

Año 1994

Nº 1

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S. A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

NOVEDADES MASSON

Colección de Medicina y Psicoterapia



Sí, deseo recibir:

- Autismo: Cuidados, educación y tratamiento**
PH. J. PARQUET, C. BURSZTEJN y B. GOLSE
ISBN: 84-311-0597-6 © 1992
PVP: 3.900 Ptas. con IVA y 3.786 Ptas. sin IVA
Reúne distintos puntos de vista, a modo de coloquio entre especialistas.

NOVEDAD

- Pensar, hablar, representar**
B. GOLSE
ISBN: 84-311-0623-9 © 1992
PVP: 3.250 Ptas. con IVA y 3.155 Ptas. sin IVA

ULTIMA NOVEDAD

- La unidad psicósomática en psicomotricidad**
M. CONTANT y A. CALZA
ISBN: 84-311-0567-4 © 1991
PVP: 2.700 Ptas. con IVA y 2.621 Ptas. sin IVA
Se basa en la concepción de la psicósomática de Sami-Ali para pensar de otro modo los dos momentos capitales de la psicomotricidad, el diagnóstico y la terapéutica.

- Abordaje terapéutico de la familia**
G. SALEM
ISBN: 84-311-0523-2 © 1990
PVP: 3.350 Ptas. con IVA y 3.252 Ptas. sin IVA
Entre las publicaciones dedicadas a esta innovación terapéutica, ninguna presenta de una manera unificada y sintética las diversas «escuelas». Esta obra llena este hueco de manera estructurada y sencilla.

- Psicosis y Autismo del niño**
R. DE VILLARD
ISBN: 968-6099-36-0 © 1986
PVP: 2.350 Ptas. con IVA y 2.282 Ptas. sin IVA

- Adolescencia y depresión**
D. MARCELLI
ISBN: 84-311-0603-4 © 1992
PVP: 4.650 Ptas. con IVA y 4.515 Ptas. sin IVA
El autor propone un análisis semiológico de los distintos cuadros clínicos de la depresión en la adolescencia, además de diversos modelos terapéuticos basados en las diferentes teorías de la depresión.

NOVEDAD

- Terapias cognitivo-comportamentales en psiquiatría infantil y juvenil**
L. VERA y J. LEVEAU
ISBN: 84-311-0587-9 © 1991
PVP: 4.300 Ptas. con IVA y 4.175 Ptas. sin IVA
El abordaje comportamental de los trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos y de depresión en el niño, junto al planteamiento de modelos de nuevas intervenciones terapéuticas, son los temas principalmente estudiados en esta obra.

- Terapias comportamentales y cognitivas**
J. COTTRAUX
ISBN: 84-311-0574-7 © 1991
PVP: 3.350 Ptas. con IVA y 3.252 Ptas. sin IVA
Se trata de una obra de iniciación cuyo contenido está basado en psicoterapias breves, fundamentadas en los principios de la psicología científica.

- El desarrollo afectivo e intelectual del niño**
B. GOLSE
ISBN: 84-311-0422-8 © 1987
PVP: 3.400 Ptas. con IVA y 3.301 Ptas. sin IVA

- Psicopedagogía del niño psicótico**
J.P. FAVRE y M. MIDENET
ISBN: 968-6099-13-1 © 1983
PVP: 2.750 Ptas. con IVA y 2.670 Ptas. sin IVA

Agradeceré remitan a mi nombre la(s) obra(s) marcada(s) con una .

FORMA DE PAGO:
Contra reembolso,
sin recargo alguno.

FIRMA:

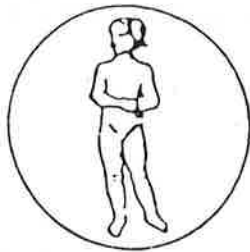
Nombre y Apellidos:

Dirección: nº

Teléfono: Población:

C.P.: Provincia:

Fecha de nacimiento: Especialidad:



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

Sr. Salvador Arxé i Closa
C/ Riera Sant Miquel, 71 pral. 1ª
08006 Barcelona

Publicación trimestral

Administración y suscripciones:

Editorial Garsi, S.A.
Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

Copyright 1994

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil
Editorial Garsi, S.A.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal:

B-41.588-90

ISBN:

84-7179-182-X

Publicidad:

Editorial Garsi, S.A.

C/ Londres, 17
28028 Madrid
Tel. (91) 726 08 00

Av./ Príncipe de Asturias, 20
08012 Barcelona
Tel. (93) 415 45 44

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*

Secretario: *S. Arxé i Closa*

Vocales: A. Agüero Juan

M.D. Domínguez Santos

X. Gastaminza Pérez

P. León Ramos

J.L. Pedreira Massa

P. Rodríguez Ramos

C. Rubin Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

Vice-presidente: *M.J. Mardomingo Sanz*

Secretario: *X. Gastaminza Pérez*

Tesorero: *L. Sordo Sordo*

Vocal: *J. Espín Montañez*

Asesor de Junta: *J. L. Alcázar Fernández*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez†

J. de Moragas Gallisat†

C. Vázquez Velasco†

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente†

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

Asociación fundada en 1950

Revista fundada en 1983

Revista Indexada en el Índice Médico Español.

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Riera Sant Miquel, 71 ppral. 1ª
08006 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, cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: resumen y palabras clave (castellano e inglés); introducción en la que se explique el objeto del trabajo; descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que puede seguirse de unas conclusiones.

4) Resumen: se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco 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 Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos 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 cinco 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 arábigos 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 Asociación, podrían ser 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 siete 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 cada 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 tres o cuatro citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.

11) La Sección de actos societarios (Agenda) podrá 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.

La «Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil» se adhiere a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos publicados a Revistas Biomédicas (4ª edición). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**
**Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil**

S U M A R I O

Comentario breve	La depresión en el ámbito paidopsiquiátrico <i>M.D. Domínguez, A.J. Torres</i>	1
Artículos originales	Aspectos evolutivos y nuevas hipótesis de investigación en la adolescencia <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón</i>	5
	Hiperactividad infantil y depresión: evaluación mediante cartografía cerebral <i>J. Cabanyes, M. García de León, C. Ávila, A. Polaino-Lorente</i>	16
	Síndrome de Munchausen por poderes: a propósito de un caso clínico <i>M.J. Mardomingo Sanz, M.L. Catalina Zamora, B. Escudero, C. Medrano</i>	22
	Atención psicológica en unidades de oncología pediátrica <i>A.M. Martínez, J. Toro</i>	28
Artículos de revisión	Orientación terapéutica del fracaso escolar y estructuras psicopedagógicas de apoyo <i>J. Tomás i Vilaltella</i>	36
	Psicofármacos y lactancia <i>F. Boatas, F. Gutiérrez, A. Pellejero, A. Rego, I. de Miguel</i>	47
Carta al director		55
Caso clínico		56
Reseñas terapéuticas		58
Comentario de publicaciones		60
Agenda		63

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Centro de trabajo _____ CIF _____

Suscríbame a:

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL
(4 números al año)
5.300 Ptas.

Impuestos y gastos de envío incluidos

Mediante talón nº _____
que adjunto

A través de mi cuenta bancaria
(cumplimento autorización adjunta)

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco o caja Oficina Control Nº cuenta (10 dígitos)

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **Editorial Garsi, S. A.**

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:
Editorial Garsi, S. A.
Londres, 19
28029 Madrid

_____ de _____ de 199__

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**
**Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil**

S U M M A R Y

Brief commentary	Depression in child psychiatry <i>M.D. Domínguez, A.J. Torres</i>	1
Original articles	Evolutionary aspects and new hypothesis in the investigation of adolescence <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón</i>	5
	Brain cartography: assessment of child's hiperactivity and depression <i>J. Cabanyes, M. García de León, C. Ávila, A. Polaino-Lorente</i>	16
	Munchausen syndrome by proxy: a clinical case <i>M.J. Mardomingo Sanz, M.L. Catalina Zamora, B. Escudero, C. Medrano</i>	22
	Psychological attention in pediatric oncology units <i>A.M. Martínez, J. Toro</i>	28
Review articles	School failure: therapeutical guidance and psychopedagogical structures <i>J. Tomás i Vilaltella</i>	36
	Psychoactive substances and lactation <i>F. Boatas, F. Gutiérrez, A. Pellejero, A. Rego, I. de Miguel</i>	47
Letter to the editor		55
Clinical case		56
Therapeutical summary		58
Publications commentary		60
Calender		63

**Solicitud de inscripción en la
Asociación Española de
Psiquiatría Infanto-Juvenil**

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ POBLACIÓN _____

D.P. _____ PROVINCIA _____

Solicito la inscripción en la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Si desea información, escriba a la dirección abajo mencionada o bien llame al teléfono: 926 22 72 60

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ N° Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco o caja Oficina Control N° cuenta (10 dígitos)

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.**

Les saluda atentamente
(firma)

Remitir a:

Dr. Luis Sordo Sordo
Avenida del Torreón, 7 5º D
13004 Ciudad Real

_____ de _____ de 199__

M. D. Domínguez
A. J. Torres

La depresión en el ámbito paidopsiquiátrico

Facultad de Medicina. Santiago de Compostela

Depression in child psychiatry

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La depresión infanto-juvenil constituye una entidad clínica problemática y no bien definida en el momento actual. prueba de ello es que ha sido descrita en la literatura científica como un síntoma, como un síndrome, o como un desorden.

