes de l'analyse du discours*. Hachette, Paris, 1976.
- MAINGUENEAU, D.: *Nouvelles tendances en analyse du discours*. Hachette, Paris, 1987.
53. MCNEILL, D.: *Developmental Psycholinguistics*. En Smith y Miller Ed. The genesis of language. Cambridge Mass. MIT Press, 1966.
54. MILLER, G.A.: *Some psychological studies of grammar*. American Psychologist, 17, 748-762, 1962.
55. MISES, R.; JEAMMET, Ph.: *Classification française des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescent*. Revue la psychiatrie de l'enfant, 40-1, 1988.
56. MORRIS, C.W.: *Signification and significance*. Cambridge. MIT Press, 1964. (Traducción castellana: *La Significación y lo Significativo*. Ed. Corazón. Madrid, 1974).
57. OSGOOD, C.E.: *On understanding and creating sentences*. American Psychologist., 18, 735-751, 1963.
58. OSGOOD, C.E.; SUCIZ, G.J.; TANNENBAUM, P.: *The measurement of Meaning*. Ed. Urbana. Illinois Univ., 1957.
59. PIAGET, J.: *Six études de psychologie*. (1970). (Traducción castellana: *Seis Estudios de Psicología*. Barral Ed., 1973).
60. PIAGET, J.: *Le développement de la notion de temps chez l'enfant*. Presses Univ. France, Paris, 1946. (Traducción castellana: *El Desarrollo de la Noción de Tiempo en el Niño*. Fondo de Cultura, 1978).
61. PIAGET, J.: *Readings in Child Psychology*. Prentice-Hall. New Jersey, 1964). (Traducción castellana: *El Lenguaje y el Pensamiento del Niño Pequeño*. Paidós, 1985).
62. PIAGET, J.: *La formation du symbole chez l'enfant: limitation jeu et reve. Image et representation*. Ed. Delachaux. (1959). (Traducción castellana: *La Formación del Símbolo en el Niño*. Fondo de Cultura, 1966).
63. PIAGET, J.: *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel, Delachau et Niestlé, 1936. (Traducción castellana: *El Nacimiento de la Inteligencia en el Niño*. Aguilar, Madrid, 1969).
64. PIAGET, J.: *Psychologie et épistémologie*. Ed. Gonthier. Paris, (1970). (Traducción castellana: *Psicología y Epistemología*. Planeta, 1985).
65. PIAGET, J.; LORENZ, K.; ERIKSON, F.: *Play and development*. Ed. Norton. Nueva York. (1972). (Traducción castellana: *Juego y Desarrollo*. Grijalbo, 1982).

66. PINKER, S.: *Language Learnability and Language Development*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts and London, 1984.
67. PROPP, V.: *Morfología del cuento*. Ed. Fundamentos. Madrid, 1971.
68. RUTTER, M.; IZARD, C.; READ, R.: *Depression in young people*. Guilford Press. London, 1986.
69. SAPIR, E.: *Linguistique*. Ed. Minuit. Paris, 1969.
70. SAUSSURE, F.: *Cours de linguistique générale*. Payot. Paris, 1916. (Traducción castellana: *Curso de Lingüística General*. Planeta, 1985).
71. SEARLE, J.: *Speech acts: An essay in the Philosophy of language*. Cambridge. Univ. Press, 1986. (Traducción castellana: *Actos de Habla*. Ed. Cátedra, 1987).
72. SIGUÁN, M.: *Actualidad de Lev S. Vigotski*. Anthropos. Barcelona, 1987.
73. SIGUÁN, M.: *Estudios de Psicología*. Piramide, Madrid, 1986.
74. SINCLAIRE, H.: *Acquisition du langage et développement de la pensée*. Dunot, 1967. (Traducción castellana: *Adquisición del Lenguaje y Desarrollo de la Mente*. Ed. Oikos-tau, 1978).
75. SLOBIN, D.I.: *Psycholinguistics*. Scott-Foresman. Illinois, 1971. (Traducción castellana: *PSICOLINGÜÍSTICA*. Paidós, 1974).
76. SPITZ, R.: *The first year of life*. International Univ. Press, 1965. (Traducción castellana: *1 Primer Año de Vida del Niño*. Paidós, 70).
77. TRUBETZKOY, N. (1939): *Principios de fonología*. Cincel, 1976.
78. VYGOTSKY, L.S. (1934): *Pensamiento y lenguaje*. La Pléyade, 1985, Buenos Aires.
79. WALLON, H.: *De l'acte à la pensée*. Flammarion. Paris, 1942. (Traducción castellana: *Del Acto al Pensamiento*. Lautaro. Buenos Aires, 1964).
80. WALLON, H.: *L'évolution psychologique de l'enfant*. A. Colin. Paris, 1968. (Traducción castellana: *La Evolución Psicológica del Niño*. Grijalbo, 1974).
81. WIDLÖCHER, D.: *Le états dépressifs de l'adolescent: avant-propos*. Revue Neuropsychiatrie Infantile. 24,6. 303-304, 1976.
82. WINNICOTT, D.W.: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. Col. Nogarath Press. Londres, 1965. (Traducción castellana: *El Proceso de Maduración en el Niño*. Ed. Laia, Barcelona, 1975).
83. WINNICOTT, D.W.: *Objects transitionnels et phénomènes transitionnels*. En *jeu et réalité*. Ed. Gallimard. Paris, 1975.
84. YELA, M.: *La inteligencia y la acción verbal. Sistemas de procesamiento, desarrollo evolutivo y dimensiones factoriales*. En *actividad humana y procesos cognitivos Mayor*. Ed. Alhambra Universidad. Madrid, 1985.

El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia: instrumento válido para la investigación y el seguimiento de tipo longitudinal

J. L. Pedreira Massa

Avilés

AGRADECIMIENTO

Se expresa el agradecimiento a la socióloga de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, D.^a Margarita Eguiagaray, sin cuya colaboración como responsable de la Unidad de Evaluación y Sistemas de Información de Salud Mental, no se hubiera podido realizar el presente trabajo. La Dra. G.H.M.M. Ten Horn corrigió y sugirió buen número de opiniones, su juicio crítico y supervisión favorecen el poder seguir avanzando. A las personas del equipo D.^a Eva Sardinero (psicóloga) y D.^a Alicia Fernandez Villar (trabajadora social) porque colaboraron activamente con su trabajo a lo largo del año 1989 a que este trabajo fuera una realidad. D.^a Celia Varela, auxiliar administrativo, que como tantas ocasiones mecanografió con diligencia el trabajo.

RESUMEN

El autor expone el uso del Registro Acumulativo de Casos en Salud Mental Infantil. El Registro Acumulativo de Casos es un instrumento útil para la nueva epidemiología y para la investigación. Facilita los estudios longitudinales y evolutivos, tanto de los desórdenes mentales en la infancia y adolescencia, como de las intervenciones realizadas desde el Servicio Asistencial.

Palabras clave: Registro acumulativo de casos. Epidemiología psiquiátrica. Investigación longitudinal. Salud mental infanto-juvenil.

SUMMARY

The autor expose the importance of Accumulative Case Registers in Child and Adolescents Psychiatry. The accumulative Case Registers is a good instrument for the new psychiatric epidemiology and research. The facility for longitudinal studies is very important in clinical aspects of mental disorders in children and adolescents, and longitudinal evaluation of the interventions from Mental Health Services.

Paidopsiquiatra, Centro de Salud Mental de Avilés.
Profesor Asociado de Psicología Social. Dto. Medicina.
Universidad de Oviedo.

Key Words: Accumulative Case Registers. Psychiatric epidemiology. Longitudinal research. Mental Health in children and adolescents.

INTRODUCCIÓN

Tal como ha descrito en 1957 Lilienfeld¹, la epidemiología se podría definir como el estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como la descripción y detección de los factores que influyen sobre esa distribución. Aplicado al campo de la epidemiología psiquiátrica, Muñoz la concibe como que la epidemiología psiquiátrica investiga acerca de quiénes, dónde, cuándo y, eventualmente, por qué llegan a ser enfermos mentales; constituye, así, un cuerpo de conocimientos fundamental dentro del campo de la psiquiatría social que va a servir no sólo para el desarrollo racional y planificado de los servicios asistenciales psiquiátricos y de programas de psiquiatría preventiva, sino también como aportación de información básica sobre la que se puedan construir unas bases para una teoría de la salud y la enfermedad mental².

En la etapa infanto-juvenil interesa además la perspectiva evolutiva de los trastornos de salud mental que se presentan, así como la posible repercusión que tiene en la presentación y el pronóstico de esos trastornos, a corto, medio y largo plazo, según la intervención sea de uno u otro tipo.

Por lo tanto se precisan instrumentos fiables, rigurosos para poder acumular la información más allá de la mera voluntad de recoger dicha información. En el curso de los últimos veinticinco o treinta años se ha venido desarrollando, por recomendaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, registros acumulativos de casos psiquiátricos³. En el campo de la infancia y adolescencia es mucho más reciente su aplicación, sin embargo ya está comenzando a dar los primeros frutos en orden a preguntas e hipótesis para futuros trabajos en el campo de la infancia y la adolescencia^{4,5,6}.

Es interés de este pequeño trabajo poder abordar algunas características específicas del registro de casos psiquiátricos aplicados a la etapa de la infancia y la adolescencia. Clarificar que es una primera aproximación, dado el pequeño periodo de tiempo que llevamos aplicando este instrumento en nuestra práctica y en nuestra experiencia, no obstante señalar que comparándolo con otros que tienen mayor experiencia se pueden encontrar datos similares, lo que nos hace pensar en una orientación y tendencia en cuanto a las intervenciones que se desarrollan en la comunidad.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

Siguiendo a Giel³ el registro acumulativo de casos psiquiátricos puede ser incluido en un proceso circular de planificación (Figura 1), dicho proceso circular parte desde una recogida de información básica acerca de pacientes, servicios, coste y factores socio-económicos de esa comunidad. Pasando por una formulación de las políticas y de los objetivos que están relacionados con las condiciones culturales y políticas del entorno; a partir de ellos deben seleccionarse las prioridades con el fin de establecer el desarrollo de programas que se adecúen a los factores socio-económicos de esa comunidad. En ese momento puede iniciarse la puesta en marcha del programa y a partir de ahí realizar una evaluación de ese programa en el que se incluyan los métodos, los indicadores y los modelos para el análisis.

En la Figura 2 se establece el nivel en el cual se sitúa el registro de casos, siguiendo el modelo de Golberg y Huxley⁷ modificado por Ten Horn⁸, en el que se puede ver que en un modelo de cinco niveles y cuatro filtros, que van desde la comunidad a los servicios de internamiento, el registro de casos se sitúa en la evaluación de los niveles cuatro y cinco y de los filtros tercero y cuarto, por lo tanto entraría dentro de la evaluación del funcionamiento de servicios alternativos de salud mental en la

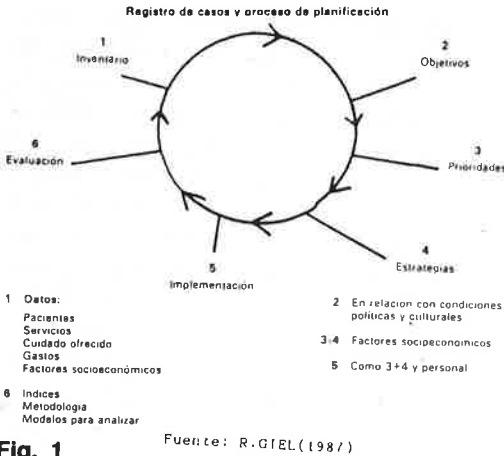
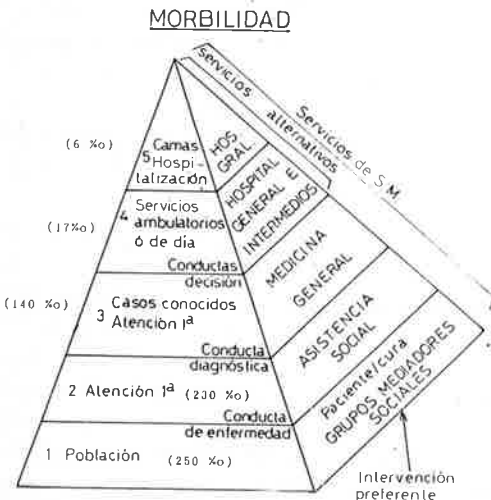


Fig. 1

comunidad. De esta manera, siguiendo también a Ten Horn⁸, el registro de casos debe responder a principios de una planificación de servicios tanto nacional y su relación con los servicios internacionales, debe abarcar tres tipos de fundamentaciones: el de evaluar el funcionamiento de los servicios, el servir para una planificación de esos servicios, y además sacar niveles útiles para los programas y la prevención en el campo de la salud mental; por lo tanto sería aplicable a niveles epidemiológicos, planificadores y de investigación (Tabla I).

PIRAMIDE DE GOLBERG Y HUXLEY

(Modificada por Ten Horn)



Fuente: G. H. M. W. TEN HORN (1985)

Fig. 2

Es importante establecer los objetivos y el alcance para la implementación y el desarrollo de los registros acumulativos de casos, puesto que su coste es elevado. Por lo tanto su utilidad y utilización debe ser lo más amplio posible y para diversas posibilidades, aunque deben estar muy claros los objetivos que establecen tanto la implementación como el desarrollo de este tipo de instrumento.

Entre las características que deben reunir, a nuestro entender, los registros de casos estarían las siguientes: 3, 5, 8 y 9.

1. El registro de casos debe estar centralizado y con una organización interna que permita guardar, clasificar, diferenciar, analizar y utilizar los datos (Tabla I).

2. El registro acumulativo de casos debe estar definido en términos de un área geográfica concreta, para obtener resultados con posibilidad de comparación con otras áreas similares, (Figura 3) donde se contempla que los habitantes de ese área son incluidos en el registro incluso aunque consulten fuera de ese área geográfica, mientras que puede haber habitantes de la periferia del área que consultan a los servicios de ese área y que no son incluidos en el registro de casos.

3. Debe estar definido en términos de población estable.

4. Los datos recogidos en el registro deben ser estandarizados y cumplimentados por profesionales con un adecuado entrenamiento en esa labor.

5. Debe tener la posibilidad de ser acumulativo, para poder aportar atención a los estudios longitudinales para cada usuario/paciente de los servicios de salud mental.

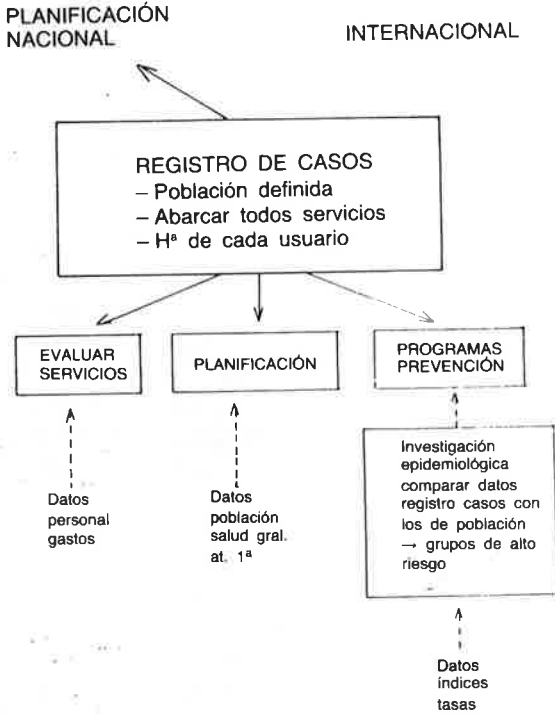
6. Debe tender a incluir la totalidad de los servicios de salud mental que operan en ese área, independientemente de su adscripción administrativa.

7. Debe guardar el secreto y la confidencialidad de los usuarios/pacientes que usan los servicios.

8. Debe servir para la evaluación de los tipos de intervención que se desarrollan por parte de los servicios psiquiátricos para cada grupo específico de demanda.

TABLA I

BASES PARA PROGRAMACIÓN SEGÚN EL ANÁLISIS DE DEMANDA



Recogida de datos para registro de usuarios en un territorio

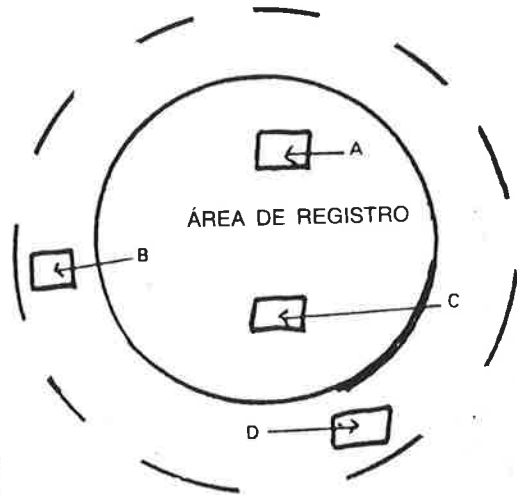
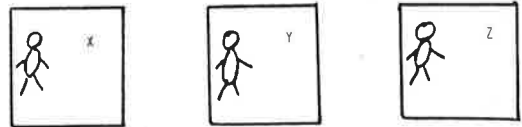


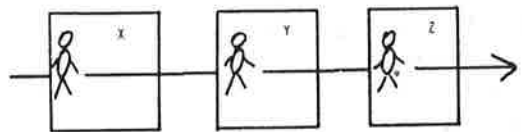
Fig. 3

está desarrollando un proceso de reforma de la asistencia en salud mental, que incluye la puesta en marcha de un registro acumulativo de casos psiquiátricos, en dicho registro se incluye **Evitar sesgos derivados de múltiples utilizations de los dispositivos por un mismo usuario**



Normalmente este paciente es contado tres veces.

Con el registro:



Este paciente es contado una sola vez.

Fuente: G.H.M.M. TEN HORN; J.L. PEDREIRA (1988)

G.H.M.M. TEN HORN (1985)

Un registro de estas características evita sesgos en la evaluación epidemiológica (Figura 4), es decir, mientras que un usuario que pudiera ser contabilizado individualmente por esos tres servicios, con la existencia del registro de casos acumulativo, al incluir esos tres servicios en el registro, no es contando tres veces sino que es un usuario que contacta tres veces con tres distintos servicios, por lo tanto se evita los sesgos de la atención individualizada de los dispositivos en un territorio determinado.

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Para realizar la aproximación metodológica utilizaremos nuestra experiencia en el registro acumulativo de casos para la infancia y la adolescencia en nuestra Comunidad Autónoma. La Comunidad Autónoma Asturiana está dividida en nueve áreas sanitarias. Desde 1983 se

también la etapa infanto-juvenil, ya que en la disposición organizativa existen cuatro unidades de salud mental infanto-juvenil. Nos basaremos en los datos obtenidos del área sanitaria III, cuya cabecera está situada en Avilés. Da cobertura a nueve concejos en un segundo nivel y al área I, cuya cabecera es Luarca, en un tercer nivel. Directamente la población general es de 168.000 habitantes entre los nueve concejos, de los cuales el 24,3% tienen menos de 14 años, por lo tanto están incluidos en la atención de la unidad de salud mental infantojuvenil. Las características generales del registro acumulativo de casos han sido descritas por García, Aparicio y Eguiagaray¹⁰ para el conjunto de la Comunidad Autónoma y, en concreto, para evaluar los perfiles de la utilización de los servicios.

Tres son los instrumentos bases que funcionan para la evaluación del registro en nuestra Comunidad Autónoma:^{10 y 11}

1. Entrada en el sistema: Se realiza por una hoja de datos básicos que incluye la identificación del usuario en contacto con los dispositivos asistenciales:

1.1 Datos básicos de identificación: deben ser unos datos coherentes que hagan referencia y puedan ser comparables a los datos socio-demográficos generales. En estos datos se incluye la identificación del usuario con un código secreto (Tabla II) y que lleva en esa identificación el número cifrado, constituido por una secuencia de números y letras para cada usuario, el número de la historia clínica, el código del Centro y la Unidad de Infantil, el nivel educativo, descripción del nivel cultural de los padres, migración y cambios en la familia que hayan sucedido en el último tiempo.

1.2 Datos relativos a la demanda: en ella se incluye quién es derivante de la demanda, la modalidad de esa demanda, los antecedentes asistenciales y clínicos que pudieran tener, sobre todo en lo relativo al primer contacto con una atención psicológica y/o psiquiátrica.

1.3. Datos clínicos-epidemiológicos: en ellos se hace referencial al inicio del cuadro clínico (con la perspectiva de los últimos 6 meses), la

intervención acordada por el centro de salud mental, el diagnóstico clínico, y si es o no una atención urgente. En este sentido se pone también tanto la localización de identificación de su médico de atención primaria de referencia.

2. Datos de mantenimiento (N.R.): corresponde a la hoja de actividades diarias, en dicha hoja se constata diariamente el nivel de actividad asistencial que se realiza directamente por la unidad infantil con los usuarios y las familias. Por ello consta el código del centro y la fecha exacta en la cual se presenta el nivel asistencial. En cada una de las líneas corresponde al nivel de atención con cada usuario en el contacto, por ello incluye el código de identificación personal del usuario, un posible cambio de diagnóstico, las altas como criterio facultativo o decisión del usuario, la modalidad de la consulta (1.ª consulta, repetida, urgencia, retorno al centro), el lugar de la intervención (centro de salud mental, centro sanitario, domicilio, escuela, guardería, comunidad, etc.), el tipo de intervención (interconsulta, estimulación precoz, psicoterapia individual-familiar-grupal, intervención social individual-familiar-grupal, consulta de evaluación, derivación - en la que se incluyen varios ítems dependiendo de dónde se realice la derivación, sea la atención primaria, servicios de rehabilitación, psicopedagógicos, etc. -) y otros (se establece también con un dígito en el que va desde el seguimiento y control, psicofarmacología, normas, información, informes, etc.) y los profesionales que intervienen (médico, psicólogo, trabajador social, diplomado universitario en enfermería, auxiliar de psiquiatría, u otros).

3. Actividades del equipo: se plantean a tres posibles niveles: las actividades organizativas, actividades formativas y las actividades institucionales y comunitarias. Estas actividades se remiten a la unidad de evaluación estas con una periodicidad trimestral.

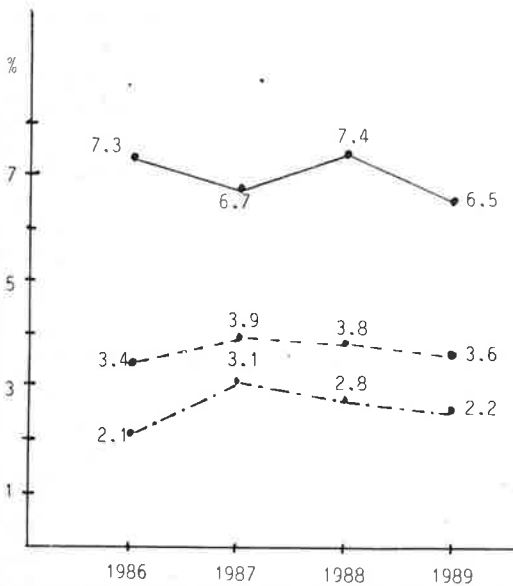
N.R. La Redacción informará sobre la Hoja de Registros de actividades diarias.

respuesta que daba el centro de salud mental infanto-juvenil.

1. Tasas de los trastornos: se plantean las tasas administrativas de incidencia, considerándola como los casos nuevos en el periodo de un año dividido por la totalidad de población del rango de edad de 0-14 años y por mil habitantes:

1.1. La tasa de incidencia oscila entre 6.7 y 7.4 manteniéndose bastante constante a lo largo de los 4 años analizados con muy pocas oscilaciones; sin embargo sí que destaca que la tasa de incidencia en la etapa infanto-juvenil es superior casi dos veces a la tasa expresada en la edad de adultos y por lo tanto supera a la media general del área (Figura 5).

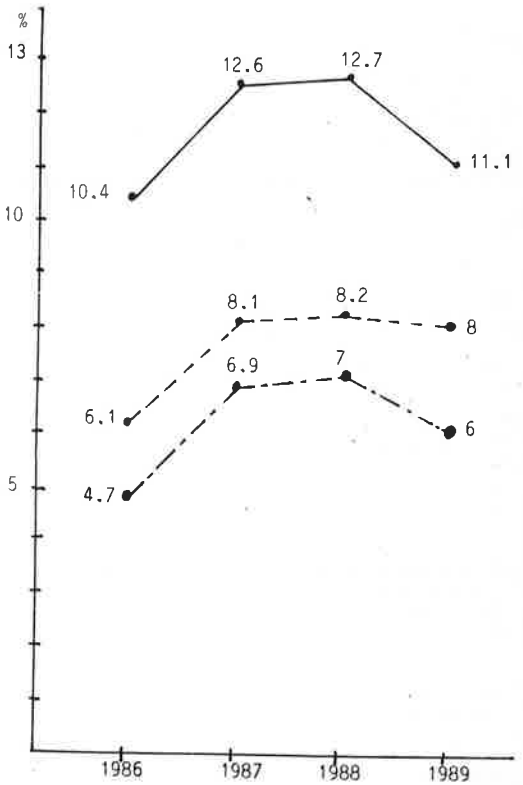
TASAS DE INCIDENCIA
=====



— Unidad Infantil
- - Unidad Adultos
- - Total Area Sanitaria

la población de ese rango de edad en ese territorio y multiplicado por mil. En la Figura 6 se puede observar que ha ido en incremento, el año 86, paulatinamente estableciéndose una cierta estabilidad en los últimos 2-3 años, al igual que pasaba con la tasa de incidencia también hay una elevación muy evidente de dicha tasa en relación con la edad adulta o la media del área.

TASAS DE PREVALENCIA
=====



— Unidad Infantil
- - Unidad Adultos
- - Total del Area Sanitaria

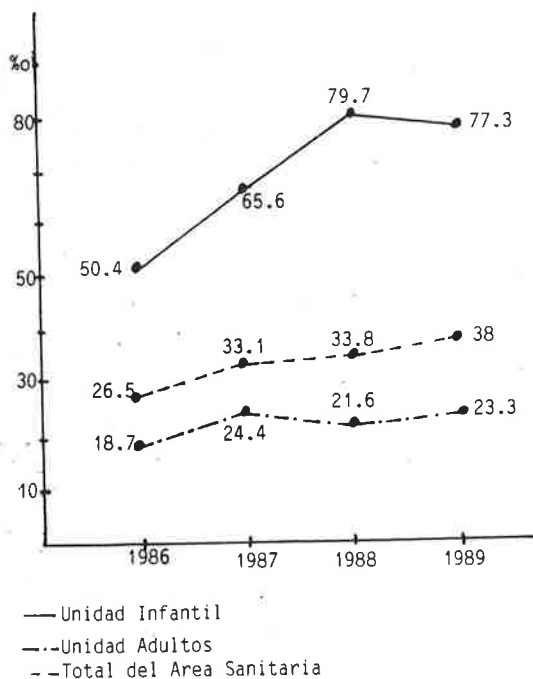
1.2. Tasa de prevalencia: se considera al total de usuarios que a lo largo de un año están en contacto con un servicio, sean nuevos o en contactos repetidos, dividido por la totalidad de

1.3. Tasa de frecuentación (Figura 7): se considera la frecuentación el número de contactos tenidos, tanto nuevos como antiguos, divididos por la totalidad de población del rango de edad que corresponde y multiplicado por mil a

lo largo de un año. Se puede contemplar como se ha ido incrementado la tasa de frecuentación pasando desde un 50,4 en 1986 casi hasta un 80 contactos por mil en 1989, como es una constante tan evidente en las tasas anteriores también hay una diferencia en las tasas de frecuentación de la etapa infantil con la de adultos y la global del área que están bastante por debajo de las tasas de la etapa infanto-juvenil.

TASAS DE FRECUENTACION
=====

SALUD MENTAL AREA III
=====



2. El problema del diagnóstico en salud mental infanto-juvenil: el registro acumulativo de casos del Principado de Asturias se utiliza como base diagnóstica el CIE-9, a lo que se añade unos motivos sindrómicos de consulta. En las Tablas IV y V se puede comprobar la incidencia anual comparada a lo largo de dos años, que es posible realizar por medio del registro acumulativo de casos. Sin embargo nos damos cuenta que puede haber aspectos que en la CIE-9 no están contemplados y que son insuficientes y que sin embargo son importantes

para poder evaluar el patrón de utilización de los servicios, mientras que los motivos sindrómicos de consulta no son más que el aspecto general descriptivo que tampoco pueden dar cuenta de una manera muy eficaz del conjunto de la demanda. Esto nos motivó a realizar un estudio sobre los diferentes sistemas de clasificación de trastornos mentales que se utilizan a nivel internacional en la infancia y en la adolescencia¹². Este análisis nos puso en evidencia la complejidad de poder hacer una clasificación uniaxial para los trastornos mentales en la infancia y adolescencia y pensamos que debe ser una clasificación multiaxial, tal y como han reiterado multitud de autores, y además que contemple una serie de parámetros que se expresan en la Tabla VI en base a nueve entradas: el aspecto social, psicológico y biológico por una parte y la segunda entrada establecida por los factores de riesgo, un factor tiempo y la situación de la crisis o las presentaciones agudas. Esta complejidad hace que nosotros pensemos lo siguiente: creemos que la clasificación de Rutter contempla los criterios evolutivos con mayor realidad, así como la posibilidad de utilizar la CIE-9, pero sin embargo tiene un eje tres en el cual está muy hipertrofiada la situación biológica y organizativa. La serie de la DSM-III y DSM-III-R están bastante inadecuadas al criterio evolutivo en la psiquiatría infantil, aunque tiene unos criterios más ajustados en los trastornos de personalidad, sobre todo para los casos límites. No obstante la CIE-10 es una clasificación que puede dar un juego muy importante si se la logra traspasar de manera adecuada a varios ejes, similar a como ha realizado Mezzich¹³ para los adultos, es una clasificación todavía en fase de discusión pero que puede aportar muy importantes modificaciones y ser de una indudable esperanza para realizar la recogida de datos. No obstante no se debe equivocar un sistema de clasificación con una base teórico-psicopatológica, ambos son dos planteamientos distintos y el sistema de clasificación remite a un criterio epidemiológico y para unificar el lenguaje de los técnicos a la hora de dar cuenta de aquello que ellos están realizando en el territorio y sobre lo que está

interviniendo; el modelo psicopatológico es algo más profundo, diferente y que responde a la formación y a la experiencia práctica de cada uno de los profesionales.

3. El origen y evaluación de la demanda a lo largo de estos nueve años, tal como se expresa en la Figura 8, hemos podido observar algunas cuestiones dignas de tener una relevancia im-

TABLA IV

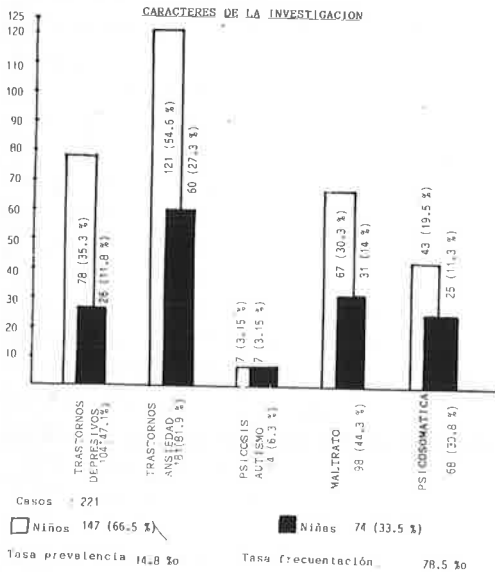


TABLA V
INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA
CIE-9

	1986	1987
Trastornos neuróticos	26 (6.1%)	32 (7.3%)
Trastornos de la personalidad	20 (4.7%)	25 (5.7%)
Trastornos psicomaticos	31 (7.3%)	37 (8.4%)
Trastornos esferinterianos	51 (11.9%)	61 (13.9%)
Problemas alimenticios	19 (4.4%)	24 (5.5%)
Trastornos del sueño	13 (3%)	19 (4.3%)
Desordenes de adaptación	23 (5.4%)	35 (8%)
Trastornos de conducta	5 (1.2%)	13 (3%)
Trastornos depresivos	28 (6.5%)	46 (10.5%)
Trastornos relacionales	66 (15.4%)	77 (17.5%)
Psicosis infantiles	21 (4.9%)	15 (3.4%)
Síndrome hiperact. infantil	25 (5.8%)	16 (3.6%)
Problemas de aprendizaje	33 (7.7%)	34 (7.7%)
Trastornos del lenguaje	20 (4.7%)	23 (5.2%)
Trastornos de ansiedad	2 (0.5%)	3 (0.7%)
Retraso mental	11 (6.5%)	10 (2.3%)

TABLA VI
SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

	Factor básico / dotación básico constitucional	Desarrollo / historia factor tiempo	Factor de riesgo / situación aguda
Factores somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Variantes constitucionales (neuropatías, displasias, etc.) • Secuelas de factores pre o perinatales • Condiciones de la línea base 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración • Retraso • Disarmonía ortogénica 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (enfermedad) • Cambio en las circunstancias de vida
Factores psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia • Extrovertido / introvertido • Estable / inestable • Integrar / desintegrar (variación, psicopatías) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración / Retraso • Disarmonía desarrollo • Desviación desarrollo • Discontinuidad, defectos de la conducta o de la performance 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (trauma) • Cambio en las circunstancias de vida (irritación)
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Status social • Background educativo • Familia (completa / incompleta) • Persistencia de factores coadyuvantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad / discontinuidad (rupturas) • Adecuación al status • Deprivación • Estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (accidente) (fatalidad)

portante cuando se ven en el propio contexto del territorio en el cual estamos desarrollando nuestra actividad asistencial. Esta es la importancia del registro acumulativo de casos: al tener una población delimitada y una delimitación territorial, se puede dar cuenta de manera contextualizada de los cambios que acontecen en ese territorio:

ORIGEN DE LA DEMANDA A SALUD MENTAL INFANTIL (ÁREA SANITARIA III ASTURIAS)

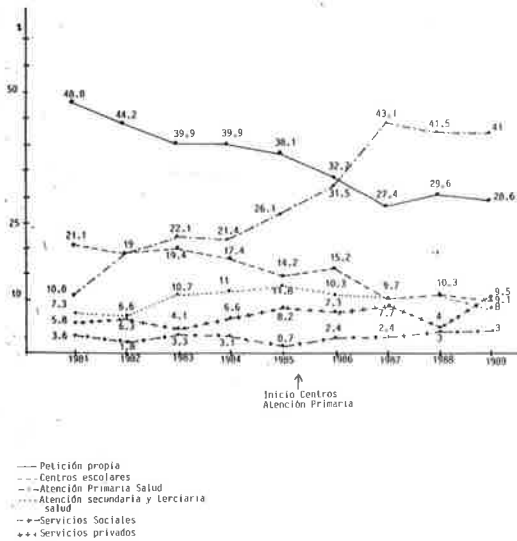


Fig. 8

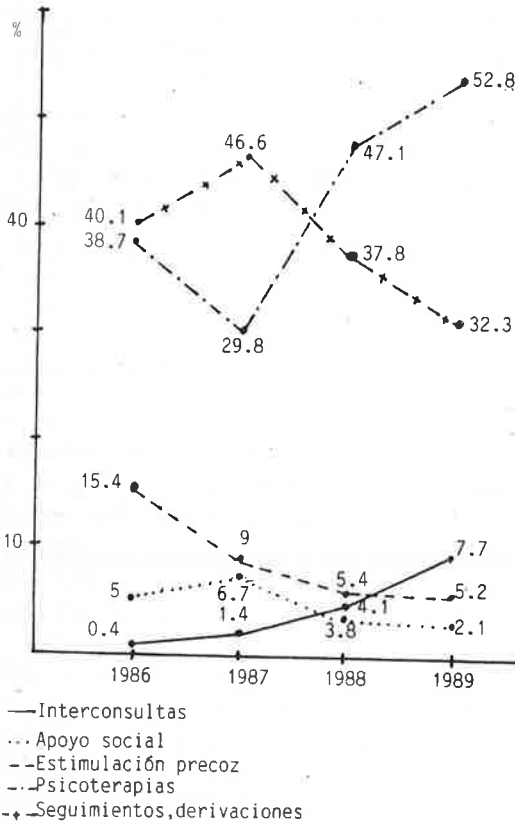
3.1. En el origen de la demanda se ve una disminución importante de los casos a petición propia, una disminución paulatina pero constante de los centros escolares. Un mantenimiento, incluso un ligero incremento desde los servicios privados. Una estabilidad de lo remitido desde los servicios sociales y un incremento muy importante de lo que llega desde la atención primaria de salud. Dicho así tendría simplemente el valor de lo descriptivo; pero el incremento de la atención primaria ocurre desde el año 1986, coincidiendo con la puesta en marcha de los nuevos centros de atención primaria que tenemos en nuestra comunidad, lo cual hace que desde ese mismo año comience a

disminuir de manera muy sensible las peticiones propias y de una manera más evidente comience a disminuir tanto lo que llega desde la atención secundaria y terciaria de salud como desde los centros escolares, es decir, se va canalizando la demanda a través de la propia atención primaria de salud que cubre el papel de ser ese primer contacto y ese primer punto de discriminación fundamental. El mantenimiento, incluso el incremento, habido en la derivación de los servicios privados creemos que puede relacionarse con un asentamiento de la unidad y una confianza del funcionamiento de nuestra unidad en el territorio en el cual estamos desarrollando nuestra actividad.