La depresión considerada como síntoma hace referencia al humor disfórico que puede surgir sin causa aparente o como respuesta a un desajuste o pérdida importante, o manifestarse sin formar parte necesariamente de un síndrome o desorden depresivo (Polaino-Lorente y cols., 1988).

La falta acuerdo existente en relación a la conceptualización de la depresión como entidad mórbida específica en la clínica paidopsiquiátrica, ya había sido puesta de manifiesto por los distintos autores (Rodríguez y cols., 1987; Toro, 1987; Ballesteros y Conde, 1987; Pozo y cols., 1987) a lo largo de las sesiones del IV Symposium Nacional del P.T.D. Estas dificultades se deben, en gran parte, a la utilización de criterios pertenecientes a la psiquiatría de adultos en el momento de clasificar los trastornos infanto-juveniles.

La depresión infantil como entidad mórbida específica (es decir, como desorden), ha sido descrita por muchos autores basándose en sus definiciones del trastorno. Por

ejemplo, Puig-Antich y cols. (1978). Se exponen en la tabla 1 los criterios de RDC para conceptualizar la depresión como desorden específico.

Los puntos de vista concernientes al síndrome de depresión en la infancia, se extienden desde la inexistencia de la entidad, pasando por definiciones rigurosas de un cuadro clínico, hasta un trastorno que abarca casi toda la psicopatología infanto-juvenil.

De un lado tenemos la corriente psicoanalítica (Mahler, 1961; Rie, 1966) que no acepta el concepto. De otro, algunos autores (Lefkowitz y Burton, 1978) señalan que la prevalencia de algunos síntomas del síndrome depresivo es tan alta en niños normales, que tales manifestaciones pueden no ser estadísticamente atípicos ni psicopatológicos. En otro lado de este espectro de posturas se encuentra la descripción completa de la sintomatología depresiva propuesta por Malmquist (1975), quien por cierto incluye una categoría específica que él denomina "Tipos Adolescentes".

Para otros autores, casi toda la psicopatología de la infancia podría incluirse en la categoría de la depresión. Así, Kuhn y Kuhn (1972), en un estudio de 100 niños deprimidos encuentran que sólo unos pocos pueden considerarse afectados de la melancolía clásica, con tristeza, enlentecimiento e inhibición tendencias suicidas, delirios de culpa y cansancio matutino. Pero que sin

2

Tabla 1 Criterios diagnósticos de investigación (RDC)

- A. *Humor disfórico*
- B. *Síndrome depresivo*
 1. Poco apetito
 2. Trastornos del sueño
 3. Pérdida de energía
 4. Agitación o enlentecimiento psicomotor
 5. Pérdida de interés
 6. Culpabilidad
 7. Pensamiento enlentecido
 8. Pensamiento de muerte o suicidio
- C. *Duración de más de dos semanas*
- D. *Remitido a consulta durante el período disfórico*
- E. *El funcionamiento cotidiano está alterado*
- F. *No hay signos de esquizofrenia*

embargo, eran relativamente frecuentes los siguientes síntomas: bajo rendimiento escolar, ansiedad, trastornos del sueño, inhibición, disminución de la actividad, cansancio, dificultad para concentrarse, enuresis, problemas de conducta, quejas somáticas, tendencia al llanto, irritabilidad, agresividad, anorexia, mentiras y hurtos. Así pues, la gama de concepciones del síndrome depresivo en la edad infanto-juvenil va desde los que niegan totalmente su existencia, hasta aquellos que describen lo que perciben como un síndrome, o quienes incluyen la mayor parte de elementos importantes de la psicopatología infanto-juvenil en la categoría de este trastorno.

Por último, en este intento de aproximación conceptual y clínica, debemos remarcar la influencia de la edad, dado que como señalan Polaino-Lorente y cols. (1988), esta variable constituye un factor de suma relevancia, acaso el más importante, si tenemos en cuenta la psicología del desarrollo respecto del diagnóstico de depresión infanto-juvenil.

En este sentido cabe mencionar un estudio relativamente reciente llevado a cabo por Carlson y Kashani (1988) en el que se compara la frecuencia de síntomas depresivos en cuatro submuestras de diferentes edades: preescolares, prepúberes, adolescentes y adultos. Todos los sujetos de esta investigación fueron entrevistados y diagnosticados siguiendo criterios muy similares. Los resultados sugieren que la edad y el desarrollo pueden modificar la frecuencia de cierta sintomatología de depresión. Así, se obtiene que existen unas manifes-

Tabla 2 Depresiones enmascaradas en la infancia

Edad	Síntomas psíquicos	Síntomas vegetativos
5 años	Apatía Desinterés por el juego Aislamiento Agitación	Trastornos del sueño Trastornos del apetito Crisis de llanto "Jactatio capitis"
5-10 años	Apatía Desinterés por el juego Aislamiento Agitación Hipersensibilidad Inseguridad Agresividad Irritabilidad Aburrimiento Dificultad de concentración Rabietas Dificultades escolares Legastenia Fugas Sentimientos de inferioridad Desesperanza Pensamientos nihilistas Impulsos suicidas Ideas obsesivas	Trastornos del sueño Trastornos del apetito Crisis del llanto Encopresis Enuresis Dolores abdominales Astenia (matutina) Alopecia areata Eczema Tics Alergia
> 10 años	Apatía Distimias depresivas Sentimiento de vacío Sentimiento de culpa Sentimientos de inferioridad Sentimientos de despersonalización Pensamiento nihilistas Adicciones Fugas Conducta delictiva Accidentes Fobias Obsesiones Hipocondría Neurastenia Pasos al acto sexual	Trastornos del sueño Trastornos del apetito Anorexia nerviosa Síndrome de Klein-Levi Dolores abdominales Enuresis Astenia (matutina) Alopecia areata Cefaleas Asma Alergia
Adolescencia	Dependencia y abuso Inmadurez Despersonalización Enfermedad obsesiva (Pseudo) esquizofrenia (Pseudo) psicopatía Dismorfofobia Anorexia nerviosa	Trastornos Psicosomáticos (como los del adulto)

(Tomado de López-Ibor, 1982).

taciones clínicas que aumentan con la edad (anhedonia, variación diurna, retraso psicomotriz y delirios), mientras que otras disminuyen en frecuencia a medida que aumenta la edad (aspecto depresivo, baja autoestima y componentes somáticos). Asimismo, existen síntomas que no parecen modificarse con la edad; éstos corresponden a humor depresivo, incapacidad de concentración, trastorno del sueño e ideas suicidas.

Por su relación con la edad, tampoco debemos olvidar el tema de las depresiones enmascaradas. Este concepto, transferido por Nissen de la psiquiatría del adulto al ámbito infantil, debe reservarse, según Polaino-Lorente y cols. (1988), para designar los síndromes depresivos infantiles de naturaleza endógena o somatogena en los que la sintomatología más relevante se manifiesta en el plano somático.

López-Ibor (1982) sostiene que las depresiones infantiles pueden enmascararse en forma de trastornos somáticos (o equivalente depresivos), trastornos psíquicos y alteraciones de conducta. En la tabla 2, tomada de este autor, se expone la sintomatología de las depresiones enmascaradas distribuidas según las edades.

LA MAGNITUD EPIDEMIOLÓGICA DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

La frecuencia de depresión en la edad infanto-juvenil depende de numerosas variables, tales como la pobla-

ción estudiada, el rango de edad considerado, los criterios de definición de la depresión (de cuyas dificultades hablamos en el apartado anterior), el tipo de instrumento de evaluación y la identidad de los informadores. Es por ello difícil encontrar estudios que utilicen una metodología completa y rigurosa.