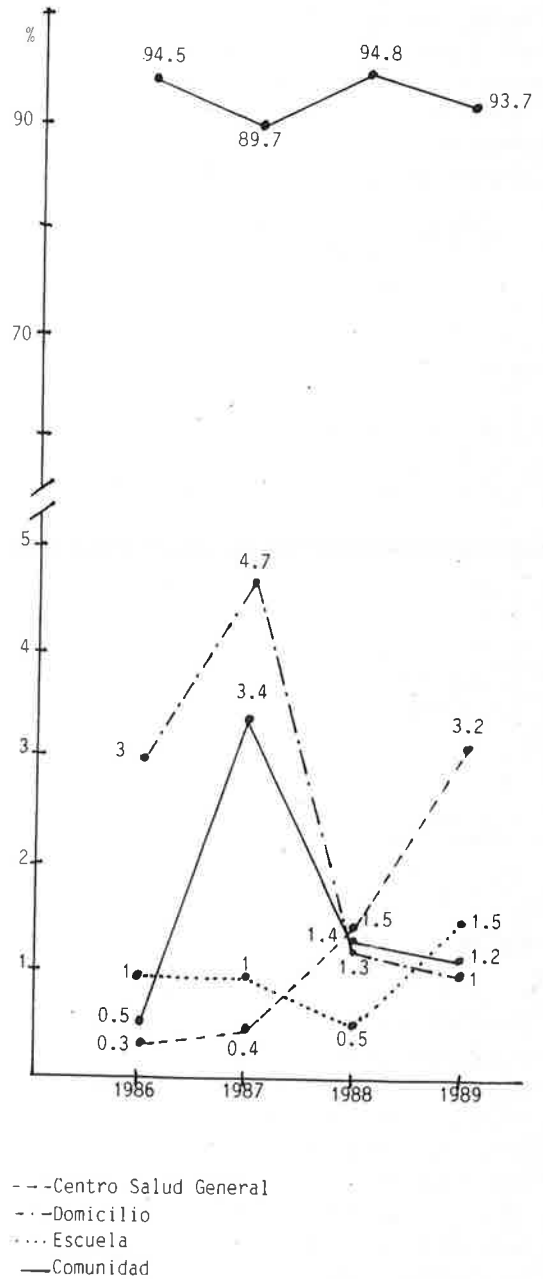
3.2. Tipo de intervención: lo que constatamos es un incremento global de las tomas a cargo directas por parte de unidad, sobre todo a partir de 1988, en que se establece el entrecruzamiento del incremento de las psicoterapias y la disminución de las derivaciones y seguimientos a distancia. De igual manera hay una disminución muy importante de todas las intervenciones sociales directas desde el servicio, quizá relacionado con los desarrollos habidos de los servicios sociales municipales y comarcales y con una definición clínica mucho mayor de nuestra unidad, tal como hemos visto en el tipo de derivaciones. Sí que es importante una modificación de nuestro trabajo que pasa por el incremento, tan manifiesto, que estamos teniendo en una intervención que, con anterioridad, se creía que era exclusivamente de los servicios hospitalarios, nos referimos a la interconsulta, en efecto se pasa de ser el 0,4% de las intervenciones en 1986 al 7,7% en 1989.

Esta modificación del trabajo, sobre todo al llevarlo al nivel de la atención primaria, hace que las tomas a cargo se incrementen, al mismo tiempo que se facilita el seguimiento directo desde los otros niveles asistenciales se incrementa también la capacidad de discriminación desde la atención primaria y, por lo tanto, los casos remitidos son más evidentes para hacer la toma a cargo directa por parte del servicio especializado (Figura 9).

TIPO DE INTERVENCIÓN



LUGAR DE LA INTERVENCIÓN



3.3. Es importante para un servicio comunitario establecer el lugar de la intervención. En nuestro caso prioritariamente ha sido en el propio centro de salud mental, pero vemos que está existiendo una disminución paulatina de la intervención en nuestro centro con un incremento paralelo de aquellos que se realizan en el centro de salud general, lo cual es coherente con el incremento de las interconsultas, que habíamos señalado en el apartado anterior. (Figura 10).

CARACTERES QUE DEBE REUNIR EL REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

Entre los caracteres generales que debe reunir una mejor utilidad y más correcta utilización de

un instrumento tan importante, pero también tan sofisticado, como es el registro acumulativo de casos psiquiátricos, se piensa que puedan reunir los siguientes caracteres:”

1. **Utilidad:** con el fin de facilitar la comunicación entre los servicios asistenciales y el departamento de evaluación y sistemas de información. Con lo cual se puede posibilitar comparar resultados entre diversos servicios del mismo área y/o servicios de distinta localización geográfica que pueden tener similares características. Esta utilidad tiene una repercusión directa en trabajos de investigación a medio y largo plazo.

2. **Simplicidad y manejabilidad:** las bases metodológicas serán simples para el equipo de salud mental del centro, como hemos expresado con anterioridad basta con poner un aspa en determinadas situaciones, o bien los dígitos correspondientes, de tal suerte que se remite la tira de dígitos al servicio de evaluación y queda la matriz original en el dossier de la historia clínica del centro.

3. **Posibilidad de definir y redefinir los problemas:** de tal suerte que pueda servir para la planificación, pero también para la prevención y la evaluación de las distintas posibilidades terapéuticas.

4. **Estricto control** sobre la utilización de los conceptos médicos y epidemiológicos. Esta utilización debe guardar un respeto para poder ser utilizada en diferentes contextos y por diferentes cuerpos teóricos y prácticas asistenciales.

5. **Posibilidad** de que los datos tengan un correspondiente tratamiento estadístico.

6. **Confidenciabilidad:** se utilizará para todos los usuarios un código, tal como ha sido expresado con anterioridad, de tal suerte que solamente el servicio asistencial es el que puede traducir un número de historia-número de código personal-nombre del usuario. Esto abre un gran debate sobre los sistemas informáticos y la confidenciabilidad de los sistemas de información, debate abierto con una importante repercusión en el campo de la salud mental, sobre todo en la infancia y la adolescencia por las posibles implicaciones que puedan tener a lo largo de la vida y el desarrollo del individuo, de lo cual no huyen determinados juicios sociales y culturales al uso.

7. **Posibilidad de establecer estudios y análisis longitudinales:** hablar de longitudinalidad es establecer uno de los principios fundamentales de la investigación, pero también de la evaluación a medio y largo plazo de los funcionamientos institucionales y de la evaluación clínica. Por lo tanto, para hablar de longitudinalidad y de posibilidades longitudinales a medio y largo plazo se precisa de un instrumento que posibilite esta evaluación longitudinal en cuanto, al menos, estos cuatro campos:

7.1. En cuanto a los pacientes: dado que la infancia se encuentra en una continua evolución, una vez que establece el contacto y se determina quién es este paciente podría ser seguido a lo largo de unos posibles y sucesivos contactos que pudiera realizar. Por lo tanto establece un seguimiento longitudinal de los contactos de ese usuario con los servicios asistenciales.

7.2. Seguimiento longitudinal de las intervenciones realizadas: por lo tanto este seguimiento longitudinal de intervenciones no solamente repercute sobre el usuario que la recibe, sino que también da cuenta de la historia evolutiva del propio servicio asistencial, que cambia a lo largo del tiempo las posibles intervenciones sobre un paciente o sobre un grupo de pacientes determinados en ese territorio concreto.

7.3. Seguimiento longitudinal de los diagnósticos: en la infancia tiene una importancia y una repercusión clave, dado que la perspectiva diagnóstica tiene también un criterio evolutivo y madurativo con una repercusión importante para delimitar tanto las intervenciones como los distintos aspectos evolutivos y madurativos del sujeto infantil. Pero, al mismo tiempo, también nos pone sobre el tapete la necesidad de poder ver qué tablas y qué criterios diagnósticos se utilizan, qué perfiles clínicos conductuales y madurativos puede tener este niño a lo largo de los múltiples contactos que pueda realizar con el servicio asistencial.

7.4. Un análisis longitudinal también para los profesionales, tanto de la intervención que

diseñan, como la congruencia y coherencia de esa intervención con el diagnóstico que expresa, como el tipo de profesionales que intervienen a lo largo del tiempo.

Por lo tanto estos cuatro factores que delimitan la longitudinalidad posible son la base para establecer los correspondientes trabajos de investigación. Articulando las posibles relaciones existentes entre cada uno de estos cuatro parámetros que analizan la longitudinalidad posible a través de un registro acumulativo de casos.

En algún trabajo precedente⁹ se ha expresado que en España el registro acumulativo de casos en salud mental infantil tenía además un interés múltiple dado que: la mala coordinación existente entre los diferentes servicios que atienden a la infancia puede originar duplicidades y/o solapamiento en las prestaciones asistenciales, por lo que el registro de casos psiquiátricos puede detectar esta duplicidad. En segundo lugar, el registro de casos acumulativos en psiquiatría infantil es necesario para poder aportar el patrón específico de afecciones mentales en la infancia y la adolescencia para cada unidad y/o centro de salud mental infantil así como del abordaje terapéutico que realiza ese centro de salud mental. En tercer lugar, la necesidad de conocer las tasas de incidencia y prevalencia de los distintos trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Precisa además la distribución de estos procesos, así como establece unas necesidades para la evaluación en base a la edad, distribución sexual de los distintos trastornos mentales y la utilización de los recursos en base a ellos. Se puede, por lo tanto, aportar datos para evaluar la eficacia y eficiencia de los programas de salud mental para niños adolescentes. De esta suerte, se evalúa la adecuación entre los diferentes patrones de la consulta psiquiátrica con vistas a cada problema de salud mental en cada etapa evolutiva. Así como se puede ver el grado de dependencia que establece con el servicio asistencial tanto los niños como sus familias, posibilitando la creación de un indicador de cronicidad. Se abre, de esta manera, la evalua-

ción de la efectividad de las diferentes posibilidades terapéuticas e intervenciones que se desarrollan para cada problema mental de los niños y adolescentes. Y, por fin, facilita todo un criterio de control longitudinal y de investigación dado que podría enlazar de relación existente entre el trastorno mental, la intervención psiquiátrica y el desarrollo infanto-juvenil para cada contexto individualizadamente.

De esta suerte la longitudinalidad que se plantea posibilita dos tipos de historicidad a través del análisis de los datos facilitados por el registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y adolescencia: la historia evolutiva del sujeto infantil y de su familia, que solicita ayuda por la presentación de un problema y, en segundo lugar, la historia del propio servicio asistencial tanto por las intervenciones que desarrollan, como por los profesionales que intentan dar respuestas a los problemas que van surgiendo en ese territorio y estos aspectos se pueden evaluar en base a un criterio longitudinal al ser, el registro de casos, acumulativo.

CONCLUSIONES

El Registro Acumulativo de Casos en Psiquiatría Infanto-Juvenil se constituye en un instrumento adecuado para poder establecer estudios longitudinales en la etapa de la infancia y adolescencia. Al mismo tiempo es un instrumento clave para evaluar las intervenciones de los servicios en un territorio determinado.

Este uso longitudinal del Registro Acumulativo de Casos en Psiquiatría Infanto-Juvenil tiene, por lo tanto, dos dimensiones:

1) Longitudinalidad evolutiva de cada proceso y para cada usuario, con posibilidad de asociar esa posible evolución por cuadros diagnósticos y con las intervenciones terapéuticas diseñadas por el equipo asistencial.

2) Longitudinalidad para el análisis de las diferentes respuestas que desarrolla un equipo asistencial en un territorio para cada grupo diagnóstico o a lo largo de un periodo de tiempo. Así se establece el patrón de uso y respuesta de los servicios de Salud Mental en la etapa de la infancia y adolescencia.

Por todo lo anterior se debe tener en cuenta que, al ser un instrumento de alto coste y elevado mantenimiento, debe tener un adecuado feedback entre la unidad encargada del registro y los servicios asistenciales, lo cual hará que se utilice como un instrumento de trabajo y análisis de los propios equipos en el territorio. Por todo ello se debe favorecer el uso diversificado de dicho instrumento:

Planificación, investigación, docencia, evaluación de estilos de trabajo de los equipos en el territorio, etc., son posibles usos.

Bibliografía

1. LILIENFELD, A. AM: *Epidemiological methods and influences in studies of non-infection diseases* Public Health Rep 72, 1957, pag. 1.
2. MUÑOZ, P. E: *Psiquiatría Social* cap. 48 en J. L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (coords): *Manual de Psiquiatría*. Ed. Karpos, S. A. Madrid, 1979, págs. 1155-1175.
3. TEN HORN, G. H. M.; GULBINAT, W. H; GIEL, R., HENDERSON, J. H: *Psychiatric case registers in public health* Ed. Elsevier, Amsterdam / Oxford / New York, 1987.
4. TEN HORN, G. H. M. M; WOUTERS, J. L; BRUG, A. *Geestelyke gezondheidszorg voor kinderen tot en met 12 jaar: bevindingen u it het register geestelyke volksgezondheit.* Tydschrift voor Psychiatrie, 27, 1985, 128-138.
5. TEN HORN, G. H. M. M; PEDREIRA MASSA, J. L: *Epidemiología y registro de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, VIII, 26, 1988, 373-390.
6. PEDREIRA MASSA, J. L: *El trabajo de Salud Mental Infanto-Juvenil en el Area Sanitaria de Avilés* En J. García González y V. Aparicio (compls): *nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación* Ed. Principado de Asturias, Oviedo, 1990, págs. 153-180.
7. GOLDBERG, D; Huxley, P: *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care* Ed. Tavistock Publications, London / New York, 1980.
8. TEN HORN, G. H. M. M: *Sistemas de evaluación en los procesos de transformación asistencial*. Curso sobre Transformación de la asistencia psiquiátrica. Perlorá, 1985.
9. PEDREIRA MASSA, J. L: *Análisis de la demanda en Salud Mental Infanto-Juvenil en una asistencia territorializada en Asturias* Tesis Doctoral, Ed. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Ed. Microfichado n.º 10. Barcelona, 1990.
10. GARCÍA GONZÁLEZ, J.; APARICIO, V; EGUIAGARAY, M: *Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios. El registro de casos psiquiátricos en la evaluación de los cambios en el marco de la reforma psiquiátrica de Asturias* Rev. Sanidad e Higiene Pública, 62, 2 (mayo-agosto), 1988, 1469-1482.
11. GARCÍA GONZÁLEZ, J; APARICIO, V: op. cit. en 6.
12. PEDREIRA, J.L, RINCÓN, F: *La clasificación de los trastornos en Psiquiatría Infantil: Comparación de los sistemas más frecuentes* Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 17, 6, 1989, 407-416.
13. MEZZICH, J. E: *On developing a Psychiatric Multiaxial Schema for ICD-10* British J. Psychiatr. 152 (supp 11) 1988, 38-43.

Prevalencia de enfermedad mental entre los padres de una muestra de pacientes paidopsiquiátricos

J. L. Jiménez Hernández*,
E. Aldama Sánchez**

Vizcaya

RESUMEN

Se analiza la incidencia de las perturbaciones psíquicas en los padres de niños con alteraciones paidopsiquiátricas incidiendo en los factores de riesgo mórbido en los niños. Asimismo se valoran variables socio-económicas tales como el paro, la disfunción marital; psico-sociales como enfermedades crónicas y alteraciones de la personalidad.

Palabras clave: Epidemiología paidopsiquiátrica. Prevalencia enfermedad en padres. Factores de riesgo.

PSICOPATOLOGÍA EN LOS PADRES

INTRODUCCIÓN

Desde hace medio siglo, sabemos que los trastornos mentales de los padres suelen estar asociados con problemas emocionales en sus

hijos¹. Se supone que esta asociación es más importante cuando los padres padecen trastornos de la personalidad, depresión crónica o recurrente, enfermedad maníaco-depresiva o esquizofrenia². Al contrario de lo que podría parecer, son los problemas psicosociales añadidos al desajuste conyugal y la hostilidad familiar, entre otros ejemplos, las variables clave para entender la asociación entre una enfermedad parental y la presencia de psicopatología en los hijos².

Actualmente, las investigaciones sobre dicha asociación se dirigen hacia los métodos de educación empleados por éstos padres y hacia su estructura familiar³.

Hay una amplia serie de estudios realizados entre la población general, que muestran una relación significativa, aunque no específica, entre las enfermedades mentales parentales y una posible psicopatología filial⁴. A las mismas conclusiones se ha llegado en estudios con muestras de pacientes pediátricos⁵.

La finalidad específica del presente artículo es mostrar los datos epidemiológicos de prevalencia de enfermedad mental entre los padres de los pacientes atendidos en nuestro servicio de psiquiatría infantil.

* Servicio de Psiquiatría Infantil. (Dt.º Pediatría).

** Servicio de Psiquiatría.
Hospital Santiago Apóstol (Vitoria).

Ponencia presentada en el VI Congreso de la Sociedad española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, mayo, 1990.

TABLA I
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS PACIENTES Y DE SUS PADRES, DE LOS 139 CASOS QUE
COMPONEN LA MUESTRA ESTUDIADA

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO
(N = 139)

CÓDIGO V	paciente		padres	
	Nº	%	Nº	%
	9	6.4	1	0.7
- DUELO NO COMPLICADO	3	-	1	-
- MALOS TRATOS	5	-	-	-
- FRACASO ESCOLAR	1	-	-	-
SIN TRASTORNO MENTAL	12	8.6	0	-
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN EJE II	12	8.6	0	-
- RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE	3	-	-	-
- DISARTRIAS	2	-	-	-
- DISLEXIA	7	-	-	-
DIAGNÓSTICO EN EJE III	61	43.8	12	8.6
- ENFERMEAD SOMÁTICA	60	43.1	12	-
	paciente		padres	
	Nº	%	Nº	%
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN EJE I				
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	17	12.2	14	10
• FOBIAS	6	-	4	-
• P. T. S. D.	7	-	4	-
• N. O. C.	3	-	3	-
RETRASO MENTAL	2	1.4	1	0.7
A. D. D. - H.	7	5	0	-
TRASTORNOS DE CONDUCTA	3	2	0	-
NEGATIVISMO	3	2	0	-
TICS	2	1.4	0	-
TRASTORNOS SOMATOFORMES	13	9.3	4	2.8
TRASTORNOS FICTICIOS	3	2	0	-
TRASTORNOS POR ANSIEDAD EN LA INFANCIA	11	7.9	0	-
TRASTORNOS AFECTIVOS	15	10.7	42	30.2
ETILISMO	0	-	35	25
TRASTORNOS DE AJUSTE	10	7	7	5
TRASTORNOS DEL CONTROL ESFINTERIANO	7	5	0	-
T. P. D. Y AUTISMO	6	4.2	0	-
ESQUIZOFRENIA	4	2.8	3	2
OTROS	16	11.5	39	28
• ANOREXIA NERVIOSA	3	-	0	-
• MUTISMO SELECTIVO	3	-	0	-
• TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	0	-	28	20

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado revisa retrospectivamente las historias clínicas de los 406 pacientes atendidos por psiquiatría infantil desde julio de 1987 a diciembre de 1988. De ellos, 139 (34,39%) tenían un progenitor – o los dos – con enfermedad psiquiátrica, según los criterios de la clasificación de enfermedades mentales elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-III-R⁶.

Se han analizado diversas variables socio-demográficas (edad, sexo, estado civil de los padres, situación laboral, lugar y tamaño de la fratría y nivel socio-económico) en los 139 casos.

Los varones eran 76 (55,32%) y las mujeres, 63 (45,68%), siendo la edad media del total (N=139) de 8,32 años (DS=3,6). Las distribución por sexo de las enfermedades mentales de los padres era muy superior para las madres (129 casos: 92,8%), con un porcentaje mucho menor de padres con enfermedad mental (26 varones: 18,7%). La presencia de trastornos psiquiátricos en ambos progenitores aumenta el riesgo de problemas emocionales en los hijos. Diez y seis casos de la muestra (11,5%) tenían a ambos padres enfermos.

Los pacientes provenían de la interconsulta hospitalaria en un 72% del total (99 pacientes), y del área sanitaria asignada al hospital en un 28% (40 casos). Tras la comparación entre ambos subgrupos, no se encontraron diferencias significativas entre ambos.

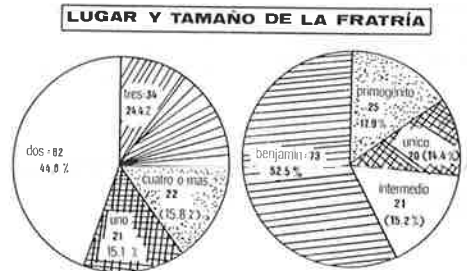
Los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes y de sus padres se han esquematizado en la

Tabla I. Otra Tabla, la II, muestra los resultados del análisis de las variables socio-demográficas más significativas: discordia marital, hostilidad hacia el hijo, «contagio» de trastornos emocionales entre ambos padres, y desajuste social⁷.

El lugar y el tamaño de la fratría es un factor que también se ha tenido en cuenta al estudiar la estructura de estas familias⁸.

Una representación porcentual del número de hermanos y el lugar ocupado por cada paciente está representado en la Tabla III.

TABLA III



DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL LUGAR OCUPADO EN LA FRATRÍA, ASÍ COMO POR EL TAMAÑO DE LA MISMA.

Todos los datos del presente estudio están tomados de las historias clínicas de los 139 casos estudiados.

RESULTADOS

Numerosos autores han mostrado una asociación significativa entre enfermedad mental de los padres y trastornos emocionales en los hijos (1, 2, 5, 9). El riesgo psicopatológico infantil se relaciona con la presencia de cualquier

TABLA II

Variable	Número de casos	Porcentaje
Paro laboral	12 casos	8,63%
Divorciados y separados	15 casos	10,7%
Ambos progenitores con enfermedad	16 casos	11,5%
Malos tratos en la infancia	5 casos	3,5%

tipo de enfermedad mental paterna y/o materna, pero parece ser mayor si se trata de trastornos de personalidad, depresión crónica o recurrente, o trastornos emocionales severos¹. Hasta hace relativamente poco tiempo, se hacía un especial hincapié en los hijos de esquizofrénicos, pero una comparación sistemática con los hijos de otros pacientes mentales mostraba que el diagnóstico de los padres no es la variable clave para determinar el riesgo de psicopatología filial. De hecho, el riesgo se ha demostrado menor entre los hijos de padres esquizofrénicos¹⁰.

De un estudio que los mismos autores han realizado recientemente¹¹, se desprende que los hijos de los alcohólicos viven la figura paterna desvalorizada, deteriorada, discordante (según haya consumido alcohol o no), y muy frecuentemente asociada con agresividad hacia los miembros de la familia. En la muestra presentada, 35 casos, 24 varones y 11 mujeres (en total, un 25%), eran adictos al alcohol. Las consecuencias familiares predominantes en nuestro grupo eran: la presencia de trastornos comportamentales, depresión, ansiedad y fobias.

Problemas sociales crónicos, — como son el paro laboral y las consecuencias psicosociales del etilismo —, o trastornos de personalidad en los padres, se correlacionaban con trastornos de conducta en los hijos.

Por otro lado, sea cual sea la enfermedad parental de que se trate, puede dar lugar a un ingreso en instituciones de acogida. La tasa de psicopatología allí es enorme¹². Entre nuestros pacientes, dos presentaban estas características.

En general, hay una ausencia de especificidad diagnóstica entre los padres enfermos y sus hijos, como puede verse en la bibliografía². Catorce madres presentaban trastornos de ansiedad. Sus hijos estarían especialmente en riesgo en dos situaciones: 1.ª — la edad de latencia; y 2.ª — edades tempranas (de 2 a 5 años), en las que es lógica la ansiedad de separación.

La depresión parental, — según diversos autores⁹ —, se transmite a los hijos de una manera significativa. En efecto, de los 42

progenitores que tenían éste diagnóstico (40 madres y 2 padres), hemos encontrado hijos deprimidos en el 75% de los casos.

Los trastornos de la personalidad, hallados en 29 padres de ambos sexos, no producen psicopatología en los hijos a no ser que interfirieran seriamente con su desarrollo evolutivo normal. En éste caso, probablemente se producirían trastornos de la personalidad infantil (mutismo selectivo y trastorno de la personalidad de tipo *avoidant* o evitativo en la infancia).

La psicopatología infantil también se asocia con enfermedad física crónica en los padres¹³. El riesgo parece ser mucho mayor si ambos cónyuges están enfermos.

Así pues, un trastorno mental conlleva el riesgo de problemas emocionales en los hijos, pero ésto no es inevitable. Hay una serie de *factores de protección* que disminuyen dicho riesgo, y son:

- 1.º — Si el paciente se lleva mal con uno de los padres, que al menos se lleve bien con el otro.
- 2.º — La no existencia de separación o divorcio parental.
- 3.º — Un buen estado de salud de los padres y demás miembros familiares.
- 4.º — Un paternaje y una educación adecuados.
- 5.º — La ausencia de hostilidad hacia el paciente. Y,
- 6.º — El hecho de que no sean precisos cambios de hábitat, ni (sobre todo) de colegio.

CONCLUSIONES

Del análisis de los datos expuestos, se concluye que:

1. La prevalencia de enfermedad mental entre los padres de pacientes paidopsiquiátricos es significativamente mayor que la encontrada entre la población pediátrica general.
2. Las madres predominan notablemente sobre los padres, en dicha prevalencia.

3. Del tratamiento psiquiátrico y del pronóstico de los padres, depende la evolución seguida por los pacientes que componen la muestra.

Bibliografía

1. RUTTER, M., y COX, A.: *Other Family Influences*. En: Rutter M., y Hersov L. (eds.). *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, and ed., Oxford: Blackwell Scientific Publications; págs.: 58-81; 1985.
2. RUTTER M., y QUINTON D.: *Parental psychiatric disorder: effects on children*. *Psychol. Med.*: 14:853-880; 1984.
3. BELSKY J.: *The determinants of parenting: a process model*. *Child Dev.*: 55: 83-96; 1984.
4. BEARDSLEE W.: *Adaptation in children at risk: children of parents with major depressive disorders*. En Rutter M., Izard C.E. y Read P.B. (eds.). *Depression in Childhood: Developmental Disorders*. Guilford Press, New York 1984.
5. GAENSBAUER T.J., HARMON R.J., CYTRYN J., y MCKNEW D.H.: *Social and Affective Development in Infants with a Manic-Depressive Parent*. *AM. J. Psychiatry*: 141: 223-229; 1984.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition, Revised: DSM-III-R*. The American Psychiatric Association; Ed. española, Masson S. A.; Barcelona; págs.: 296-301; 1988.
7. KENDLER K. S.: *Indirect Vertical Transmission: A Model for Mongenic Parental Influences on the Liability to Psychiatric Illness*. *AM. JU. Psychiatry*: 145: 657-665; 1988.
8. SCHOR E. L.: *Families, Family Roles, and Psychological Diagnoses in Primary Care*. *J. Dev. Behav. Pediatr.*: 9: 327-332; 1988.
9. CYTRYN L., LCKNEW D. H., ZAHN-WAXLER C. y GERSHON E.S.: *Developmental issues in risk research: the offspring of affectively ill parents*. En Rutter M., Izard C. R., y Read P.B. (eds.). *Depression in Childhood: Developmental Perspectives*. Guilford Press, New York, 1984.
10. KAUFFMAN C., GRUNEBaum H., COHLER B.J., y GAMER E.: *Superkids: competent children of psychotic mothers*. *AM. J. Psychiatry*: 136: 1392-1402; 1979.
11. JIMÉNEZ J. L.: *Psicopatología de los hijos de padres alcohólicos*: Actas de la XIV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica: Arán Ediciones S.A.; Madrid; 1989.
12. WOLKIND S., y RUTTER M.: *Children who have been «in care»: an epidemiological study*. *J. Child Psychol. Psychiatry*: 14: 95-105; 1973.
13. RUTTER M.: *Children of sick parents: an environmental and psychiatric study*. Institute of Psychiatry Maudsley Monographs n.º 16; Oxford University Press, Londres, 1966.

Evolución de las psicosis infantiles: estudio de seguimiento de 20 casos durante un período de 8 a 20 años

C. Gómez-Ferrer Górriz (1), A. Fernández Moreno (2), M.^a E. Ruiz Fernández (3), D. Barcia Salorio (4)

Murcia

RESUMEN

Se realiza un estudio de seguimiento de 20 casos diagnosticados, en la infancia, de diversas formas de psicosis infantiles precoces. Tras una evolución entre 8 y 20 años, tienen edades comprendidas entre los 12 y 25 años.

Se revisa su situación actual, nivel de aprendizaje, exploración psicométrica y psicopatológica y se emite un diagnóstico. Se realiza un análisis comparativo con los mismos datos de la infancia para valorar su evolución.

Palabras clave: Psicosis infantiles. Seguimiento. Evolución.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la antigüedad en el reconocimiento de la existencia de psicosis infantiles,

- (1) Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- (2) Jefe de Servicio de Psiquiatría.
- (3) Profesora Titular de Psiquiatría.
- (4) Catedrático de Psiquiatría.

Departamento de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General. Plaza Circular n.º 11, 3.º A. 30008 - Murcia.

Participación a la Ponencia: «Epidemiología en Psiquiatría Infanto-Juvenil» - VI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil - Barcelona. - Mayo de 1990.

que todo el mundo sitúa en la descripción de la demencia precocísima por Sancte de Sanctis (1906)¹, existen cuestiones básicas sobre las cuales no hay consenso entre los diferentes autores: la independencia o no de los diferentes cuadros descritos, la relación entre la esquizofrenia infantil y la del adulto y los signos pronósticos de las psicosis infantiles.

Respecto a la independencia o no de los distintos cuadros, la atención suele centrarse en el autismo infantil y la esquizofrenia infantil, siendo las opiniones contradictorias.

En una revisión relativamente reciente de este problema, realizada por Petty y cols. (1984)², estos autores señalan que las diferentes opiniones pueden ser ordenadas en tres grupos: 1 - Autores que piensan que el autismo infantil es la primera manifestación de la esquizofrenia (Kanner, 1949)³. 2 - Que el autismo infantil debe ser considerado como un subgrupo de la esquizofrenia infantil (Bender, 1956)⁴. 3 - Que ambas condiciones, el autismo infantil y la esquizofrenia infantil, deben ser consideradas como independientes (Rutter y Loyckyer, 1967)⁵; (D.S.M. - III)⁶.

Naturalmente hay datos que apoyan estas posturas. Así, los hechos que soportan la historia de la independencia son básicamente: la aparición más precoz del autismo, la rareza de una historia familiar esquizofrénica entre los autistas, la diferente situación socioeconómica

que es, por lo general, más baja en la esquizofrenia y la repetida constatación de no existir autismo infantil en los estudios catamnéticos de la esquizofrenia del adulto. Parece ser que, en relación con esto último, hay un solo caso comunicado por Darr y Wonder (1951) de una mujer que a los 28 años mostraba un cuadro esquizofrénico, y que en la infancia tuvo un claro cuadro de autismo infantil de L. Kanner (Petty y cols., 1984)².

Frente a estos puntos de vista, una serie de estudios prospectivos ponen de manifiesto la posible relación entre esquizofrenia y autismo, dado que en el curso de la evolución de niños con autismo infantil, claro y demostrado, terminan haciendo un cuadro esquizofrénico (Havelkova, 1968)³; (Reiser y Brown, 1964)⁴. Quizás haya sido L. Bender una de las autoras que más repetidamente defiende este punto de vista. Así, en un estudio de seguimiento de 50 niños diagnosticados de autismo infantil siguiendo los criterios de L. Kanner, comenzando el cuadro con anterioridad a los 2 años, observó que el 90% terminaban haciendo, al llegar a adulto, un cuadro de esquizofrenia (1972)⁵.

Otros autores, aunque puedan mantener la tesis de la independencia del autismo y la esquizofrenia, sin embargo, al describir la evolución sufrida por los autistas, tienden a señalar rasgos que son característicos de formas residuales esquizofrénicas (Rutter y cols., 1967)⁶.

Uno de los problemas fundamentales en relación con el tema que comentamos reside, como señalan Petty y cols. (1984)², en que en muchas ocasiones no se hacen precisiones respecto a los criterios utilizados para el diagnóstico de psicosis esquizofrénica. Estos autores pudieron seguir tres casos de niños autistas, los cuales desarrollaron al llegar a la adolescencia un cuadro claro de esquizofrenia.

Otra de las razones de la disparidad de los puntos de vista puede deberse a la utilización de diferentes metodologías, lo cual es válido para el problema nosológico y también respecto al tema de la evolución de los cuadros psicóticos, un aspecto al que nos referiremos más adelante.

Manzano (1982)¹¹ organiza los estudios sobre la evolución de los niños psicóticos en dos grandes grupos: estudios catamnéticos realizados sobre poblaciones extensas, caracterizados por ser estudios «transversales», limitados en el tiempo y que no tiene en cuenta el conjunto de la evolución como un proceso continuo. A pesar de la rigurosidad metodológica se puede llegar a conclusiones que no expresen la complejidad de los problemas tratados. Cita, entre otros, como relevantes los estudios de Eisenberg y Kanner, 1955; Creak, 1963; Rutter y cols., 1967; Rutter, 1970; Kanner y cols. 1972, etc.

El otro grupo de estudios se caracteriza por el análisis de uno o pocos casos pero analizados en profundidad, en general desde planteamientos psicodinámicos y metapsicológicos realizados durante el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico. Aquí refiere los trabajos de M. Klein, 1930; Levobici y Mc Dugal, 1960, 1978; Rodríguez, 1965, etc.

Una posición intermedia es la realizada por Manzano (1982)¹¹ que analizó a 21 casos que pudo seguir durante cuatro a seis años, pero que analizó en profundidad. Los diagnósticos se hicieron según los criterios de Miller (1975) y constataron: 13 casos de autismo infantil, 5 de psicosis desorganizada (esquizofrenia infantil) y 3 de psicosis simbiótica.

Manzano piensa que su estudio es consistente con la hipótesis de una *unidad* fundamental en los cuadros de «psicosis infantiles», de modo que los diferentes cuadros pueden ser considerados como formas clínicas o «momentos evolutivos» de un mismo proceso esencial. Este autor ha podido observar cómo niños que pudieron ser diagnosticados de «autismo infantil» en su evolución pasaban por fases que se correspondían con descripciones de psicosis simbióticas, deficitarias o esquizofrénicas. Los niños que al comienzo fueron diagnosticados de psicosis simbiótica, desorganizada o esquizofrénica, siguieron la misma evolución que la que tuvieron los niños autistas al llegar a esa fase.

En realidad, la cuestión planteada es de

solución difícil y apunta a la noción misma de enfermedad. En psiquiatría y quizás más claramente en psiquiatría infantil, los criterios definitorios de la enfermedad quedan prácticamente reducidos a criterios clínicos y sintomatológicos. Se piensa que manifestaciones clínicas análogas implican enfermedades idénticas, lo cual no es necesariamente cierto².

En un trabajo en donde uno de nosotros, analizaba los cuadros de psicosis infantiles¹³, sosteníamos la tesis de que los cuadros psicóticos, tanto del adulto como del niño, están expresando esencialmente una «desorganización del yo», y que el cuadro clínico observado, en las psicosis infantiles, expresan las distintas capacidades del yo, lo cual está en función con el grado del desarrollo del yo, dependiente a su vez del momento evolutivo. Esta es la razón, decimos, de que el autismo se inicie antes de los 12 meses, la esquizofrenia infantil se inicia de los 2;6 a los 3;6 años, la psicosis simbiótica de los 3;6 a 5;6 años, etc. La «conciencia del yo» (Jaspers) es una estructura psicológica que lentamente va formándose desde el nacimiento y que en su formación pasa por unas fases concretas. Lo que la patología psíquica expresa es el grado de evolución del yo y no es extraño que Manzano observe distintos estadios desorganizados en la medida que evoluciona el proceso en un mismo niño.

Un segundo tema discutido, íntimamente relacionado con lo anterior, se refiere a la relación entre la esquizofrenia infantil y la del adulto, es decir, si puede o no aceptarse la afirmación de Bender y Faretra (1972)⁹ de que

por sus manifestaciones clínicas. Esta es la razón de su inconsistencia expresada en las repetidas revisiones en muy corto período de tiempo. Por eso también parecen más consistentes los planteamientos desde la teoría psicodinámica, lo cual es especialmente cierto en psiquiatría infantil, aunque la teoría psicoanalítica puede en sí misma ser discutida. Sobre estos aspectos puede consultarse: D. Barcia: «History of Psychiatry»¹².

la esquizofrenia infantil «conduce invariablemente a la esquizofrenia del adulto».

Aquí también las posiciones son encontradas. Un grupo de autores (Rutter, 1972)¹⁴; Kolvin y cols., 1971¹⁵, Makita, 1966¹⁶, señalan que los cuadros aparecidos con anterioridad a los 3 años son psicosis que no se relacionan con la esquizofrenia. Robins (1971)¹⁷, como conclusión de estudios de seguimiento realizados por Eaton y Menolascino (1967); Rutter y cols. (1967), señala que los cuadros de esquizofrenia anteriores a la adolescencia, no pueden ser considerados como formas tempranas de la esquizofrenia del adulto y que cuando así ha sido considerado se ha debido a imprecisión en los criterios diagnósticos o a un inadecuado seguimiento.

A su vez Rutter en repetidos estudios^{10,5} señala que están equivocados los que ven al «autismo infantil» como una primera manifestación de la esquizofrenia ya que la «naturaleza» de ambas condiciones patológicas son distintas.

Parece ser que en la opinión de muchos autores hay una clara «barrera» para la separación de la psicosis infantiles, la del comienzo temprano antes de los 3 años y el tardío, después de los cinco, lo cual lleva a considerarlos como dos cuadros independientes (Kolvin y cols.)¹⁵.

En 1984, Howells y Guiguis¹⁸ realizaron un excelente estudio, en donde pudieron seguir a 20 pacientes que 20 años antes habían sido diagnosticados de esquizofrenia infantil. La conclusión para estos autores es que «aparte de una tendencia general de ser más tranquilos, la esquizofrenia infantil permanece sin cambio en el adulto, manteniendo la mayoría de los signos cardinales de la esquizofrenia infantil».

Estos autores observaron que en todos los casos se mantuvieron el deterioro de relaciones

² El criterio puramente descriptivo fue el primero utilizado en psiquiatría por Pinel y Esquirol. Estos autores atendieron exclusivamente a las manifestaciones que inmediatamente ofrece el enfermo psíquico e intentaron encontrar los «rasgos comunes», con lo que llegaron a la descripción de lo que debe llamarse «Entidad clínica», para oponerlo a la noción de Enfermedad. El criterio puramente descriptivo fracasó y la nosología psíquica sólo adquirió consistencia cuando el material clínico pudo ser ordenado desde un *a priori*, tal como hizo Kraepelin concretando el criterio médico para las psicosis exógenas y la noción de proceso para las endógenas. En la actualidad el D.S.M.-III, intenta mantenerse «ateórico» y ordenar enfermedades únicamente

emocionales, alteraciones del lenguaje y la motricidad y retraso intelectual y que en conjunto el cuadro observado se asemejaba a la esquizofrenia simple de Kraepelin, la esquizofrenia tipo II de Crown o la esquizofrenia residual del D.S.M. - III y D.S.M. III-R. Es decir, se apreciaba empobrecimiento y devastación de la vida psíquica; apatía, desinterés y aislamiento, con repliegue autista; frialdad afectiva, tendencia a la racionalización con escasa productividad: no alucinaciones ni delirios. Pobreza de lenguaje y deterioro intelectual. Un hecho importante que contradice las observaciones y opiniones de otros autores, es que la edad de comienzo no afectaba a la evolución del proceso con la excepción de la existencia de unas experiencias alucinatorias en el grupo de comienzo más tardío. Diez enfermos iniciaron la psicosis antes de los 30 meses y diez después.

Por otro lado, Howells y Guirguis, señalan que su estudio coincide con otros de seguimiento de niños psicóticos en el sentido de que la sintomatología fundamental se mantenía de forma relativamente análoga a la del comienzo. Así Lotter (1978) refiere que el cuadro general se caracterizaba por ser «relativamente estable en el curso»; Hingten y Bryson (1972) sugieren que con la madurez del niño permanece dominante la conducta psicótica y Rutter y cols. (1967) observan que hay pocos cambios en las características de la conducta individual al llegar a adulto, siendo estos cambios de naturaleza cuantitativa.