Entre las investigaciones que incluyen una definición estricta de trastorno depresivo basadas en muestras de población general, podríamos citar la llevada a cabo por Rutter, Tizard y Whitemore (1981) en la isla de Wight, en la que obtienen una incidencia del 0,1% en niños de 10 a 11 años; Kashani (1982) que aporta cifras de prevalencias variables entre el 1% y el 30%; y Lefkowitz y Tesiny (1985), que en un estudio de 3.020 niños de 8 a 12 años de edad, observan una tasa de depresión del 5,2%.

En el caso concreto de los adolescentes, los estudios comunitarios basados principalmente en criterios diagnósticos del DSM-III (Deykin, Levy y Wells, 1987; Kashani y cols., 1987) muestran tasas de prevalencia de depresión que varían entre el 6% y el 8%. En este sentido, Mattison (1986), señala que los trastornos afectivos constituyen la psicopatología más frecuente en sujetos de 13 a 18 años.

Y por último destacar que Rutter y cols. (1976), tras una larga trayectoria investigadora en este sentido, plantean la tesis de que la frecuencia de trastornos depresivos tiende a aumentar a medida que se pasa de la infancia a la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ballesteros MC, Conde V. *Diagnóstico clínico-evolutivo de las depresiones en la infancia*. IV Symposium Nacional del P.T.D. Córdoba, 1987.
- 2 Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analyse of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-1225.
- 3 Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health* 1987;77(2):178-182.
- 4 Kashani JH. Epidemiology of childhood depression. En: Grinspoon L, ed. *Psychiatry* 1982. American Psychiatric Press, Washington, 1982.
- 5 Kashani JH, Beck NC, Hooper EW y cols. Psychiatry disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987;144:584-589.
- 6 Kuhn V, Kuhn R. Drug therapy for depression in children. Indications and methods. En: Ansell A, ed. *Depressive states in childhood and adolescence*. Halsted Press, New York, 1972.
- 7 Lefkowitz MM, Burton M. Childhood depression: a critique of the concept. *Psychol Bulletin* 1978;85:716-726.
- 8 Lefkowitz MM, Tesiny E. Depression in children. Prevalence and correlates. *J Consult Clin Psychol* 1985;53(5):647-656.
- 9 López-Ibor JJ. Las psicosis y los trastornos afectivos. En: López-Ibor JJ, Ruiz C, Barcia D, eds. *Psiquiatría*, Tomo II. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
- 10 Mattison RE. Psychiatric background and diagnosis of children evaluated for special class placement. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25(4):514-520.
- 11 Polaino-Lorente A y cols. *Las depresiones infantiles*. Morata, Madrid, 1988.
- 12 Pozo P, Alemán ME, Salorio D. *Aspectos terapéuticos de la depresión infantil*. IV Symposium Nacional de P.T.D., Córdoba, 1987.

- 4
- 13 Puig-Antich J y cols. Prepuberal major depressive disorder: a pilot study. *J Acad Child Psychiatry* 1978;17:695-707.
 - 14 Rie HE. Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;5:653-658.
 - 15 Rodríguez A, Domínguez MD, Arauxo A. Tratamiento y evolución a largo plazo de los cuadros depresivos infanto-juveniles. IV Symposium Nacional del P.T.D., Córdoba, 1987.
 - 16 Rutter M, Graham P, Chadwick OF y cols. Adolescent turmoil: fact or fiction? *J Child Psychol Psychiatry* 1976;17:35-56.
 - 17 Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, Health and Behaviour*. Robert E, Krieger Publishing Company, Hantinton, New York, 1981.
 - 18 Toro J. *Depresión en el niño de edad preescolar*. IV Symposium del P.T.D., Córdoba, 1987.

J.A. López Villalobos
F. Ruiz Sanz
M.I. Sánchez Azón

Aspectos evolutivos y nuevas hipótesis de investigación en la adolescencia

Unidad de Salud Mental
Palencia

Correspondencia:

J.A. López Villalobos
Paseo de S. José 3-5 entlo
34004. Palencia

Evolutionary aspects and new hypothesis in the investigation of adolescence

RESUMEN

La adolescencia es un período con plena entidad biopsicosociológica, profusamente estudiado y que ofrece datos contradictorios, en función de los autores que la analizan y con la frecuente mediatización del carácter científico de los datos ofrecidos.

El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis empírico que permita conocer aspectos evolutivos, contrastarlos con los de otros autores y generar nuevas hipótesis de investigación.

Se investigaron variables clínicas, educativas, familiares y sociológicas en una muestra de 577 adolescentes de Palencia, comprendida entre los 14 y los 19 años, estudiantes de BUP y COU. Los datos de los cuestionarios fueron analizados a través del "Statistical Package for Social Sciences", aplicándose medidas de significación estadística y del grado de asociación entre las variables analizadas.

Los resultados se concentran en relativizar el concepto de conflicto generacional (v. familiares), enfatizar la crítica a la sociedad y estudiar los determinantes del éxito social (v. sociológicas), reseñar la necesidad percibida por el adolescente de atención psicológica (v. clínicas) y observar la

percepción del profesorado y las diferencias sexuales en función de variables escolares.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo adolescente; social; familiar; clínico y escolar.

ABSTRACT

Adolescence is a period with total biopsicosociological entity. It has been widely studied offering contradictory information depending on the authors that have analysed it.

The aim of our study is to carry out an empirical analysis which may allow us to discern evolutive aspects, to contrast them with those of other authors and to generate new hypotheses of investigation. Clinical, educational, familiar and sociolinguistic variables have been investigated in a sample of 577 teenagers from Palencia (from 14 to 19 years of age) studying BUP and COU.

The information in the questionnaires was analysed following the "Statistical Package for Social

- 6 *Sciences". Measures of statistical significance were applied as well as those of degree of association between the analyzed variables. The results are concentrated in relativizing the concept of generational conflict (familiar variables), emphasize the critic to society, study determiners of social success (sociolinguistic variables), describe the need of psychological attention perceived by the adolescent (clinical variable) and observe the educator's perception and the sexual differences depending on academic variables.*

KEY WORDS

Adolescent, social, familiar, clinical and academic development.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período con plena entidad biopsicosociológica y en íntima conexión con sus peculiaridades en el desarrollo cognitivo, fisiológico, emocional y sociológico.

Siendo conscientes de las inherentes diferencias individuales de cada adolescente, hemos tratado de uniformizar para ellos algunas características comunes, llegando en ocasiones a la conclusión de que son rasgos ampliamente compartidos y en otras, que la heterogeneidad es lo dominante.

Tras la observación en la literatura científica de que existen datos contradictorios en función de la perspectiva de cada autor y, por qué no decirlo, de si se trataba de autores que realizaban análisis empíricos o profesionales que tras la observación de adolescentes patológicos generalizaban al resto de la población, llegamos a la conclusión de que sería interesante un análisis empírico que revisara algunos tópicos en la adolescencia y otro conjunto de variables que suscitaba nuestra curiosidad o el interés de profesores que colaboraban con nosotros.

Nuestro objetivo fue doble. En primer lugar pensamos que si es importante conocer la psicopatología adolescente, no lo es menos el profundizar su realidad como período evolutivo normal, que ayudase a deslindar los criterios relativos de la normalidad o la patología. En segundo lugar, no sólo nos interesa conocer algunas

peculiaridades del desarrollo normal adolescente, sino también generar nuevas hipótesis de investigación. Nuestro análisis no sólo obtendrán resultados, sino reflexiones y nuevos interrogantes objeto de curiosidad científica.

Ese amplio análisis empírico se encuentra interesado por variables familiares sociales, clínicas y educativas.

Nuestros primeros interrogantes se centraron en la amplia temática sobre la hipotética conflictividad generacional (familia), la crítica social y la percepción de los determinantes del éxito social (sociológico), la necesidad percibida de atención psicológica o psiquiátrica (clínica) y la percepción del profesorado y variables escolares (educativas).

METODOLOGÍA

Se elaboró un protocolo con modalidad de respuesta variada y 40 ítems, acerca de variables clínicas, sociológicas, familiares y escolares, que fue implementado por 577 adolescentes, entre los 14 y los 19 años, pertenecientes a tres institutos de Palencia, en los cursos de BUP y COU.

La muestra analizada constaba de 56% (n= 326) hembras y 44% (n= 251) varones, similar a la población nacional de estudiantes de BUP y COU⁽¹⁾. Esta prueba no observa diferencias significativas por sexo en el transcurso de las edades analizadas y se compone de adolescentes hijos de padres que conviven juntos en el 95% y de padre/madres viudo/a, soltero/a, separado/a o divorciado/a el 5% restante. El 82% procede de la capital y el 18% de la zona rural.

Los cuestionarios son anónimos, con indicadores de sinceridad e instrucciones sugerentes conducentes a dicho fin. Las instrucciones, respetando la validez ecológica, fueron explicadas por sus profesores de forma idéntica y los protocolos fueron analizados por el equipo de Salud Mental de la zona, al que pertenecen los autores.