Finalmente, un tercer grupo, al que hacíamos referencia al comienzo, pero sobre el que hay más consenso, se refiere al análisis de signos pronósticos.

Todos los autores están de acuerdo en establecer un mal pronóstico y considerar que la enfermedad tiende a ser destructiva y dejar con grandes incapacidades y dificultades para una vida adulta independiente. Rutter y cols.^{10,5} señalan que la evolución de sus casos fue similar a la de los de Kanner (1955)¹¹ y las revisiones de Eisenberg (1956),^{19,20} y las de Creak (1963)²¹, y que sólo una minoría alcanzó

un buen ajuste social durante la adolescencia. La mitad de los enfermos fue incapaz de mantener una vida independiente y la mayoría siguió con cuidados en un Hospital de subnormalidad mental.

Rutter y cols. (1967)¹⁰, señalan que las variables más importantes respecto a la evolución del proceso psicótico eran el C.I., el habla, la gravedad de la perturbación y el grado de escolaridad, sobre lo cual están de acuerdo la mayoría de los autores. El C.I. fue bueno para la distinción del ajuste social, pareciendo que era el C.I.: 60, el indicador del ajuste bueno o malo. (Rutter y cols.¹⁰). El momento de aparición del habla y el grado del lenguaje es también un excelente indicador del pronóstico. Kanner (1955)¹⁸, insiste que si se inicia antes o alrededor del primer año, el pronóstico es bueno. En general, sin embargo, hay bastante acuerdo en considerar que el desarrollo del lenguaje alcanzado a los 5 años tiene un gran valor pronóstico (Goldfarg, 1965²²; Mazet y Houzel, 1981²³; Rutter y cols. 1967¹⁰). En relación con lo anterior parece importante la falta de respuesta a los sonidos, semejando sordera (Rutter y cols.¹⁰). Finalmente, la escolaridad era un ítem que se relacionaba con la evolución favorable o no. Los que evolucionaron con «buena» adaptación tuvieron al menos una escolaridad de dos años.

En conclusión, tal como hemos señalado al comienzo, aunque se ha avanzado en el conocimiento de las psicosis infantiles, existen sin embargo desacuerdos en algunos puntos importantes, algunos de los cuales hemos comentado. Deseando contribuir al conocimiento de algunos de estos aspectos nos planteamos realizar el presente estudio de seguimiento de enfermos de psicosis infantiles que en la actualidad son ya jóvenes y adultos, sobre los que haremos un análisis comparativo de su clínica infantil y actual.

A lo largo de veintiún años de consulta de Psiquiatría infantil en centros oficiales de la Región de Murcia (periodo 1969-1990), hemos reunido 45 casos de «psicosis infantiles», siendo el número de varones (34) el triple que

de mujeres (11), predominio que se observa en

MATERIAL

todas las investigaciones, aunque con porcentajes variables (Atchkova, 1984²⁴, Fish y cols., 1968²⁵, etc.). La edad actual (mayo 1990) es de 5 a 25 años. No se incluyen en ellos las psicosis de «comienzo tardío o del periodo de latencia» ni las que surgen en la adolescencia.

Hemos excluido del estudio los 12 casos que son menores de 12 años, otros 12 no localizables y 1 fallecido a los 18 años.

Hemos revisado, pues, 20 casos: 13 varones (65%) y 7 mujeres (35%) que vimos por primera vez entre 1969 y 1981, cuando contaban edades de 2 a 5 años (14 casos) y de 6 a 9 años (6 casos), siendo la edad actual de 12 a 25 años (Tabla I), tras un periodo de evolución entre 8 a 20 años.

TABLA I Edad Actual

Años	Varon	Mujer	Total	Porcentaje
2	4	6	10	30%
3	1	8	9	40%
4	2	6	8	30%
	13	7	20	100%

MÉTODOS

El método de nuestra investigación consta de dos partes:

1. Estudio de la infancia: se han revisado y valorado todos los datos de la infancia recogidos en la anamnesis inicial, entrevistas y exploraciones entonces efectuadas. Aunque casi todos los casos tienen completas exploraciones somática y neurológica, sólo destacaremos ahora las patológicas, ya que nuestro estudio lo hemos centrado en la psicopatología. Tampoco revisaremos los antecedentes personales y familiares que ya estudiamos en otro trabajo anterior (Gómez-Ferrer y Fernández, 1984)²⁶.

2. Estudio actual: se ha basado en los siguientes datos y exploraciones: exploración electroencefalográfica, informe institucional, exploración psicométrica, exploración psicopa-

tológica.

RESULTADOS

1. Estudio de la infancia

1.1. Revisión del diagnóstico

Hemos revisado y actualizado los dos psicodopsiquiatras, el diagnóstico efectuado en la infancia, aplicando a cada caso los criterios diagnósticos de Creak (1961)²⁷, Rutter (1984)²⁸ y de las Clasificaciones Internacionales: C.I.E.-9, proyecto de C.I.E.-10, D.S.M.-III y D.S.M.-III-R. Según ello, hemos obtenido tres «grupos diagnósticos»:

- a) Psicosis o trastorno desintegrativo. (C.I.E.-9 y 10; Rutter); trastorno profundo del desarrollo de inicio en la infancia (D.S.M.-III).
- b) Autismo infantil o trastorno autista (todas las clasificaciones).
- c) Psicosis o autismo atípico (C.I.E.-9 y 10; D.S.M.-III); trastorno profundo del desarrollo atípico (D.S.M.-III); retraso mental severo con rasgos autistas (Rutter).

Analizaremos los datos recogido de los 20 casos distribuidos en estos tres grupos que creemos están bien caracterizados y se corresponden con las observaciones clínicas habituales. (Barcia y cols., 1969²⁹; Fuster, 1982³⁰; Lasa, 1989³¹, entre otros).

1.2 - Psicosis desintegrativas

Este grupo consta de 10 casos: 8 varones y 2 mujeres que en su mayoría (6 casos) tuvieron un periodo de desarrollo normal y con cierto retraso de lenguaje los otros 4 casos.

1.2.1 - Comienzo: se apreció precozmente: a lo largo del 2.º año de vida en 5 casos y en el 3.º año los otros 5, siendo de forma aguda en 6 casos e insidiosa en los restantes. Los síntomas iniciales, que llamaron la atención, fueron en todos los casos: regresión o anomalías del lenguaje y conducta, aislamiento, irritabilidad y agresividad. En menor proporción hubo: regresión del control de esfínteres, insomnio, miedos, trastornos alimenticios, etc.

1.2.2 - Periodo de estado: hemos analizados minuciosamente la psicopatología más

característica que se va configurando a medida que el proceso psicótico se desarrolla e instaura, cuya descripción nos parece fundamental como expresión y confirmación diagnóstica, obteniendo los datos que a continuación revisamos.

a) *Trastornos de lenguaje*: en todos los casos existe incoherencia, soliloquios, musitación, cantinela y monotonía. En 8 de ellos eran frecuentes los cambios de tono y en 7 la verbigeración. En 6 apreciamos mutismo parcial, ecolalia, neologismos, alteraciones gramaticales y lenguaje interrogativo y en otros 5, logorrea e inversión pronominal.

b) *Estereotipias*: es otro síntoma significativo que existe en todos los casos con distintas manifestaciones, siendo las más frecuentes: muecas, bruxismo, olfateo, aleteo, sacudidas de brazos, saltos, balanceo, etc.

c) *Relaciones sociales*: el trastorno de relación del sujeto con su ambiente es fundamental en las psicosis y, así, en todos los casos encontramos que la mirada es vaga, periférica o evasiva y que existe un marcado aislamiento respecto a otros niños, mientras que hay cierto contacto con los adultos en cuatro casos.

d) *Carácter y conducta*: los rasgos más destacados en los 10 casos son: irritabilidad, fuertes rabietas y crisis de cólera frecuentes; la risa inmotivada se aprecia en 7 casos; hay marcada heteroagresividad en 8 y autoagresividad en 2. También en todos ellos son patentes las fobias diversas (ruidos, sangre, animales, alturas, etc.) y las filias (objeto fetiche, interruptores, agua, juegos ritualizados, etc.) (Barcia y Fuster, 1969)³².

e) *Escolaridad*: fue normal, inicialmente, en 5 casos, pasando todos con posterioridad a Educación Especial.

f) *Exploraciones somáticas y neurológicas*: sólo hay que destacar una megacefalia y dos estrabismos. En el E.E.G.: dos casos con «disfunción cerebral inespecífica» y uno con «alteración focal en áreas temporales», siendo el resto de las exploraciones normales.

g) *Exploración psicométrica*: se dice, con frecuencia, en las distintas investigaciones que es imposible o muy difícil realizar exploracio-

nes psicológicas a estos niños por su dificultad de relación, atención y concentración. Realmente es así, pero nosotros siempre lo intentamos y, con paciencia y alternando con el juego, hemos podido conseguir la aplicación de algunos tests que siempre son interesantes y muy significativos para confirmar aún más el diagnóstico.

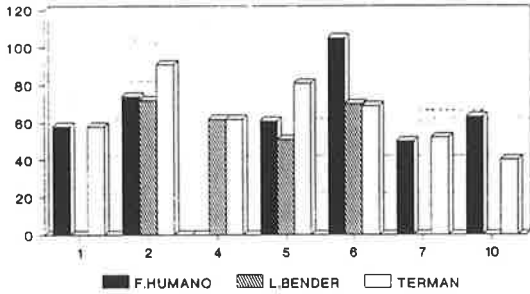
De las 10 «psicosis desintegrativas», 3 sólo hacían «garabato», teniendo que determinar su nivel mediante el diagnóstico del desarrollo de Gesell. Los otros 7 casos realizaron «copia de figuras geométricas», figura humana y Terman. De ellos, sólo 4 pudieron efectuar, también, el test de L. Bender y el Wisc. Todos estos tests tienen un gran valor, más aún cualitativo que cuantitativo, para confirmar el diagnóstico, conocer niños y, como veremos después, también tienen valor predictivo. Queremos destacar que las figuras humanas son muy especiales y en ellas se manifiesta claramente la desintegración de la personalidad. El Terman, en su forma reducida, resulta asequible y en estas edades es válido para determinar el nivel intelectual. El L. Bender les resulta difícil de realizar, incluso no llegan a centrarse en la tarea, la rechazan o se evaden de los modelos haciendo, con frecuencia, sólo círculos. Cuando llegan a efectuarlo se aprecian las alteraciones propias: distorsión, rotación, perseveración y desintegración.

El Wisc resulta muy complicado, tanto por su extensión como por la atención que requiere. Sólo lo hemos conseguido en cuatro casos y alternando con el juego, aunque es muy interesante su valoración: se aprecia marcada dispersión intertest y son muy significativas las respuestas absurdas y aberrantes, sobre todo en las pruebas verbales. De todo ello no mostramos ejemplos por no alargar esta exposición, ya lo hicimos en anteriores ocasiones^{26,33}.

Aunque a lo largo de las distintas edades en que revisamos a estos niños vamos aplicando estas pruebas psicométricas para controlar su evolución, presentamos aquí, en la Gráfica 1, los resultados obtenidos en los tests de la figura humana, L. Bender y Terman, por los siete casos citados, entre los 8 y 9 años de edad. En

la Gráfica 2 mostramos los niveles obtenidos en el Wisc en los cuatro casos en que fue posible aplicarlo, también entre los 8 y 9 años.

MEDIDAS PSICOMÉTRICAS EDAD 8 - 9 AÑOS

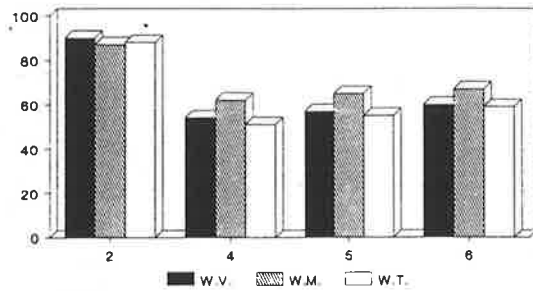


Gráfica 1

1.3. Autismo infantil

Este grupo lo integran 7 casos, con más igualdad de sexo: 4 varones y 3 mujeres que tuvieron el desarrollo con acusado retraso de lenguaje.

MEDIDAS PSICOMÉTRICAS EDAD 8 - 9 AÑOS



Gráfica 2

1.3.1. Comienzo: la enfermedad comenzó antes de los 2 años, de forma insidiosa, siendo los principales síntomas: la progresión del lenguaje, el aislamiento y sordera aparente en todos los casos, y en cinco de ellos, también, marcadas anomalías de conducta, agresividad, inquietud e insomnio.

1.3.2. Periodo de estado: aunque en este grupo la sintomatología es más pobre, también la recogemos minuciosamente, obteniendo los siguientes datos.

a) *Trastornos de lenguaje:* en 5 casos sólo existen gritos, sonidos o palabras aisladas, en 1

frases simples y sólo 1 caso tiene un lenguaje más desarrollado. Pero aún en este escaso lenguaje se observan las anomalías propias de esta afección, encontrando en todos ellos mutismo parcial y musitaciones; en 6 casos escolalia; en 5 verbigeración y soliloquios; en 4 monotonía y cantinela; en 3 inversión pronominal, cambios de tono y hablar silabeando; en 2 alteraciones gramaticales y en 1 caso incoherencia y lenguaje interrogativo.

b) *Estereotipias:* todos ellos las presentan, también, con las mismas características que el grupo de las psicosis desintegrativas.

c) *Relaciones sociales:* el contacto con los autistas es mucho más difícil y, así, en todos los casos la mirada es evasiva, vaga o periférica y presentan marcado aislamiento respecto a niños y adultos, incluso de sus propios familiares.

d) *Carácter y conducta:* la sintomatología es menos florida pero encontramos en 6 casos risa inmotivada, irritabilidad y rabietas; en 5 hetero-agresividad y en 2 autoagresividad. En todos ellos hay diversas fobias y filias, semejantes al grupo anterior.

e) *Escolaridad:* sólo un caso estuvo inicialmente en escuela normal, necesitando toda educación especial.

f) *Exploraciones somáticas y neurológicas:* todas resultaron normales, sólo en un E.E.G. había irritación temporal.

g) *Exploración psicométrica:* por todo lo expuesto se deduce claramente que la exploración psicométrica de este grupo tiene que ser más difícil de aplicar y de pobres resultados. En efecto, 3 sólo hacen «garabato», determinando su nivel de desarrollo por el test de Gesell; 2 realizan «copia de figuras geométricas» y figura humana; en 3 se puede obtener el nivel intelectual por el Terman y sólo 1 caso realiza el L. Bender y Wisc, con niveles semejantes a los más bajos de las psicosis desintegrativas (retraso mental ligero).

1.4. Autismo atípico

Este grupo «atípico» está formado por 3 casos distintos: 2 mujeres y 1 varón que tienen de común el retraso general en el desarrollo psicomotor.

1.4.1. Comienzo: la enfermedad comenzó, de forma insidiosa, antes de los 2 años, con muy escaso lenguaje que no progresaba, gran aislamiento, anomalías de conducta y marcada inquietud y agresividad.

1.4.2. Periodo de estado: aquí es difícil determinar cuándo se instaura la enfermedad, ya que las alteraciones son patentes desde casi el comienzo de la vida.

a) *Lenguaje:* es muy escaso, sólo formado por gritos, sonidos y, como máximo, algunas palabras aisladas, pero también se aprecian las típicas alteraciones psicóticas: mutismo, musicación, verbigeración y soliloquios.

b) *Estereotipias:* son también manifiestas en los tres casos, sobre todo en uno de ellos, como veremos.

c) *Relaciones sociales:* podemos decir que son, prácticamente, nulas. En todos es patente la mirada vaga, evasiva y el total aislamiento de niños y adultos, sólo un caso era muy dependiente de la madre.

d) *Carácter y conducta:* es muy marcada, en los tres, la irritabilidad, rabietas, crisis de cólera y heteroagresividad. El varón presenta una intensa autoagresividad, con fuertes lesiones de cabeza por golpeteo. También se aprecia en todos risa y llanto inmotivados, así como fobias y filias.

e) *Escolaridad:* todos necesitaron desde el comienzo Centro de Educación Especial.

f) *Exploraciones somáticas y neurológicas:* hay que destacar una microcefalia. En el E.E.G. dos «disfunciones irritativas centroencefálicas» y en el T.A.C. una hemiatrofia cerebral derecha.

g) *Exploración psicométrica:* en estos casos no hay colaboración ninguna por su parte para la exploración, teniendo que aplicar el test de diagnóstico del desarrollo de Gesell que da niveles de retraso mental severo y sólo dos hacen «garabato».

h) *Diagnósticos:* aunque los hemos incluido

en el grupo de «autismo atípico», existen entre los tres casos diferencias diagnósticas que expresamos brevemente: autismo atípico. El varón tuvo una precoz detención del lenguaje, con gran deterioro general, estereotipias graves autolesivas, «hemiatrofia cerebral derecha» en el T.A.C. y «disfunción irritativa centroencefálica» en el E.E.G.; retraso mental severo con rasgos autistas. En esta mujer predomina el retraso psicomotor global, la hiperactividad y agresividad, con los rasgos autistas ya indicados; En el E.E.G.: «disfunción irritativa comicial», llegando a tener varias crisis comiciales; síndrome de Rett: esta niña presentó acusado retraso motor y de lenguaje, comenzando entre los dos y medio a tres años una marcada hiperactividad y agresividad así como las típicas estereotipias, rítmicas y continuas, de golpeteo y lavado de manos que también llevaba a la boca y nariz; succión de chupete y escupir; sacudidas de brazos, golpes de pies y marcha en puntillas, flexión de piernas, hiperextensión de tronco y deficiente motricidad manual. Las exploraciones eran normales excepto una microfecalia con percentil inferior al 3%.

2. Estudio actual

Los resultados de este estudio vamos a hacerlo referido a los 20 casos en su globalidad ya que así han sido revisados.

2.1. Exploración de E.E.G.: ha sido normal en 7 casos; en otros 7 hay «actividad bioeléctrica irregular»; en 1 hay un «foco temporal derecho»; 3 presentan artefactos por mala colaboración y en otros 2 casos no se ha podido efectuar por esta misma causa. Clínicamente, 3 casos han desarrollado crisis comiciales a partir de la adolescencia, necesitando tratamiento.

2.2. Informe institucional: las instituciones en que se encuentran, nos han proporcionado datos de su nivel de aprendizaje y amplios informes de su conducta. (Desde aquí queremos agradecer su valiosa colaboración). En las Tablas II y III resumimos dos aspectos referentes a la escolaridad: nivel de aprendizaje alcanzado y tipo de institución que les atiende.

(TABLA II Y III)

Nivel de Aprendizaje	
Habitación	6 casos
Pre-escolar	7 casos
De 1 a 5, F.G.B. Especial	6 casos
Ingemieria Técnica	1 caso
TOTAL	20 "

Centro Escolar Actual

Centro Especial (asistencial y escolar)	9 casos
Centro Especial Pre-Taller	5 casos
Centro Especial Ocupacional	2 casos
Centro Enseñanza Normal	2 casos
No asisten	2 casos
TOTAL	20 CASOS

2.3. Exploración psicométrica: hemos intentado en todos los casos aplicar los tests que fueran posibles, obteniendo los siguientes resultados: sólo hacen «garabato» 9 casos; figura humana, 8; L Bender, 9; Terman, 5; figura compleja de Rey, 7; el Wisc en 1 caso y el Wais en 6 casos.

Hay que destacar que en el test de L. Bender se aprecian las alteraciones descritas por su autora para la esquizofrenia (34): distorsiones, rotaciones, perseveración y desintegración en la reproducción de las figuras. Sólo en un caso fue la copia correcta, aún sin llegar al nivel propio del adulto. En la figura compleja de Rey es muy patente la disociación y disgregación en la copia así como la deficiente evocación y evasión del modelo. En la Tabla IV exponemos los resultados centiles obtenidos. Además del valor diagnóstico de estas expresiones cuantitativas, el análisis cualitativo del dibujo es suficiente para

revelarnos y confirmarnos la disgregación y disociación intelectual de nuestros enfermos, lo que no mostramos por problema de espacio.

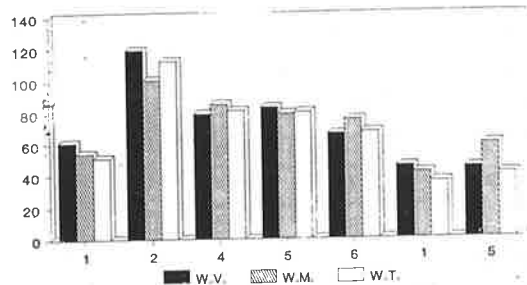
(TABLA IV)

Figura compleja de Rey

N.º Caso	Exactitud Copia	% Memoria	Tipo Copia	Memoria
Ps. Des.	1	10	10	III
	2	100	20	III
	4	80	50	II
	5	10	10	III
	6	10	10	IV
	5	10	10	III
Autismo	1	10	10	III
	5	10	10	III

El Terman sólo lo aplicamos para conocer el nivel global intelectual cuando no es posible realizar el Wechsler. En 6 casos hemos podido obtener el Wais y el Wisc en el único caso de 12 años, cuyos resultados se muestran en la Gráfica 3. Vemos que en la puntuación «total» 1 caso alcanza el nivel «normal alto», 2 casos el «normal bajo» y los otros 4 se sitúan en la «deficiencia mental». En 4 casos es superior la puntuación «verbal» y en 3 la «manipulativa». Cualitativamente, además de las absurdas respuestas, es significativa la variabilidad entre los subtests, destacando en 5 casos el nivel «positivo» – respecto al nivel medio de los sujetos – de las Semejanzas, lo que contrasta con el retraso mental que siempre tiene un bajo nivel en esta prueba. Y el valor «negativo» en 4 casos de la comprensión, lo que es esencial característica de las psicosis.

MEDIDA PSICOMÉTRICA
WAIS ADULTO



(GRÁFICA 3)

2.4. Exploración psicopatológica: el análisis psicopatológico y diagnóstico actuales lo hemos realizado, como psiquiatras de adultos, dos de nosotros, sin conocer el diagnóstico

específico de su infancia, sintomatología ni resultados de las exploraciones infantiles y actuales. Realizamos el estudio psicopatológico del paciente y entrevista con un familiar sobre su situación actual, elaborando un psicopatograma y emitiendo un diagnóstico. Después cotejamos, conjuntamente, todos los datos de la infancia y actualidad, efectuando un análisis comparativo y obteniendo los resultados que expresamos a continuación.

TABLA V

Diagnósticos Actuales e Infantiles

1. - Esquizofrenia residual	7 casos
- Psicosis desintegrativa	6 casos
- Autismo infantil	1 caso
2. - Conducta autística	11 casos
- Psicosis desintegrativa	3 casos
- Autismo infantil	5 casos
- Autismo atípico	3 casos
3. - Personalidad esquizoide	1 caso
- Psicosis desintegrativa	
4. - Infantilismo, Deficiencia mental	1 caso
- Autismo infantil	

La Tabla V muestra los «cuatro grupos diagnósticos» actuales que corresponden a los diagnósticos infantiles indicados dentro de cada grupo. Observamos que hay una gran coincidencia entre ambos: la «esquizofrenia residual», con la «psicosis desintegrativa» y la «conducta autística» con el «autismo infantil», pues las excepciones tienen su fundamento ya que los 3 casos de «psicosis desintegrativa» incluidos en la «conducta autística» actual, son los que pronto se deterioran, mientras que el «autismo infantil» considerado ahora como «esquizofrenia residual», tuvo una evolución hacia la psicotización. Los dos casos «únicos» son los de mejor evolución, en los que más se ha reducido la sintomatología psicótica a pesar de que la tenían muy marcada en la infancia.

A continuación hacemos un análisis comparativo entre el psicopatograma actual y el de la infancia, respecto a los síntomas más destacados y esenciales que ya hemos estudiado anteriormente.

(TABLA VI)

EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE: 12 CASOS

Alteración	Infancia	Adulto
Mutismo parcial	12	5
Musitación	12	3
Incoherencia	12	6
Soliloquios	12	6
Monotonía	12	7
Cantinelas	11	5
Ecolalia	9	7
Verbigeración	9	5
Inv. pronominal	7	5
Leng. interrogativo	6	3

En la Tabla VI mostramos la «evolución del lenguaje» que referimos a los 12 casos que lo tienen mejor conservado, ya que en los demás la desaparición de los síntomas era por deterioro, no por mejoría. Estos casos corresponden a las 10 «psicosis desintegrativas» y 2 «autismos». Vemos que los síntomas que más han desaparecido son: mutismo parcial, musitación, incoherencia, soliloquios, monotonía y cantinela. Pero, a pesar de la general mejoría, ningún caso ha quedado totalmente asintomático respecto a estos trastornos, todos conservan alguna alteración.

(TABLA VII)

EVOLUCIÓN DE OTROS SÍNTOMAS 20 CASOS

Síntomas	Infancia	Adulto
Estercotipias	20	18
Mirada vaga	20	16
Risa inmóvil	14	13
Aislamiento	20	20
Hiperactividad	19	15
Irritabilidad	19	11
Heteroagresividad	16	11
Autoagresividad	5	1

La Tabla VII muestra la «evolución de otros síntomas», referidos a los 20 casos, referentes al carácter, conducta y relaciones sociales, como ya estudiamos en la infancia. Las estereotipias suelen persistir pero son menos intensas y

numerosas, desapareciendo en los dos casos de mejor evolución. La mirada ha mejorado, en general. Persiste el aislamiento aunque en menor grado, pero ninguno ha conseguido una relación social normal. Mejora la hiperactividad, cuando la hay es esporádica y en accesos, mientras que antes era más continua. Lo mismo ocurre con la agresividad que es más aislada. La autoagresividad persiste, muy intensa, en un caso de «autismo atípico».

Veamos, ahora, algunas de las características de cada uno de los «grupos diagnósticos» actuales.

Análisis comparativo de los diagnósticos:

Al profundizar en las peculiaridades de los diagnósticos infantiles correspondientes a cada grupo actual, apreciamos datos clínicos y psicométricos que creemos son de gran valor expresivo para indicarnos las diferentes evoluciones clínica y diagnóstica:

En la «esquizofrenia residual» se diferencian, claramente, dos grupos desde la infancia:

a) *Cuatro casos* tenían un nivel intelectual superior a C.I.: 50, en los tres tests que realizaron: Terman (62-81), L. Bender (51-92) y Wisc (51-59). Tuvieron buen desarrollo de lenguaje y posterior regresión y alteraciones marcadas, con clínica muy productiva en cuanto a síntomas psicóticos. Su diagnóstico fue «psicosis desintegrativa». En la actualidad ha bajado su nivel en el L. Bender (38-45) y hacen la figura compleja de Rey y el Wais (51-81). Ha mejorado el lenguaje y conducta, así como algunos síntomas y han conseguido un nivel de aprendizaje entre un 3.º y 5.º de E.G.B. «especial», nunca asimilable a la escolaridad normal.

b) *Tres casos* tenían un nivel inferior a C.I.: 50 y sólo podían hacer el Terman (38-42), sin conseguir el L. Bender ni el Wisc. El lenguaje fue retrasado con alternaciones y marcado mutismo. Tenían gran agresividad y síntomas psicóticos marcados y se deterioraron precozmente. Dos fueron diagnosticados de «psicosis desintegrativa» y uno de «autismo». En la actualidad hacen el Terman con nivel semejante (32-42), el L. Bender con nivel

inferior (34-36). Sólo 1 caso puede hacer la figura compleja de Rey y el Wais aunque con resultados muy bajos. Tienen marcada deficiencia en lenguaje y conducta y se encuentran a un nivel de pre-escolaridad, con escaso aprendizaje.

El grupo de «conducta autística» está integrado por 11 casos de los que 3 eran «psicosis desintegrativas», 5 «autismos» y los 3 «autismos atípicos». Todos tenían un nivel intelectual muy bajo, de retraso mental severo, teniendo que determinarlo mediante el Gesell. Sólo uno hacía la figura humana y Terman; ninguno el L. Bender. En cuanto al lenguaje, las 3 psicosis tuvieron buen desarrollo, con precoz e intensa regresión. En los autistas hubo acusado retraso de desarrollo, con mutismo y alteraciones. Los «atípicos», sin lenguaje. Ahora todos están a nivel de «garabato», con escaso o nulo lenguaje y ninguna integración. Se encuentran a nivel de habituación elemental, en centros asistenciales 5 casos, centro especial pre-escolar 4 casos, 1 en centro ocupacional y otro en casa. La niña con Síndrome de Rett está muy afectada, sin lenguaje. Presenta neurológicamente la forma hipertónica con hiperreflexia, marcada marcha atáxica e incapacidad para la actividad útil en miembros superiores por las intensas estereotipias.

Los casos de «diagnósticos únicos» son distintos pero tienen algunas analogías. Un varón diagnosticado de «personalidad esquizoide», ahora, y de «psicosis desintegrativa» en la infancia. Una mujer, con diagnóstico actual de «infantilismo, deficiencia mental», que estuvo afecta de «autismo infantil». En ambos casos, los de mejor evolución, han desaparecido la mayoría de síntomas psicóticos que tuvieron en la infancia, pero persiste la rigidez afectiva, anomalías de carácter y dificultad en las relaciones sociales.

El varón, en la infancia, tuvo un buen desarrollo psicomotor e intelectual (C.I.: entre 72 y 104 entre los 4 y 8 años), con aparición aguda e intensa de la enfermedad sobre los 3 años, con gran perturbación, tanto en lenguaje como en sintomatología y conducta. A partir de

los 8 años hubo mejoría y recuperación. En la actualidad tiene un alto nivel intelectual (Wais: 112), con peculiares variaciones en los tests, estudia ingeniería técnica, pero persisten alteraciones de carácter: rigidez afectiva, frialdad, timidez, muy deficientes relaciones sociales, casi nulas (22 años).

La niña tuvo acusado retraso en el desarrollo del lenguaje, con detención y alteraciones, así como otros síntomas propios del autismo, con nivel intelectual deficiente (C.I.: entre 51 y 71, entre los 4 y 8 años). Posteriormente hubo mejoría y algo de recuperación, sin llegar a la normalidad. En la actualidad tiene 12 años, obtiene en el Wisc un C.I. de 40, con deficiente rendimiento general y de aprendizaje. En un nivel escolar de 1.º de E.G.B. «especial», en colegio normal con clase de apoyo. Tiene dificultad en las relaciones sociales y en general presenta características distintas al retraso mental que correspondería a su nivel intelectual.

COMENTARIOS

Por la amplitud del estudio y profusión de datos recogidos no hemos querido ir comparándolos con las investigaciones de otros autores. Pero queremos citar por su interés, además de los ya comentados, otros estudios de seguimiento como los de Lebovici (1969)³⁵, Soule y cols. (1976)³⁶, Despert (1978)³⁷, Fish y Ritvo (1979)³⁸, etc.

De todos ellos y en relación con los hallazgos de nuestra experiencia clínica sobre «psicosis infantil precoz», ya tratamos un una anterior ponencia sobre «esquizofrenia infantil» (Gómez Ferrer y Fernández, 1985)³⁹.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en la introducción y según los objetivos que nos habíamos propuesto, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. Que las psicosis infantiles, en sus formas más precoces, se pueden diagnosticar con fiabilidad desde su instauración, atendiendo cuidadosamente a su psicopatología y exploración de sus capacidades cognitivas.

2. Que la diferenciación entre las principales

formas, autismo y psicosis desintegrativa, no siempre es clara cuando hay retraso en el desarrollo del lenguaje y el comienzo de la enfermedad es insidioso.

3. Que en su evolución pueden, también, relacionarse ambos tipos de trastornos globales. De manera que hay autistas que se psicotizan y psicóticos que se tornan más autistas.

4. Que son factores predictivos favorables la adquisición del lenguaje útil, comunicativo y comprensivo a la edad de 5-6 años, aunque inicialmente hubiera retraso, regresión y alteraciones. Así como un nivel intelectual superior a un C.I. de 50, en la época de la segunda infancia, confirmado mediante tests psicométricos, siendo válido y asequible el Terman y la posibilidad de realizar el L. Bender. Es también de buen pronóstico la desaparición de algunos de los trastornos del lenguaje y de conducta antes de la época de la adolescencia. Se incrementa el mejor pronóstico con la conjunción de estos factores.

5. Hemos comprobado en nuestros casos que todas las formas de psicosis infantiles tienen relación con la esquizofrenia del adulto, del tipo residual o simple, o con predominio de conducta autística. Y en todos los casos, aun los de mejor evolución y adaptación social, persisten en el adulto algunos de los síntomas de la infancia.

6. Y podemos concluir, de acuerdo con Rutter, que, aunque se asemejen en algunos aspectos a los retrasados mentales de distinto grado de severidad, siempre tienen el «sello particular» de las psicosis.

Bibliografía

1. SANCTE DE SANCTIS: *Demencia precocissima*. (1905). Rome, Stock, 1925.
2. PETTY L.K., ORNITZ E.M., MICHELMAN J.D., ZIMMERMAN, E.G.: *Autistic Children Who Become Schizophrenic*. Arch. Gen. Psychiat. 41: 129-135, 1984.
3. KANNER, L.: *Problems of Nosology and Psychodynamics of Early Infantile Autism*. Am. J. Orthopsychiatry, 19: 416-426, 1949.
4. BENDER, L.: *Autism in Children with mental deficiency*. Am. J. Ment Defic., 64: 81-88, 1959.
5. RUTTER, M., LOCKYER, L.: *A five-to-fifteen year follow-up study in infantile psychosis: I - Description of sample*. Brit. J. Psychiat., 113: 1169-1182, 1967.

6. D.S.M. - III-R - *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1988.
7. HAVELKOVA, M.: *Follow-up study of 71 children diagnosed as psychotic in preschool age*. Am. J. Orthopsychiatry, 38: 846-857, 1968.
8. REISER, E., BROWN, J.L.: *Patterns of later development in children with infantile psychosis*. J. Am. Acad. Child, Psychiatry, 3: 650-667, 1964.
9. BENDER, L., FARETRA, G.: *The relationship between childhood and adult schizophrenia*. En: Genetic Factors in Schizophrenia, Kaplan, A.R. (Ed), Springfield I.L., 1972.
10. RUTTER, M., GREENFIELD, D., LOCKYER, L.: *A five to 15 year follow-up study of infantile psychosis, II Social and behavioral outcome*. Br. J. Psychiatry, 113: 1183-1199, 1967.
11. MANZANO, J.: *Les formes d'évolution de la Psychose Infantile*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 30: 309-328, 1982.
12. BARCIA, D.: *Hystory of Psychiatry*. En: Handbook of European Psychiatry, A. Seva (Ed), 1991.
13. BARCIA, D.: *Psicosis infantiles como una desorganización del yo*. En: Psicosis infantiles. Roche Ed., 1984.
14. RUTTER, M.: *Childhood Schizophrenia reconsidered*. J. Autism Dev. Disord., 2: 315-337, 1972.
15. KOLVIN, I., OUNSTED, C., HUMPHREY, M. et al: *Studies in the Childhood Psychoses*. Br. J. Psychiatr., 118: 381-384, 1971.
16. MAKITA, K.: *The age of onset of Childhood Schizophrenia*. Folia Psychiatr. Neurol. Inf., 20: 111-121, 1966.
17. ROBINS, L.N.: *Follow-up studies investigating childhood disorders*. En: Psychiatric Epidemiology. E.H. Hare y J.K. Wing (Eds). Oxford University Press, 1971.
18. KANNER, L., EISENBERG, L.: *Notes on the follow-up studies of autistic children*. En: Psychopathology of Childhood. Grune & Stratton, 1955.
19. EISENBERG, L.: *The autistic child in adolescence*. Am. J. Psychiatr. 112: 607-612, 1956.
20. EISENBERG, L.: *The course of childhood schizophrenia*. Arch. Neurol. Psychiatr., 27: 715-724, 1957.
21. CREAK, M.: *Child Psychosis*. A review of 100 cases. Brit. J. Psychiatr., 109: 84-89, 1963.
22. GODFARB, N.: *Growth and Change of Schizophrenic Children*. Winston & Sou, 1964.
23. MAZET, Ph y HOUZEL, D.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica y Técnica, 1981.
24. ATCHKOVA, M.: *La schizophrénie chez l'enfant*. Psychiatr. Infant., XXVII, 1: 69-106, 1984.
25. FISH, B., SHAPIRO, T. et al: *A Classification of Schizophrenic Children Under Five Years*. Am. J. Psychiatr., 124, 10: 1415-1423, 1968.
26. GÓMEZ-FERRER, C., FERNÁNDEZ, A.: *Valoración de la historia clínica en las psicosis infantiles*. En: Psicosis Infantiles. Roche, Ed., p: 43-63, 1984.
27. CREAK, M.: *Schizophrenic syndrome in childhood, Progress report of a working party*. British Medical Journal, 2, 1961.
28. RUTTER, M., SCHOPLER, E.: *Autismo*. Ed. Alhambra, 1984.
29. BARCIA, D., FUSTER, P., LEAL, C.: *Psicosis infantiles*. Actas Luso Esp. Neur. Psiqu., 24: 121-140, 1969.
30. FUSTER, P.: *Psicosis infantiles*. En: Psiquiatría, C. Ruiz Ogara, J. López-Ibor, D. Barcia (Eds) T.I. Toray, 1982.
31. LASA, A.: *Ideas actuales sobre psicosis infantiles*. Diputación de Vizcaya, Bilbao, 1989.
32. BARCIA, D., FUSTER, P.: *Relación entre obsesiones y psicosis infantiles*. Rev. Esp. Ono y Neurocir., 166: 311-318, 1969.
33. BARCIA, D., GÓMEZ-FERRER, C., FERNÁNDEZ, A.: *Psicosis infantiles*. En: Psiquiatría, C. Ruiz Ogara, J.J. López Ibor, D. Barcia. (Eds), T.III, Toray, 1985.
34. BENDER, L.: *Test gúestático visuomotor*. Ed. Paidós, Argentina, 1967.
35. LEBOVICI, S.: *A propos du pronostic de la psychose de l'enfant*. Confrontations Psychiatriques, 3: 141-158, 1969.
36. SOULE, M. HOUZEL, D., BOLLAERT, S.: *Les psychoses infantiles précoces et leur traitement*. Psychiatr. Infant., XIX, 2: 341-397, 1976.
37. DESPERT, D.L.: *La schizophrénie infantile*. Presses Universitaires de France, 1978.
38. FISH, B., RITVO, E.: *Psychosis Childhood*. En: Basic Handbook of Child Psychiatry. J.D. Noshpitz, vol. II, 14: 249-303. Basic books, Inc. Publisher-New-York, 1979.
39. GÓMEZ-FERRER, C., FERNÁNDEZ, A.: *Clínica de la psicosis infantil precoz*. Ponencia al XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Murcia, 1985.

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 Velasco¹ 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 Serrate²

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, Ajuriaguerra¹ 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.