Las distintas variables fueron analizadas a través del "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS), aplicándose medidas de significación estadística y del grado de asociación de las variables analizadas.

Por su cualidad de estudio de corte evolutivo, se prestó especial atención a las diferencias significativas por sexo o edad.

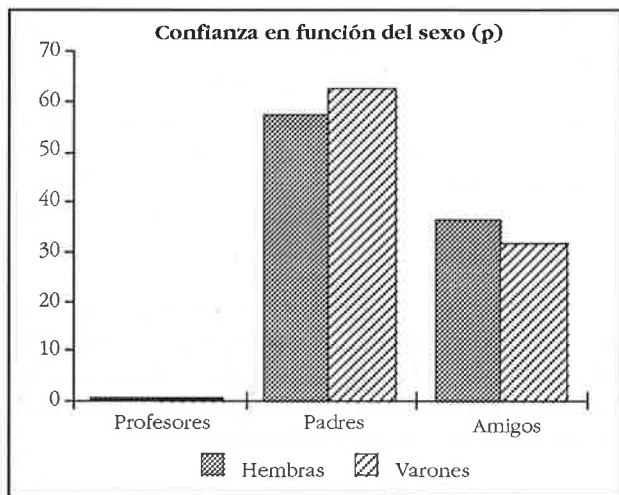


Figura 1. Grado de confianza comparativa de los adolescentes hacia sus padres, profesores y amigos, en función del sexo.

RESULTADOS

Resultados aspectos familiares

El aspecto más relevante a analizar es la conflictividad generacional, que operativizamos en un constructo que comprende aspectos como la coincidencia con los valores de los padres, confianza mostrada hacia ellos, influencia en su forma de pensar, relaciones, estilo educativo, connotaciones, temas de discusión y actitud de ánimo o crítica.

Inicialmente encontramos que sólo el 14% de los adolescentes afirma no coincidir casi nada o nada (CNoN) con los principios básicos o valores acerca de la forma de entender la vida de sus padres. El 40% indica que coinciden mucho o bastante. (MoB).

Con los amigos la coincidencia asciende al 75% (MoB), encontrando diferencias significativas que observan que las chicas lo hacen en mayor medida que los varones ($p=0,0005$) (H.MoB= 81% / V.MoB= 66%).

En la confianza mostrada, se les preguntó si confiaban más en padres, amigos o profesores; encontrando un 63,5% en los padres, el 36,1% en los amigos y 0,4% en los profesores, sin diferencias significativas por sexo o edad ($p=0,05$ mínimo).

La influencia en su forma de pensar registró resultados similares, encontrando mayor influencia de los

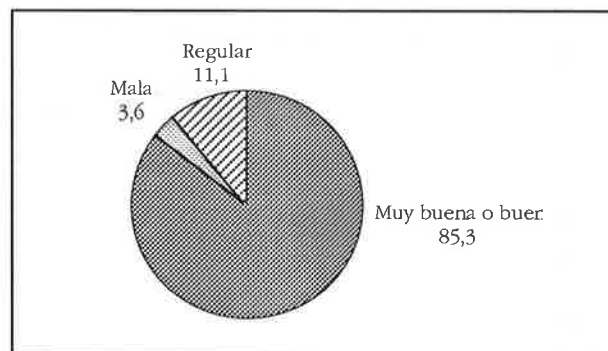


Figura 2. Consideraciones sobre la relación de los adolescentes con sus padres.

padres (47%), que de los amigos (40%) y profesores (4,7%). No existían diferencias significativas en función del sexo, aunque se encontraba una mayor influencia significativa de los amigos a medida que se incrementaba la edad analizada ($p=0,03$). Ello no significa, como matizaremos en la discusión, incremento de la conflictividad generacional (Fig. 1).

La relación con los padres es considerada muy buena o buena por el 85,3% y las connotaciones hacia ellos son altamente positivas. El 75% considera a sus padres consecuentes y realistas, el 13% autoritarios y el 9% considera que les dejan hacer lo que quieren, sin diferencias significativas por sexo o edad. En una pregunta paralela y similar, el 83,5% considera a sus padres alegres y colaboradores, críticos el 14% y tristes el 2,6% (Fig. 2).

Teniendo en cuenta que existen estudios que relacionan estilo educativo democrático y disminución de conflictiva generacional, se les preguntó acerca de si sus opiniones se tienen en cuenta en casa, encontrando que un 82,3% afirmaba que así ocurría y por el mismo motivo se les solicitó responder a un ítem sobre la relación entre sus padres, detectando que el 77% la consideraba como muy buena o buena, aunque esta consideración perceptiva decrece significativamente con la edad ($p=0,000$).

Finalmente nos interesamos por sus temas de discusión, refiriendo que en torno al 50% lo hacían por temas sin importancia o no discutían y el resto por estudios o conducta. Para observar la asociación de temas de discusión con la actitud de ánimo o crítica de los padres, encontramos que el 86% se consideraba animado MoB

8

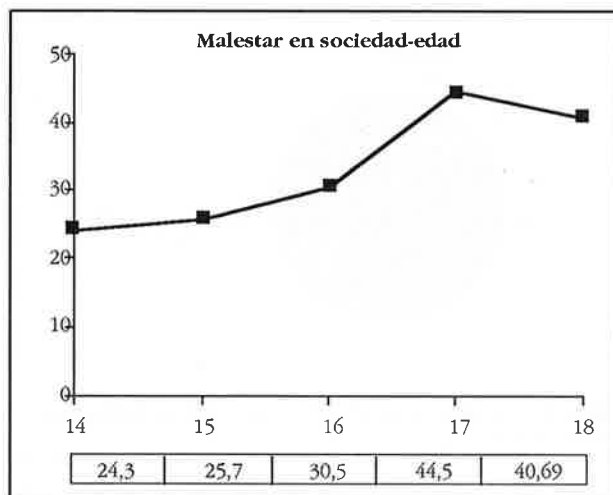


Figura 3. Porcentaje de adolescentes que afirman no encontrarse bien en esta sociedad, en función de la edad.

por estudios o consecuciones personales. Los varones se consideraban significativamente más criticados ($p=0,000$).

Este primer apartado, como reflexionaremos en la discusión, parece poner en duda o al menos relativizar el concepto generalizado de conflictividad generacional.

Resultados aspectos sociológicos

Nos interesaba conocer la hipotética crítica social del adolescente y su comparación con la dirigida hacia la familia.

Encontramos que el 76% de los adolescentes ven su futuro en esta sociedad como malo o mediocre y que el 32% no se encuentran bien actualmente en esta sociedad, observando diferencias significativas en el transcurso de las edades analizadas ($p=0,05$), que nos hacen pensar que el adolescente va encontrándose peor en esta sociedad a medida que se incrementa la edad, reflejando un 40% a los 17 años, según este análisis de corte transversal.

Este primer apartado, como reflexionaremos en la discusión, comienza a apuntar que existe un mayor grado de crítica social global, que la esbozada ante la mayoría de los ítems relacionados con la familia y, diferencialmente, observamos asociación estadísticamente significativa entre percepción de patología y malestar social^(2,3) (Fig. 3).

Otros aspectos sociológicos se centraron en conocer algunos de los determinantes del éxito social y su asociación con variables de control interno o externo.

Sin diferencias significativas por sexo o edad, el 92% consideraron MoB a los conocimientos como determinantes del éxito social y el 34%, en otra pregunta paralela, valoraban MoB el atractivo. Los varones valoraban en menor medida significativa esta última variable ($p=0,01$).

Más interesante resultó, como reflexionaremos en la discusión, que el 41% consideró la suerte como más importante que los conocimientos para el éxito social, lo que nos hacía reflexionar acerca del "locus of control" interno o externo de los adolescentes.

Resultados aspectos clínicos

El objetivo de este apartado es conocer la necesidad percibida de asistencia psicológica de los adolescentes muestrales, su discrepancia con la recibida y los motivos de la misma. El 11,6% de la muestra ha visitado alguna vez a psicólogo o psiquiatra, el 1,4% lo hace actualmente y el 26,5% siente la necesidad de hacerlo. Se observa una discrepancia del 25,1% entre los adolescentes que acuden a consulta y los que desearían hacerlo.

Las hembras sienten más necesidad de asistencia de forma significativa ($p=0,000$) ($V=17\%$ / $H=35\%$) y esta necesidad se incrementa significativamente con el paso de la edad ($p=0,004$).

Ante la realidad de que los adolescentes acuden poco a consulta de salud mental y cuando lo hacen suele ser por motivos escolares llevados de la oreja por sus padres, nos preguntamos por el motivo real según su propia percepción (Fig. 4).

Los adolescentes muestrales perciben la necesidad de asistencia psicológica primariamente por Depresión (13,7%) y secundariamente por problemas de estudios (9,5%) y timidez excesiva (4,3%). Esta percepción de depresión, se observa de forma más frecuente y de forma significativa en las hembras ($p=0,000$) ($H=86\%$ / $V=14\%$), con incremento significativo en el transcurso de las edades analizadas ($p=0,01$), llegando al 25,9% a los 19 años.

En la percepción de depresión el RR para las hembras es de 5,79, con intervalo al 0,05% entre 2,97 y 11,18 (Fig. 5).

Observamos con diferencias significativas que las personas que perciben sentimientos depresivos se en-

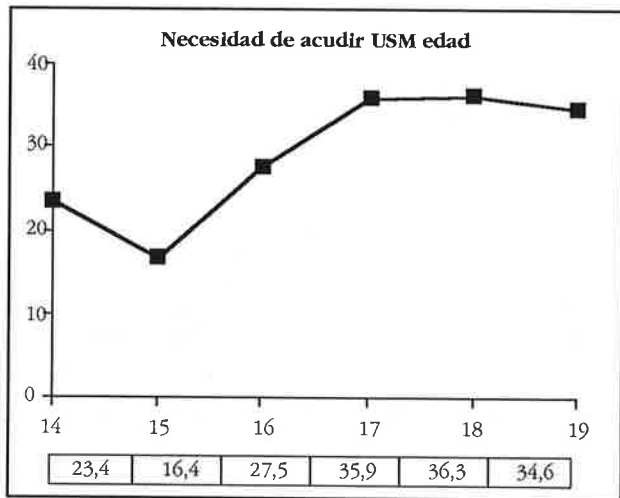


Figura 4. Porcentaje de adolescentes que sienten necesidad de acudir a consulta psicológica o psiquiátrica, en función de la edad.

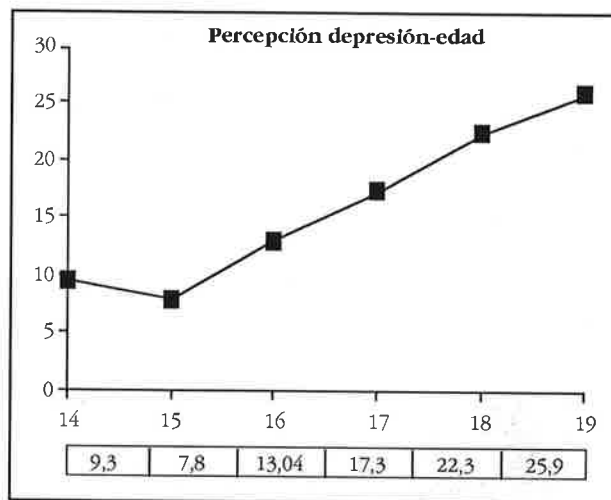


Figura 5. Porcentaje de adolescentes que perciben sentimientos depresivos, en función de la edad.

cuentran menos a gusto en esta sociedad, con más problemas de estudio, más influenciados por sus compañeros que por sus padres⁽²⁾ y con más problemas de conducta percibidos⁽³⁾ ($p = 0,01$).

La problemática percibida de estudios y timidez excesiva, también observa diferencias significativas a favor de las hembras ($p=0,05$).

Reflexionaremos en la discusión acerca de las discrepancias entre problemática percibida y consultas a psicólogo o psiquiatra, así como del significado de la percepción de depresión. Todo ello sugiere varios interrogantes.

Resultados aspectos escolares

La escolaridad es un aspecto relevante en la vida del adolescente, ocupando una parte importante de su tiempo y por ello contribuyendo a estructurar o desestructurar su vida.

Las variables escolares son tratadas en este análisis por el motivo anteriormente mencionado, por ser el barómetro frecuente por el que los padres llevan a sus hijos a nuestra consulta en salud mental y por petición expresa de nuestros colaboradores (profesores de instituto).

Los resultados indican que el profesorado influye menos en la forma de pensar de los adolescentes

muestrales que padres y amigos, confiando en ellos en menor medida. Idéntico resultado obtenemos con la coincidencia con los principios básicos o valores acerca de la forma de entender la vida de los profesores, donde sólo un 26% coincide MoB, haciéndolo en menor medida de forma significativa los varones ($p=0,000$).

Las connotaciones hacia los profesores son peores que las dirigidas hacia padres o amigos. El 51% de los adolescentes los considera consecuentes y realistas, el 40% autoritarios y un 9% *laissez faire*. Los varones consideran significativamente más autoritarios a sus profesores y menos consecuentes y realistas ($p=0,01$). Estas consideraciones cambian en el transcurso de las edades analizadas, observando significativamente decremento del autoritarismo ($p=0,009$).

En relación con los estilos educativos, encontramos que el 64,9% considera que sus profesores tienen en cuenta sus opiniones en clase y, en consonancia con lo anteriormente comentado, los varones lo consideran en menor medida ($p=0,000$) (Fig. 6).

Un amplio conjunto de variables escolares ofrece resultados similares, como "la relación con el profesorado", "modo de dar las clases", "contenido de las clases" y "trato que reciben del profesorado". Todo ello es considerado MBoB por el 50/54% de los adolescentes

10

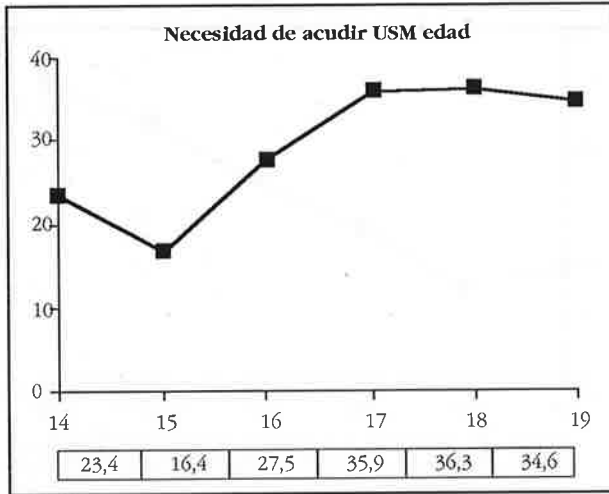


Figura 6. Consideración del profesorado como autoritario (A), realista y consecuente (RC) o excesivamente permisivo (LF), en función de la edad.

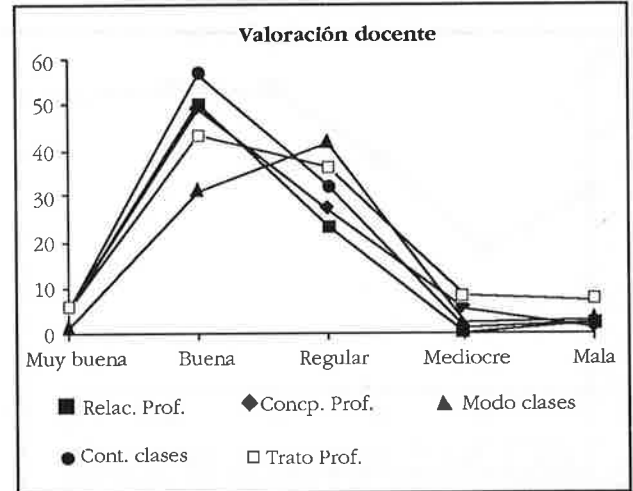


Figura 7. Consideraciones de los adolescentes sobre variables escolares.

muestrales y de forma significativa los varones refieren estas variables de forma proporcionalmente más crítica que las hembras ($p=0,001$).

Tras este análisis de variables escolares y profesorado, pasamos a la consideración escolar que el adolescente tiene de sí mismo. El 52% se considera responsable y consecuente ante el profesorado, observando diferencial y significativamente que los varones lo consideran en menor medida ($p=0,02$). El 52% también considera que hace lo que puede en el tema escolar y el 13% afirma que no hace nada (el 9,5% percibe la necesidad de asistencia psicológica o psiquiátrica por estudios). En el transcurso de las edades analizadas consideran que hacen menos de lo que pueden en el tema de estudios ($p=0,000$) (Fig. 7).

Finalizaremos esta autovaloración escolar indicando que el 46% estudia una hora o menos de promedio y que de forma significativa los varones estudian un menor número de horas ($p=0,000$); encontrando que el 62,2% de las hembras estudia dos horas o más, frente al 41,8% de los varones.