Duche⁴ 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. Jenkins⁵ 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 Quay⁶, 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-10⁷, 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-R⁸, 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 Toro⁹, 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 Eysenck¹⁰, 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 Feldman¹¹. 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 sexo 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

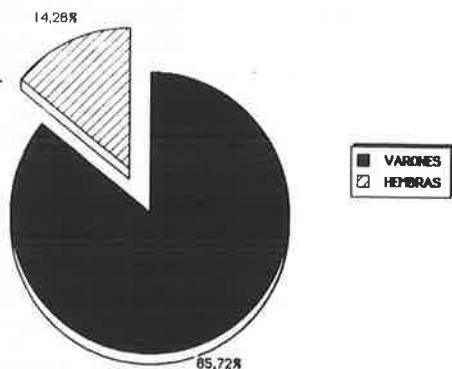


Fig. 1

ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

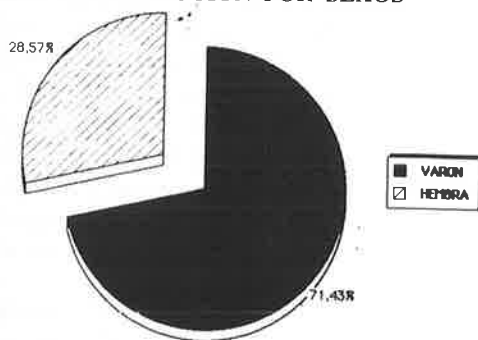


Fig. 2

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

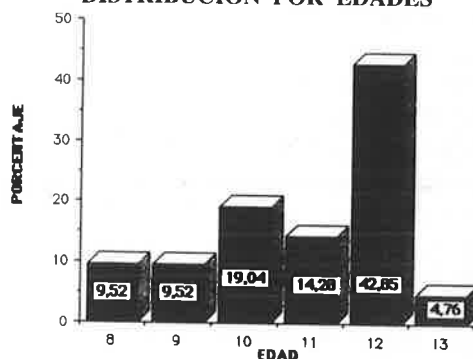


Fig. 3

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

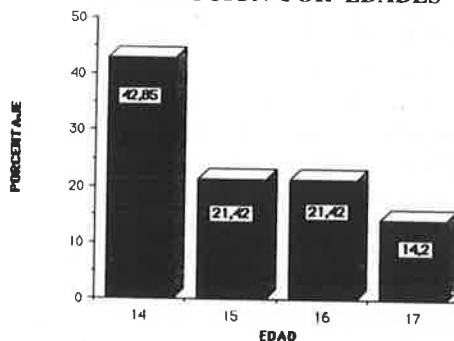


Fig. 4

Tal vez habría que buscar la razón en que conforme nos adentramos 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

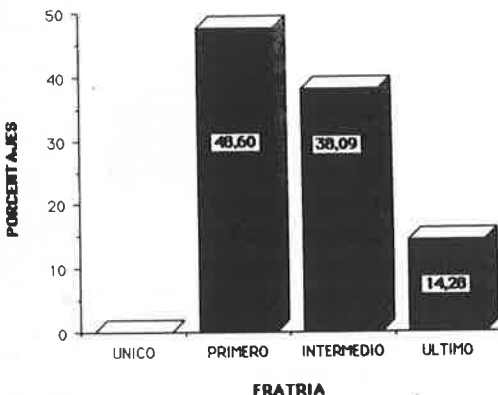


Fig. 5

ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA. DISTRIBUCIÓN POR FRATRÍA

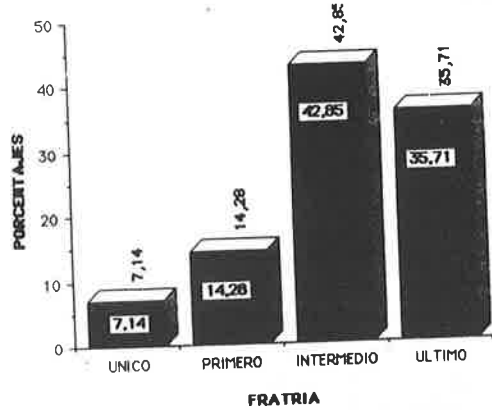


Fig. 6

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 Rutter¹² 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.

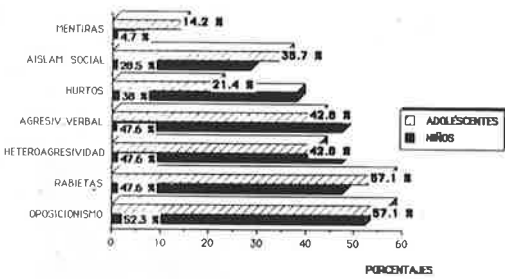


FIG. 7

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, Bonals¹³ 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

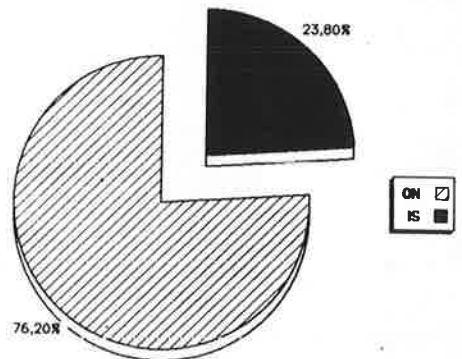


FIG.8

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

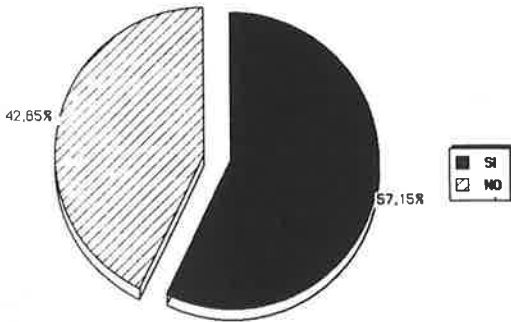


FIG. 9

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 Gosset¹⁴, 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.

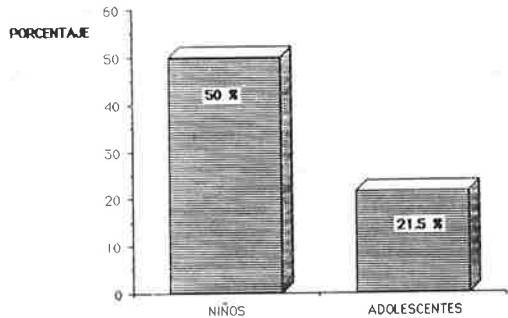


FIG. 10

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...).

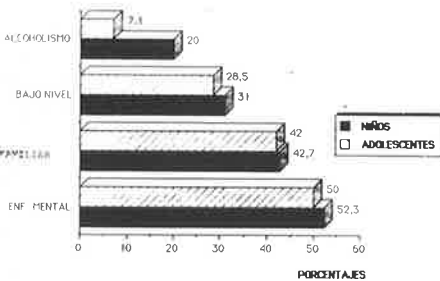
En la génesis de los trastornos de conducta infanto-juveniles han cobrado importancia en los últimos años las teorías que vienen a relacionarlos con situaciones traumatizantes mantenidas que pueden provocar carencias afectivas. Las familias disociadas o desunidas, por enfermedad, ausencia física o psíquica 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.



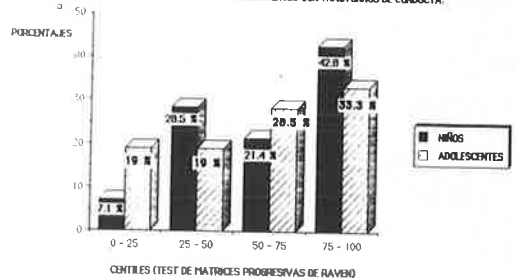
PÓR FIGURA 11

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

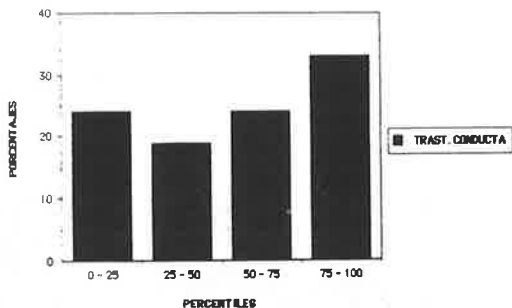
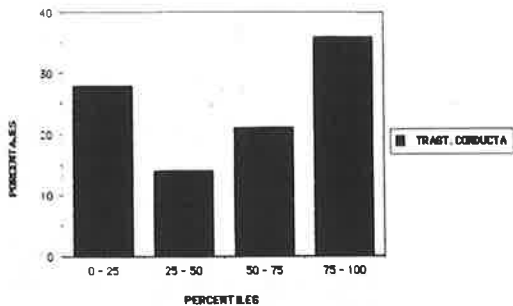


FIG. 13

PERCENTILES EPQ - J EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA



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

FIG. 14

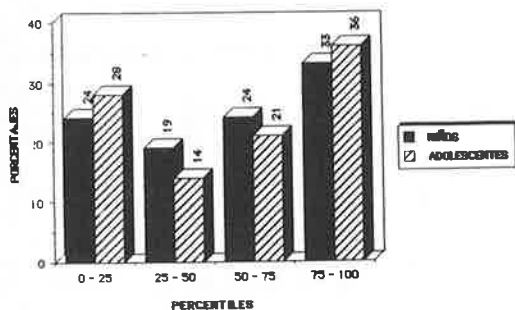


FIG. 15

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

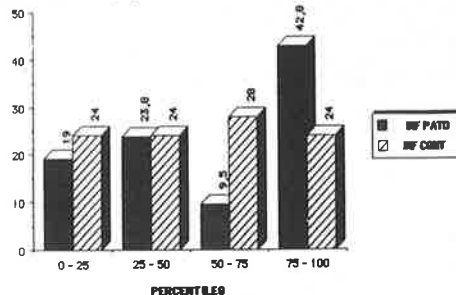


FIG. 16

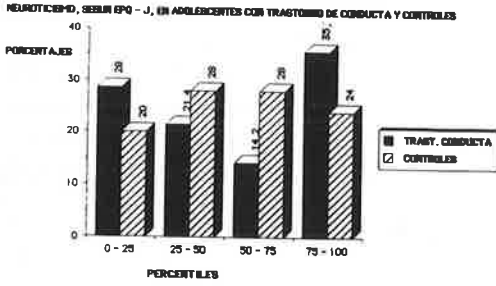


FIG. 17

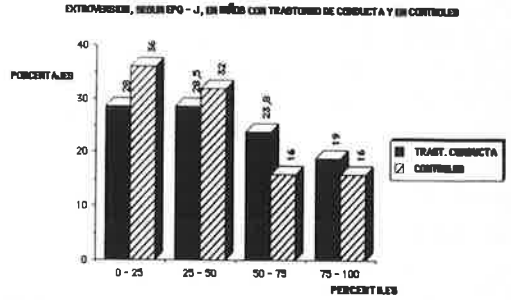


FIG. 18

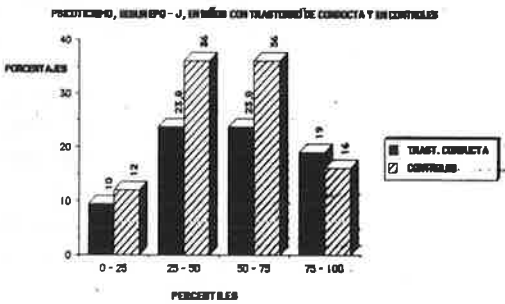


FIG. 20

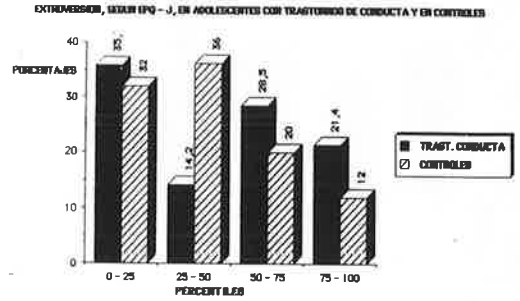


FIG. 19

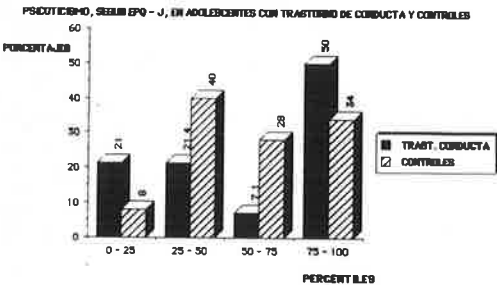


FIG. 21

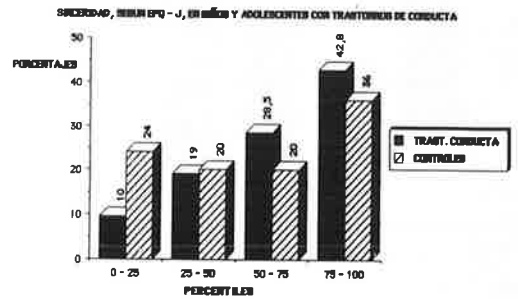


FIG. 22

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.

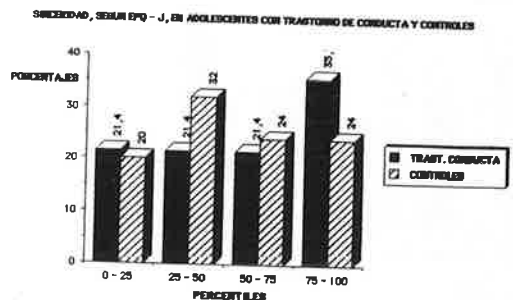


FIG.23

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.

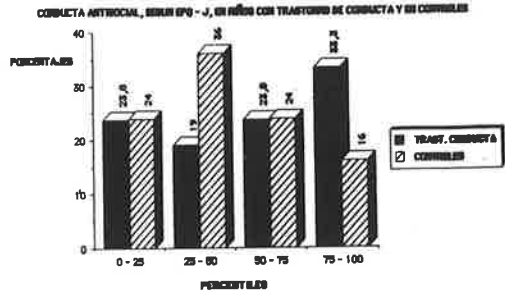


FIG.25

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.

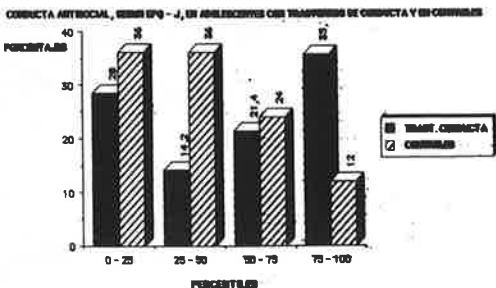


FIG.24

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, Neurofisiologia
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.

Caso clínico

Estudio de los trastornos psicopatológicos de tipo obsesivo que presenta distonía muscular en un paciente tratado con L-Dopa,

J. Tomás, S. Ampudia, R. Ortiga
Barcelona

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente afecto de un cuadro psicopatológico de tipo obsesivo en una alternación distónica muscular con respuesta positiva al tratamiento con L-Dopa. Se planteó la posible acción placebo sobre su sintomatología neurológica, y al mismo tiempo, el potencial origen de la sintomatología obsesiva, en relación a esta medicación.

Sometido a experiencia de doble ciego parcial, se demuestra que los síntomas psicopatológicos no dependen de la administración de la L-Dopa; y que, por otra parte, el beneficio sobre los síntomas neurológicos no dependen del efecto placebo.

El paciente, después de una leve asociación a su tratamiento de trazodona y psicoterapia, se normaliza en su totalidad en cuanto a su sintomatología psicopatológica.

Palabras clave: Trastornos obsesivos. L-Dopa. Distonía muscular.

INTRODUCCIÓN

Es frecuente encontrar trastornos psíquicos de sintomatología obsesiva en el curso de procesos neurológicos de etiología diversa, y muy a menudo es difícil establecer rasgos diferenciales con las neurosis obsesivas verdaderas. Esto sugiere la elaboración de teorías etiopatogénicas biologicistas que intentan explicar las obsesiones únicamente como trastornos secundarios a lesiones neurológicas, más o menos, localizadas. Sin embargo, otros autores no consideran que estos trastornos obsesivos pertenezcan a auténticas neurosis obsesivas, por ello, prefieren la denominación de «síndromes obsesivoides», para poder diferenciarlos de las obsesiones genuinas.

Por otra parte, también es necesario destacar descripciones como la «distonía muscular con fluctuaciones diurnas» (Segawa y cols., 1976), cuya etiología no está aclarada, si bien, se han sugerido alteraciones funcionales de las vías dopaminérgicas en los ganglios basales. Esta hipótesis se apoya en la constatación de que algunos casos han reaccionado bien al tratamiento con L-Dopa, pero también es obligado recordar que en otros no ha sido así.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: paciente de 17 años 7

meses, remitido por la Unidad de Neurología de nuestro hospital, para estudio y valoración psicopatológica.

Antecedentes e historia anterior: no aparecen antecedentes de interés hasta los 7 años de edad, cuando la familia empieza a percibir dificultades en la marcha, por lo que se le indicó que llevara plantillas, lo que hizo durante 3 meses sin resultado. A los 9 años, se añade a la dificultad señalada de la marcha un cansancio que aumenta al transcurrir el día, con caídas frecuentes y temblor del brazo izquierdo. A los 10 años 6 meses se le practica una biopsia muscular del deltoides y del tríceps braquial izquierdos, cuyo resultado fue normal. También se le realizó un TAC cerebral con y sin contraste, que dio un resultado igualmente normal, por lo que se diagnosticó de hemiparesia izquierda de etiología no aclarada.

Aproximadamente alrededor de esta época, los padres efectúan una primera consulta con un psiquiatra debido a que el paciente no iba bien en el colegio y además no quería que nadie fuera a su casa. En el estudio psicológico, que se le practicó, sólo se apreció – según los padres – que: «El niño estaba muy apegado a la madre», como causa explicativa de tal situación. A los 15 años de edad, se practica una nueva consulta psiquiátrica debido a un elevado nivel de ansiedad, con bajo rendimiento escolar y dificultades en la adaptación social. Se le recomendó tratamiento con ansiolíticos a dosis bajas y normativa educacional a los padres para disminuir, en lo posible, su sensación global de fracaso, por sus dificultades escolares.

En este tiempo, el paciente se atiene por primera vez en la Unidad de Neurología del Hospital Materno-Infantil del Vall d'Hebron, y se recomienda iniciar un tratamiento con L-Dopa, mostrando una clara mejoría a los 4 días del tratamiento. A lo largo de las visitas de control se observa la disminución progresiva de síntomas neurológicos a la vez que empieza a aparecer una sintomatología psicopatológica de características fóbico-obsesivas con un fondo de tipo depresivo. Al año de iniciado el tratamiento con L-Dopa, la Unidad de Neurolo-

gía decide suspender la medicación durante 4 días, y aparece de nuevo la clínica neurológica, que motivó en su momento la consulta, de forma progresiva. La familia relata episodios en que aparece: rigidez, movimientos involuntarios de tronco y extremidades, de tipo atetósico, «debilidad muscular» que dificulta la marcha normal, fragilidad que aumenta por la tarde, persistencia de la problemática de tipo fóbico-obsesivo con fondo depresivo.

Se efectuó una exploración apoyada en la filmación con vídeo de su comportamiento en casa, rodeado sólo por su familia, con la máxima espontaneidad que tal tipo de práctica permitía. Tal técnica no permitió apreciar la existencia de la sintomatología neurológica, por lo que dos días más tarde sin haber reiniciado tratamiento farmacológico con L-Dopa y después de haber andado una distancia de 5 km, al paso, se volvió a practicar de nuevo la filmación con vídeo, esta vez en el centro hospitalario. Tampoco esta segunda ocasión permitió observar en el registro filmográfico síntomas de rigidez, temblor o distonía, por lo que la Unidad de Neurología sospechó la no existencia de relación entre el esfuerzo físico y la clínica.