En la discusión reflexionaremos acerca del autoritarismo percibido del profesorado, el mayor distanciamiento escolar significativo de los varones y la asociación de peores resultados escolares con problemática percibida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión aspectos familiares

En este primer apartado sintetizaremos y revisaremos un artículo más amplio publicado por los autores con el nombre de "Conflicto generacional en la adolescencia".

Theron Alexander⁽⁵⁾ nos recuerda que sobre la adolescencia predominan los juicios negativos y calificaciones de hipercinéticos, asociales y menospreciadores de los valores y forma de vida de los padres y Berthe⁽⁶⁾ indica que la aparición de la pubertad desencadena infaliblemente una crisis de oposición contra el mundo adulto. Precedentes en la línea de considerar importantes conflictos generacionales los encontramos en Hall⁽⁷⁾ que refiere la adolescencia como período crítico que lleva a la rebelión y al enfrentamiento con los padres. Piaget⁽⁸⁾, citado en Ajuriaguerra, indica la general ruptura de la relación con los padres, al confrontar los ideales adolescentes con la realidad y Freud⁽⁹⁾ observa que "se entabla la lucha contra los padres como objeto de amor.."

Nuestro análisis no rechaza la existencia de conflictos generacionales en algunos adolescentes, sino que relativiza y enfatiza que el tema no es propio de toda la población adolescente sana. Las relaciones con los

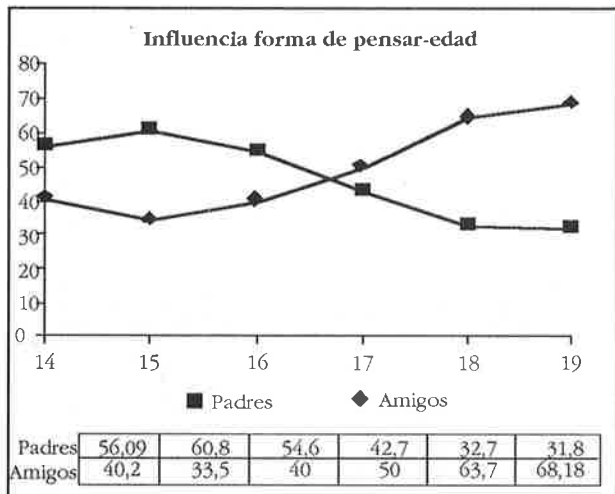


Figura 8. Porcentaje comparativo acerca de la influencia en la forma de pensar adolescente de padres y amigos.

padres son considerados como muy buenas, se observa más confianza en ellos que en sus amigos y profesores, las connotaciones hacia ellos son altamente positivas, consideran que sus opiniones se tienen en cuenta en casa y que son animados por estudios o consecuciones personales. También se hace referencia a adecuada relación "entre" los padres, que frecuentemente se ha asociado a incremento de seguridad en sí mismos de los hijos, autoconcepto y disminución de la conflictividad generacional.

Nuestro análisis observa más coincidencia con los valores de los amigos y un incremento significativo en el transcurso de las edades analizadas de la influencia de los mismos, por "comparación". Recordemos que todo ello no conlleva diferencias significativas en las connotaciones positivas, conceptualización de relaciones positivas, etc.

Con ello indicamos que la influencia de los amigos no decrece la de los padres e incluso la aumenta, si proceden como suele suceder del mismo estrato social. (Keniston)⁽¹⁰⁾. Kendler refiere que adolescentes muy vinculados a sus amigos no rechazan los valores paternos, ni se sienten emocionalmente distanciados de sus padres. La relación con los compañeros ayudará a configurar la propia identidad en la búsqueda de una relativa independencia y no menguará profundamente la influencia de los padres, ni incrementará tumultuosos conflictos generacionales (Fig. 8).

La pertenencia estable al grupo de amigos fácilmente potenciará la estabilidad, predecibilidad y control en la interacción social, permitiendo asumir roles y conductas adecuadas (Boyce⁽¹²⁾). Larsen⁽¹³⁾ establece diferencias, indicando que el adolescente confía más en sus padres en áreas que afectan a su futuro y más en los amigos en opiniones sobre el presente, deseos y necesidades actuales.

Son muchos los autores que refieren la existencia generalizada de conflicto generacional, entre los que podemos citar a Bandura⁽¹⁴⁾, T. Alexander⁽⁵⁾, C. Rogers⁽⁶⁾, Donoban⁽¹⁵⁾, Adelson⁽¹⁶⁾, Douvan y Adelson⁽¹⁷⁾, Bandura y Walters⁽¹⁸⁾, Kandell y Lesser⁽¹⁹⁾, Offer⁽²⁰⁾, Sorensen⁽²¹⁾, Lowenthal⁽²²⁾, etc.

Bandura es uno de los autores más decididos en el tema, considerando ficción y mitología la conceptualización de la adolescencia como tumultuosa, rectificando la injustificada creencia del indiferenciado rechazo hacia los padres.

Se han citado varios motivos que han podido favorecer esa falsa idea, existiendo algunos fundamentales como el conocimiento empírico escaso del adolescente sano y la generalización injustificada desde adolescentes patológicos vistos en consulta, al resto de la población. Otros motivos secundarios indicarían que se tiene más en cuenta sucesos poco corrientes de algunos adolescentes, que lo que ocurre en la generalidad de la población (es más noticiable hablar del adolescente pendenciero, que del que pasa una vida tranquila con sus padres).

Tampoco podemos olvidar en el origen de la falsa creencia la conceptualización de profecía autocumplida mencionada por Douvan y Adelson⁽¹⁷⁾.

Cada vez son menos los autores que aceptan la conflictividad generacional generalizada y las estadísticas tampoco apoyan esta creencia. Yankelovich encuentra que el 51% de los adolescentes disfruta de la compañía de sus padres y Moraleda⁽²⁴⁾ cita que el 70% de los adolescentes consideran buena la calidad de la convivencia con sus padres, el 88% refiere a la familia entre sus intereses más valorados y el 30% piden a sus padres que sigan exactamente como hasta ahora.

Los conflictos generacionales de entidad, en forma de rebeldía grave, oposicionismo y antagonismo, no son moneda común en la adolescencia y forman parte de algunos adolescentes conflictivos, de los que no podemos generalizar a toda la adolescencia. Entendemos, como Horts Nickel⁽²⁵⁾, que existen factores que

14

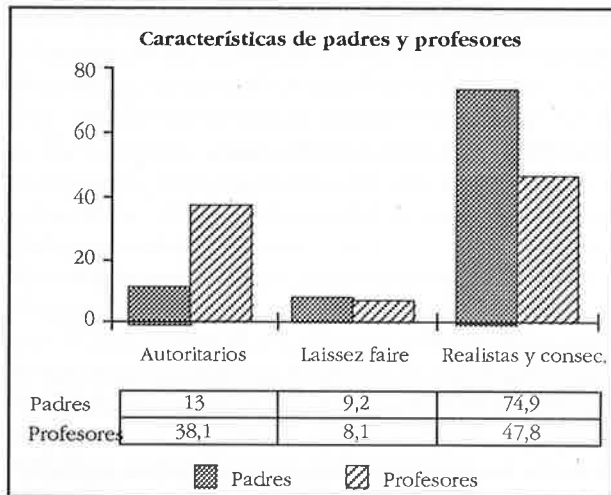


Figura 10. Consideraciones comparativa de las características adjudicadas por los adolescentes hacia sus padres y profesores.

Conviene ser conscientes, en cuanto a las connotaciones de autoritarismo, que la libertad es un valor preferente en los adolescentes de todas las culturas (Feather)⁽⁴¹⁾ y el margen del autoritarismo es mínimamente soportado. Conocida la moral postconvencional adolescente, que no admite medias tintas y denuncia la falsedad del mundo adulto, resulta fácil deducir que los adultos, sean profesores o no, si se muestran autoritarios e intransigentes, sólo incrementarán el rechazo y la oposición. Las consecuencias de un estilo educativo autoritario son bastante conocidas. Nos referimos a los profesores percibidos como autoritarios por ser una de las conclusiones relevantes, aunque indicamos que la educación no es competencia exclusiva del profesorado, ni son los únicos responsables de la misma, compartiendo esta tarea con la sociedad entera, con especial incidencia en la política educativa, la familia y los modelos sociales de máxima relevancia.

El segundo resultado de interés es que los varones adolescentes muestrales, con diferencias significativas respecto a las hembras, consideran más autoritarios a

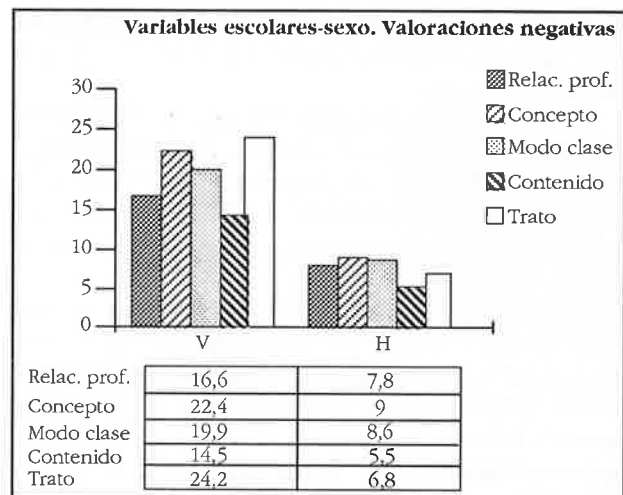


Figura 11. Consideraciones negativas (Mal o Muy Mal) sobre algunas variables escolares, en función del sexo.

sus profesores, coinciden menos con sus valores, perciben que su opinión se tiene menos en cuenta en clase, consideran peor las relaciones con el profesorado, valoran menos el modo de dar las clases y el contenido de las mismas, refieren peor trato del profesorado, se consideran menos responsables y estudian menor número de horas.

Nos resultará interesante investigar en un futuro este mayor distanciamiento proporcional de los varones en áreas escolares (Fig. 11).

De momento dejamos constancia de que la proporción de estudiantes femeninos de BUP y COU ha aumentado del 46% en 1975 al 54% en 1991, su presencia en estudios universitarios de grado superior ha pasado del 42% en 1980 al 54% en 1990, incrementando su porcentaje en absolutamente todos los estudios universitarios y superando en proporción a los varones en Biología (56%), Filosofía y Ciencias de la Educación (73%), Filología (72%), Geografía e Historias (63%), Farmacia (69%), Medicina (51%) y Psicología (77%). La proporción se ha igualado en Químicas y en Derecho (50%)⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gil Calvo E. *El País*, mayo 1993.
- 2 Ruiz Sanz, López Villalobos, Sánchez Azón. *Análisis sobre la*

autopercepción de la necesidad de asistencia en Salud Mental por Depresión en adolescentes. Comunicación en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao, 1993.

- 3 López Villalobos, Ruiz Sanz, Sánchez Azón. *Trastornos de conducta perturbadores en salud mental*. Libro de las XI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Arán, Madrid, 1993:264.
- 4 López Villalobos, Ruiz Sanz, Sánchez Azón. *Conflicto generacional en la adolescencia*. Libro III Congreso de la Infancia y Adolescencia. INFAD. Universidad de León. 1993.
- 5 Theron Alexander. *Psicología Evolutiva*. Madrid 1988.
- 6 Berthe. *Desarrollo Social del niño y del adolescente*, Barcelona. 1986.
- 7 Hall GS. *Adolescence: its psychology and its relations to physiology anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Nueva York: Appleton, 1904.
- 8 Piaget. Citado en Ajuriaguerra. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona. 1983.
- 9 Ajuriaguerra. id. número 8.
- 10 Keniston K. Youth as a stage of life. En: *Youth the seventy-fourth yearboow of the national society for the study of education*. Chicago: University Chicago Press, 1975.
- 12 Boyce. Social support family relations and children En: Cohen S, Syme SL, eds. *Social support and health*. Academic Press. Londres, 1985.
- 13 Larsen LE. The influence of parents and peers during adolescence: The situation hypothesis revisited. *Journal of marriage and the family* 34,67,1972.
- 14 Bandura A. *Principios de modificación de conducta*. Salamanca, 1983.
- 15 Donoban WL, Leavit LA, Balling LD. Maternal physiological response to infant signals. En: *Psychophysiology* 1978;15:68-74.
- 16 Adelson J, Green B, O'Neil. Growth of the idea of adolescence development at psychology 1969;1:327-332.
- 17 Douvan E, Adelson J. *The adolescent experience*. Nueva York: Wiley, 1966.
- 18 Bandura A, Walters R. *Social learning and personality development*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston, 1963.
- 19 Kandell D, Lesser GS. *Youth in the worlds*. San Francisco: Jossey Bass, 1972.
- 20 Offer D. *The psychological world of the teen-ager: A study of normal adolescent boys*. Nueva York: Basic Books, 1969.
- 21 Sorensen RC. *Adolescent sexuality in contemporary America*. Nueva York: World, 1973.
- 22 Sarafino EP. *Desarrollo del niño y del adolescente*. México. 1988.
- 23 Yankelovich D. *The new morality: A profile of american youth in the 70*. N.Y. Mc Graw Hill, 1974.
- 24 Moraleda M. *Psicología del Desarrollo*. Barcelona, 1992.
- 25 Horst Nickel. *Psicología del desarrollo de la infancia y la adolescencia*. Barcelona, 1978.
- 26 Pelechano. Familia, stress y enfermedad. En: *Análisis y Modificación de conducta*. Vol 17. nº55. 729. Valencia, 1991.
- 27 Funes Artiaga J. Los adolescentes socialmente problemáticos. *Comunidad y Drogas*. Monografías, 1990:29.
- 28 Carretero M, Palacios J, Marchesi A. *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid 1985.
- 29 Lerner RM, Spainer GB. *Adolescent development: A life span perspective*. Nueva York: McGraw-Hill, 1980.
- 30 Coleman JC. *The nature of adolescence*. Londres: Methuen. 1980.
- 31 Mc Conville BL, Boag LC, Purohit AP. Three types of childhood depression. *Can J Psychiatr* 1973;18:133.
- 32 Godpaille WJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. 4ª edic:1802.
- 33 Medina León A. Epidemiología de las depresiones En: *Paidopsiquiatría*. P.T.D. España. Barcelona, 1988.
- 34 Lavin NJ. Urban-Rural differences in rates of disorder. A comparative psychiatric population study of Norwegian adolescents. En: Graham PJ. *Epidemiological approaches in child psychiatry*. Academic Press, London, 1977:223.
- 35 Easson WM. Depression in adolescence. En: Feinstein SC, Giovachini PL. *Adolescent psychiatry*. Aronson, New York, 1977:257.
- 36 Bomba J. La depresión en el adolescente. *Rev Confrontaciones psiquiátricas* nº 24-27, 1990.
- 37 Albert N, Beck AT. Incidence of depression in early adolescence: A preliminary study. *J Youth Adol* 1975;4:301.
- 38 Horwitz. En: Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community, the Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock. Publications London, 1980.
- 40 Lembo JM. *¿Por qué fracasan los profesores?* Madrid, 1973.
- 41 Feather NT. Values in adolescence. En: Adelson J. *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley, 1980.

- 18 nes) con TDAH con sintomatología depresiva asociada (CDI > 19). El primer grupo tenía una edad media de ocho años y diez meses y todos eran diestros menos dos zurdos. El grupo con sintomatología depresiva tenía una edad media de nueve años y cinco meses y la totalidad eran diestros.

Equipos

Se utilizó para el estudio un EEG polígrafo Van Gogh 50.000, conectado a un equipo Brain Mapping Biologic que elabora mapas cerebrales desde señales electroencefalográficas procedentes de 20 electrodos, situados según el sistema 10-20 internacional, con referencial medio.

Se disponía de un sistema de vídeo intercalado entre ambos equipos, que permitía almacenar la señal de EEG de forma estable, visualizarla y seleccionar el trazado más representativo y libre de artefactos para su análisis posterior.

El equipo de cartografía cerebral trabajó con una constante de tiempo de 0,3 segundos, un paso de filtro alto a 35 Hz y una impedancia de los electrodos inferior a 5 Kohm.

El software del equipo de cartografía cerebral posee un potente paquete estadístico que permite elaborar mapas medios y de desviación típica de cada grupo. Para el análisis estadístico intergrupos de empleó el programa SPSS/PC+

Procedimientos

La señal electroencefalográfica de cada niño era grabada en vídeo a lo largo de todo el registro. La obtención de esta señal se realizó en cuatro situaciones psicofísicas diferentes: 1) ojos cerrados, 2) ojos abiertos, 3) memorización verbal y 4) memorización visual. En cada situación, el registro se llevó a cabo en períodos de 60 a 90 segundos. Antes de proceder al registro, con los electrodos ya colocados, se dejaba pasar dos minutos de adaptación y relajación. En la situación 1, el niño debía permanecer tranquilo, relajado, con los ojos cerrados y la luz apagada. En 2, el niño abría los ojos, y con la luz encendida, miraba fijo a un punto. Para la memorización verbal⁽³⁾, se pedía al niño que escuchara con atención un cuento de ocho proposiciones, señalándole que luego debería repetirlo lo mejor posible. Las proposiciones eran leídas cada 30 segundos y, una vez

finalizado el cuento, se indicaba al niño que permaneciera relajado, con lo ojos cerrados y memorizando el cuento. Con las luces apagadas se iniciaba el registro. Al terminar el tiempo marcado de registro, el niño narraba lo que recordaba del cuento, puntuando con 1 cada proposición correcta y con 2 si se mencionaban las palabras clave de las proposiciones que las llevaban. En la situación 4 se procedía de forma análoga a la anterior, presentando al niño una figura geométrica compleja durante un minuto e indicándole que luego tendría que dibujarla lo más parecida posible. Pasado el tiempo de atención visual, permanecía con los ojos cerrados y la luz apagada memorizando el dibujo, mientras se realizaba el registro. Una vez terminado, debía dibujar lo que recordaba de la figura geométrica. Cada figura simple reconocible y bien colocada suponía dos puntos, y uno si no estaba bien situada.