Reconsiderada la situación del paciente se decide mantenerlo sin medicación, pero intentando someterlo a situaciones precipitantes, de tipo físico, que pudieran desencadenar de nuevo la sintomatología. De nuevo se solicita a los padres que filmen en casa los posibles episodios que pudieran ocurrir. A la semana, los padres traen una filmación en la que se manifiesta en el paciente más una sintomatología psicopatológica que no de tipo neurológica. El paciente aparecía en el registro gritando y quejándose de «los nervios», así como de «las ideas» que no podía «abandonar»; estas quejas se acompañaban de un contexto intenso emocional con llanto y fuertes golpes con los puños contra un sillón. No se registraba ni temblor ni rigidez alguna.

A través de los registros, cada vez, fue también más evidente la existencia de una dinámica familiar muy alterada, debido a una gran dependencia del paciente hacia la madre a quien reclama constantemente, consiguiendo forzar actitudes sobreprotectoras y facilitantes,

por parte de ésta, que al mismo tiempo desencadenaban acciones de irritación en el padre, que desvalorizaba continuamente a su hijo y recriminaba a la madre su actitud, empeorando así en círculo toda la situación entre ellos.

Es en este momento, cuando el paciente es remitido a nuestra consulta para: descartar diagnóstico de histeria, descartar efecto placebo de la medicación, valorar la posibilidad de que la sintomatología obsesiva sea secundaria al tratamiento con L-Dopa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio psicométrico y de personalidad (abarcando aspectos aptitudinales) con tests psicométricos, proyectivos y cuestionarios, obteniendo frente a las siguientes pruebas realizadas los resultados que se reseñan a continuación.

En el test de inteligencia de WAIS: (Puntuación de normalidad: 85-110): C.I. Verbal: 103; C.I. Manip.: 107; C.I. Global: 107.

En el Cuestionario de Ansiedad de I.S.R.A. (Puntuación de normalidad inferior a 60): alto nivel de ansiedad. Ansiedad global centil 70; componente cognitivo centil 95; componente motor centil 70; componente fisiológico centil 90.

En el MMPI se muestra un perfil de predominio patológico 2,7,9. (La escala 2, correspondiente a depresión, fue la única que sobrepasó el límite de alteración tolerable). Se constatan rasgos de preocupación y pesimismo, sentimientos de inadecuación y autodesprecio, nerviosismo, fatiga y déficit de la autoestima. Toda la prueba le caracteriza como un individuo con rasgos intensos de intrapunición y estar obsesivamente preocupado. Diagnósticos posibles, sugeridos por el cuestionario, fueron: reacción de ansiedad; reacción depresiva; neurosis obsesiva.

El «Cuestionario de Salud General de Goldberg» dio una puntuación de 0 en todas sus escalas.

Los tests proyectivos «HTP», «Familia», «TRO», indicaron un predominio de sentimientos depresivos reflejados en sensaciones de impotencia, sentimientos de culpa, y de falta de

control.

El estudio se efectuó tomando el paciente L-Dopa 50 mg, dos dosis diarias.

Con esta valoración previa, se procedió a diseñar un experimento a doble ciego parcial, para estudiar si existía o no un efecto placebo de la medicación y/o una relación de ésta con los síntomas psicopatológicos.

Se diseñaron 4 fases a desarrollar:

A. – Una primera fase con: L-Dopa 50 mg mañana y 50 mg noche.

B. – Una segunda fase con: placebo mañana y noche.

C. – Una tercera fase con: placebo + trazodona 50 mg mañana y 50 mg noche.

D. – Una cuarta fase con: L-Dopa 50 mg mañana y L-Dopa + trazodona 50 mg noche.

Se decidieron duraciones terapéuticas de 15 días para cada fase, iniciando el estudio con una primera tanda de L-Dopa sola, a igual dosis que estaba tomando, pero en un formato distinto de presentación que sería el mismo para todas las diferentes fases del estudio, al objeto de que el paciente se acostumbrara al nuevo formato de medicación.

La medicación prescrita se recogía quincenalmente en el Departamento de Farmacia del propio Hospital Materno-Infantil del Vall d'Hebron, después de la visita de control evolutivo tanto en la Unidad de Psiquiatría como en la de Neurología. El contenido del producto administrado, sólo lo conocía la Unidad de Farmacia, ignorándolo tanto la Unidad de Psiquiatría como la de Neurología, y por supuesto, el paciente y su familia. Las visitas de control, se sistematizaron con entrevistas de seguimiento, recogiendo los datos propios a la evolución sintomática y a las vivencias de la misma por el paciente, utilizando el «Cuestionario de Salud General de Goldberg», que para este fin, el paciente cumplimentaba en cada entrevista.

Una vez finalizadas las fases de la prueba y valorado cual fuera el tratamiento farmacológico más adecuado a seguir, al conocer el contenido ciego de las cápsulas administradas en cada fase, y los efectos clínicos conseguidos, se programó efectuar, pasado cierto tiempo, una nueva valoración psicológica con el cues-

tionario MMPI, para contrastar los resultados frente a la prueba con los que obtuvo en el momento de su llegada a nuestra Unidad de Psiquiatría.

También se sostuvieron unas entrevistas periódicas a cargo de la misma persona que desde el inicio de la primera exploración hasta el final de todas las fases del ensayo, realizó control de mantenimiento de normativa educativa ambiental, cuyo objeto era mantener la dinámica relacional entre el paciente y sus padres, en una situación lo más estabilizada posible.

RESULTADOS

En la Tabla I se reflejan los resultados del «Cuestionario de Salud General de Goldberg» en función de la pauta medicamentosa administrada, y para cada una de las escalas de dicho cuestionario. Dichas escalas son: a) Quejas somáticas de origen psicológico; b) Angustia, ansiedad; c) Disfunción social (actividad diaria); D) Depresión.

El diseño propuesto de la evaluación farmacológica, hubo de modificarse sobre la marcha por razones clínicas. Ya que en la segunda fase se observó un aumento de molestias en todas las áreas consideradas clínicamente como medidas con el cuestionario, y el paciente manifestó dudas y sospechas sobre la medicación que se le da. En la tercera fase, este aumento sintomático fue más intenso, y el paciente manifestó que no podía resistir más el progresivo empeoramiento de su estado, adoptando actitudes amenazantes contra la Unidad y podía producirse una

alteración en la consecución de los objetivos terapéuticos finales de no haber modificado la pauta que se administraba en aquel momento. Esta situación condujo a levantar el doble ciego y reducir la duración de la fase en cuestión (tercera), con lo que se fue consecuente con la demanda asistencial del joven. Se inició una nueva fase de L-Dopa 50 mg / mañana y L-Dopa+trazodona / noche. Observándose una tendencia a la reducción sintomática.

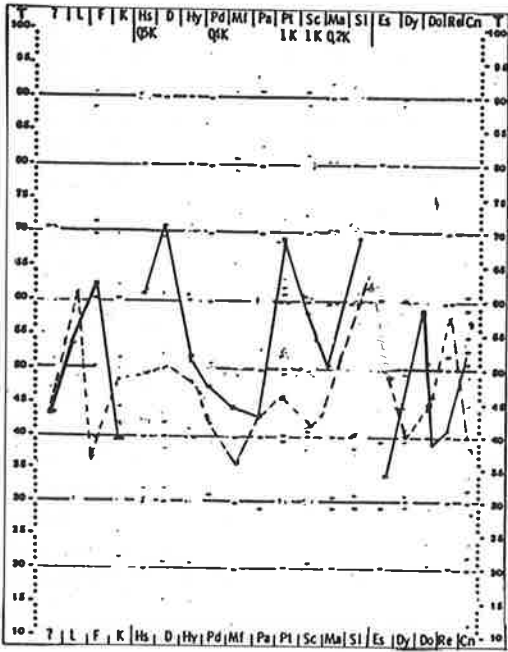
En la primera fase se observa un aumento de la puntuación en las escalas de control durante la misma fase de tratamiento; este dato no concuerda con la tendencia global de los resultados, quizás, este fenómeno podría ser debido a que las entrevistas que se instauraron para control evolutivo dinámico relacional en aquel momento, hicieran que el paciente concienciara algunas de sus dificultades; apoya esta hipótesis el hecho de que las escalas del cuestionario Goldberg que aumentaron son las que corresponden a actitudes más mentalizadas, como: depresión y ansiedad.

Seis meses después del estudio, se realizó, como estaba previsto, un retest con el MMPI, apreciándose, en relación a la primera valoración, un descenso general de las puntuaciones (todos los valores estaban en la zona intermedia: vease Gráfica 1). El perfil obtenido fue 9,1,2, (9: Introversión Social. 1: Histeria. 2: Depresión). El resultado se considera dentro de la normalidad, con rasgos moderados de conformismo, autocontrol, abulia y tendencia a la rigidez y a la desconfianza.

Posteriormente y sin que tenga relación con lo expuesto, se transformaron las entrevistas

Fases	N.º del Día	Medicación	Escala Goldberg				Total
			A	B	C	D	
A	6	L-Dopa	0	0	0	0	0
15 días	12	L-Dopa	0	3	0	2	5
B	6	Placebo	3	1	1	1	6
15 días	12	Placebo	2	4	1	1	8
C	6	Placebo+trazona	3	2	5	2	12
D	6	L-Dopa+	0	1	1	1	3
15 días	12	trazodona	0	0	0	0	0

TABLA I Resultados del Cuestionario Goldberg, según fases de medicación.



Estudio Previo: _____

Estudio Posterior:

Gráfica 1: Resultado Comparativo de los Perfiles del MMPI

tas de control dinámico-relacional en sesiones psicoterapéuticas que facilitaron al paciente ir abriendo sus limitaciones familiares, consiguiendo ampliar sus relaciones sociales, encontrar trabajo y obtener el permiso de conducir. El aumento de autoestima también se ha reforzado por el cambio en la actitud paterna que fue capaz de empezar a valorar positivamente a su hijo, y fomentar situaciones de mayor autonomía.

CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades en conseguir una experiencia en doble ciego parcial, creemos que

el paciente no obtenía su mejoría clínica por efecto placebo, sino que la levodopa le fue realmente eficaz.

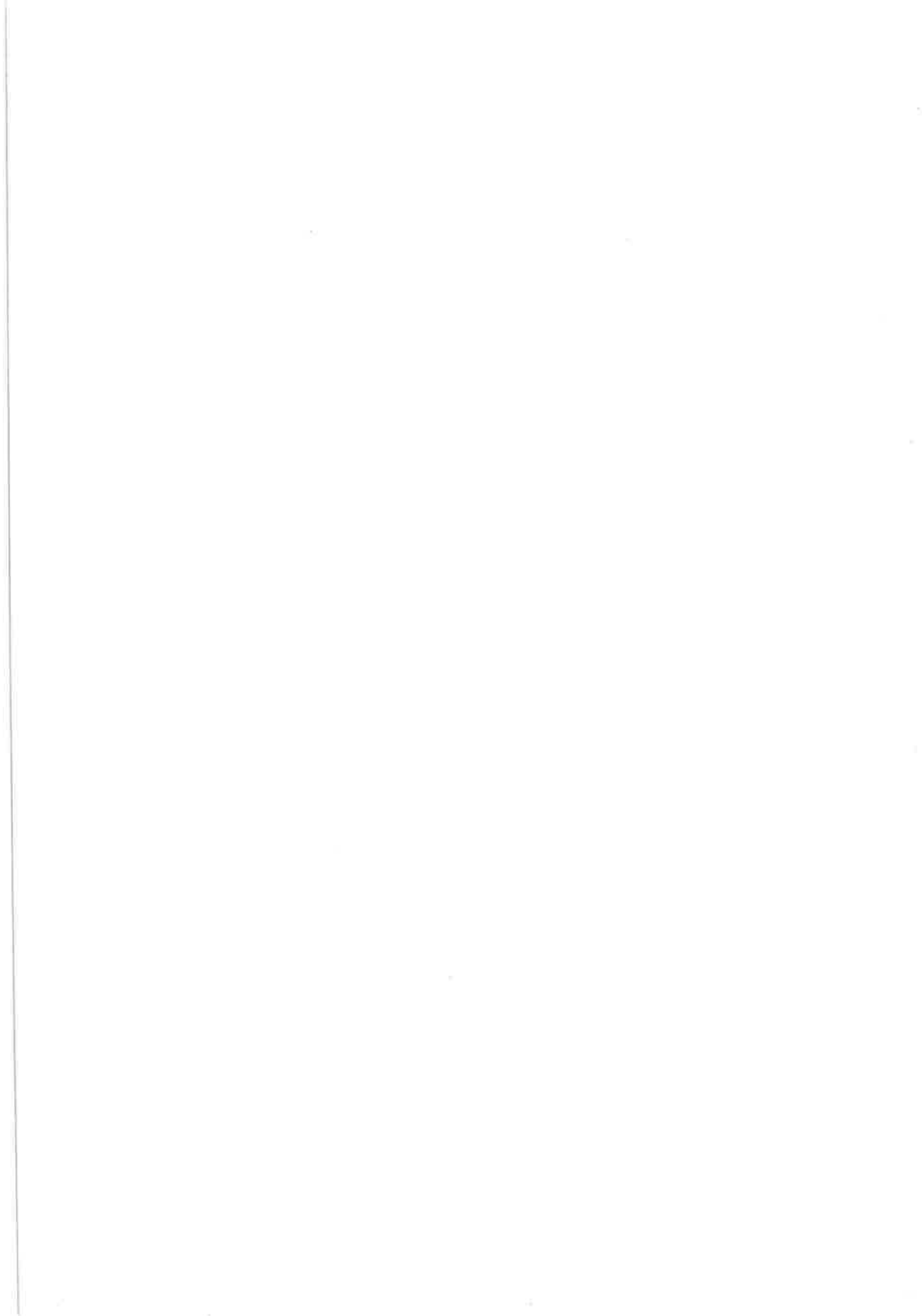
Ello aboga a favor de que una parte importante de la sintomatología dependía de la afección orgánica sensible a la L-Dopa.

Sin duda que la dinámica ya establecida secundariamente a la afección y a la respuesta ambiental a la misma, no permitía ser resuelta a corto plazo, al menos, tan sólo por la medicación, y ello fue evidente a través de la transformación de las entrevistas de control en psicoterapia que facilitaron una eclosión franca de la personalidad y potencialidad del paciente.

Puesto que toda esta acción psicoterapéutica se realizó siguiendo la última pauta medicamentosa señalada, cabe suponer que no existía una relación directa y única con la sintomatología psicopatológica y la administración de levodopa.

Bibliografía

1. SEGAWA, M., HOSAKA, A., MIYAGAWA, F., NOMURA, Y. y IMAI, H. *Hereditary Dystonia With Marked Diurnal Flutuation*. *Advances in Neurology*. Vol. 14, 215-233, 1976.
2. GORDON, N. *Fluctuating Dystonia and Allied Syndromes*. *Neuropediatrics*. Vol. 13, 152-154, 1982.
3. GADOTH, N., BECHAR, M., LAVIE, P. *Juvenile Dystonia With Marked Diurnal Variaton and Distortion of Normal Sleep Cycle*. *Escrpta Médica*. 584, 39, 1981.
4. COSTEFF, H., GADOTH, N., MENDELSON, L., HAREL, S. y LAVIE, P. *Flutuating Dystonia Responsive to Levodopa*. *Archives of Disease in Childhood*. 62, 801-804, 1987.
5. ROIG, J., JUNCADELLA, M., ROIG, T. *Los test de personalidad en neurología: El MMPI*. *La Exploración Neuropsicológica*. 195-200, 1987.
6. SÁNCHEZ-PLANELL, L. *Síndromes obsesivos en Neurología*. Vallejo, J. *Estados Obsesivos*. Ed. Salvat, 1986.



**Nueva
formulación**

**Comprimidos
ranurados
de liberación
retardada**



Anafranil 75 mg
20 comprimidos
laqueados ranurados

**Anafranil
75 mg**

Clomipramina (DCI),
clorhidrato

Geigy



**la dosis única diaria
doblemente adaptable
para el tratamiento de la depresión**

Composición: Clorhidrato de clomipramina. **Indicaciones:** Depresión de cualquier etiología, sintomatología y gravedad. Síndromes obsesivos y fobias. Enuresis nocturna. Síndrome de narcolepsia con crisis de catalepsia. Crisis de angustia (panic attacks). **Posología:** La dosis y forma de administración se determinan individualmente. Adultos: en depresiones, obsesiones y fobias, 1 grag. de 25 mg. ó 1/2 comp. de 75 mg el primer día, aumentando gradualmente hasta unos 150 mg/día o más en caso necesario. Una vez obtenida la mejoría, reducir hasta 2-4 grag. de 25 mg ó 1 comp. de 75 mg/día. En casos graves empezar por vía inyectable (1-3 amp./día, y pasar luego a vía oral). En narcolepsia con catalepsia, la dosis oscila entre 25 y 75 mg/día. En crisis de angustia, 10 mg/día inicialmente, aumentando hasta 25-100 mg o incluso 150 mg/día. Geriátría: inicialmente 10 mg/día y aumentar gradualmente hasta 30-50 mg/día, que se mantendrán durante todo el tratamiento. Niños: inicialmente 10 mg/día, y aumentar en unos 10 días hasta 20 mg/día en niños de 5-7 años, 20-50 mg/día en los de 8-14 años y 50 mg/día para mayores de 14 años. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las dibenzoxepinas, estado agudo del infarto de miocardio y uso concomitante de IMAO. **Precauciones:** Insuficiencia cardiocirculatoria, trastornos de la conducción, hipotensión ortostática, tendencia a las convulsiones, retención urinaria, glaucoma. Para prevenir una agranulocitosis, controlar cuadro hemático en caso de fiebre, infección gripal o anginas. Anafranil puede menoscabar la capaci-

dad de reacción (manejo de maquinaria, conducción de vehículos). Si aparecen reacciones alérgicas se retirará el tratamiento. Dejar 15 días después de retirar un IMAO. Las grageas de 10 y 25 mg contienen lactosa. **Embarazo y Lactancia:** Usar sólo en casos imprescindibles en los 3 primeros meses de embarazo y no administrarlo en el último mes. Prescindir de la lactancia natural. **Incompatibilidades e interacciones:** Anafranil puede reducir el efecto hipotensor de la guanetidina y potenciar los efectos de la noradrenalina, adrenalina y otros fármacos depresores del SNC y anticolinérgicos. Posible incremento de la secreción de prolactina. Reducción de la tolerancia al alcohol. **Efectos secundarios:** Inicialmente, reacciones anticolinérgicas pasajeras. Posibles reacciones cutáneas alérgicas. En casos aislados, trastornos de la conducción, arritmias, insomnio, confusión y aumento de la ansiedad. Raramente, trastornos hepáticos, hiperpirexia, convulsiones, agranulocitosis y trombocitopenia. **Intoxicación y tratamiento.** Síntomas: somnolencia, inquietud, ataxia, hipotensión y depresión respiratoria. Tratamiento: eliminación del fármaco, hospitalización y tratamiento sintomático. No existe antídoto específico. **Presentación y P.V.P. (IVA):** Comprimidos ranurados de 75 mg, envase calendario con 28, 1.444 ptas. **Otras presentaciones:** Ampollas de 25 mg (2 ml), envase con 6, 349 ptas. Grageas de 10 mg, envase con 50, 481 ptas.; de 25 mg, envase con 40, 654 ptas.

GEIGY División Farmacéutica
Apartado 1628. Barcelona.