En todo momento se disponía de información visual del trazado EEG, tanto en pantalla como en papel. A lo largo de todo el registro se mantuvo un ambiente de semiaislamiento.

Con posterioridad, cada registro fue visualizado en la pantalla del equipo de cartografía cerebral y se seleccionaron los trazados de cada situación más nítidos, con menos artefactos y más precoces. Se eligieron las señales más tempranas para intentar homogeneizar más la muestra y asegurar, en lo posible, que en ese momento estaba realizando las operaciones de memorización. Sobre estas señales seleccionadas, se hizo el análisis cartográfico en períodos de cuatro segundos. De esta forma, se obtuvieron mapas cerebrales para cada sujeto y en cada situación psicofísica. Con ellos se formaron los dos grupos de estudio (TDAH con y sin depresión) y, mediante el programa estadístico del equipo, se crearon mapas de medias y de desviación típica, de cada grupo y en cada situación.

Sobre los mapas de medias y desviaciones típicas de cada grupo se realizó el análisis estadístico. Para ello se elaboraron los mapas sumariales de cada situación para cada grupo, lo que permitió obtener las variaciones de la distribución de la potencia, según el rango de frecuencias. Se seleccionaron cuatro rangos de frecuencia de acuerdo con la distribución clásica de las frecuencias y de la edad media de la muestra estudiada. Así, se estableció la banda theta entre los 2 y los 7,5 Hz, la banda alfa entre los 8 y los 12 Hz, la banda beta-1 entre los 12,5 y los 20 Hz y la banda beta-2 entre los 20,5 y los 30 Hz. Se prescindió de las frecuencias más lentas para evitar artefactos oculares.

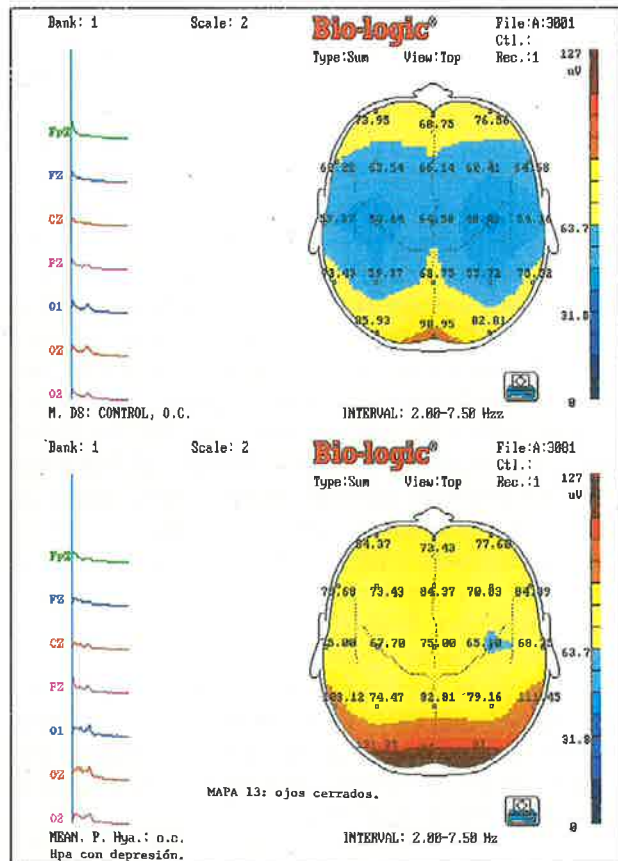


Figura 1.

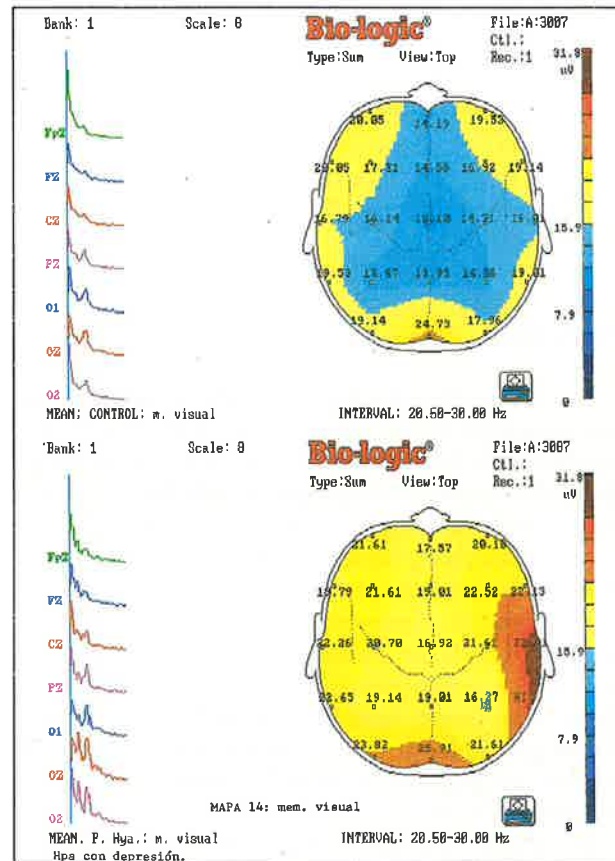


Figura 2.

En cada banda de frecuencias se obtuvieron los valores numéricos de media y desviación típica de cada uno de los electrodos de registro. De esta forma, se crearon mapas medios y de desviación típica de cada uno de los cuatro rangos de frecuencia útil establecidos, para las cuatro situaciones psicofísicas estudiadas. Se realizó un análisis estadístico punto a punto, sobre las 21 variables básicas de cada mapa entre los dos grupos de estudio, y se definió la significación de las diferencias estadísticas.

RESULTADOS

En la situación de ojos cerrados se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($F= 4,1903$; $p= 0,019$) en Oz en la banda theta (Fig. 1). En este punto el

grupo con sintomatología depresiva mostró una potencia media de 185,41 mV frente a los 105,20 mV del grupo sin depresión. El resto de los valores obtenidos con los ojos cerrados, y para las diferentes bandas de frecuencia, no señalaron diferencias significativas entre los grupos.

El registro con lo ojos abiertos y durante la situación de memorización verbal no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos en ninguno de los puntos estudiados ni en ninguna de las bandas analizadas.

Durante la memorización visual en Oz, para la banda theta, se obtuvieron valores de potencia significativamente diferentes ($p < 0,05$) entre los de sintomatología depresiva ($x= 139,58$ mV) y el grupo control ($x= 88,02$ mV). Por otra parte, en esta misma situación, el análisis de la banda beta-2, señala diferencias con respecto a los valores registrados en T4 y T6 (Fig. 2). El grupo con

- 20 síntomas depresivos obtuvo en T4 16,27 mV (Sx= 10,41) y en T6 33 mV (Sx= 23,43). El grupo sin síntomas depresivos tenían valores de potencia en T4 de 12,76 mV (Sx= 8,33) y en T6 de 18,75 mV (Sx= 9,89). El valor de la F para T4 y T6 fue, respectivamente, de 3,2118 ($p= 0,047$) y de 3,4111 ($p= 0,039$). El resto de los datos recogidos no señalaron diferencias significativas entre los dos grupos.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio preliminar señalan diferencias significativas, en el patrón de actividad cerebral, entre los niños con TDAH con sintomatología depresiva y aquellos diagnosticados también de TDAH pero en los que no se evidenciaron síntomas depresivos. Por otra parte, las diferencias encontradas corresponden a situaciones psicofísicas concretas -vigilia con los ojos cerrados y memorización visual-, lo que sugiere la existencia de un trastorno en los mecanismos de activación cerebral para tareas o situaciones estímulares específicas. En este sentido, se ha señalado que existen diferentes niveles de activación cerebral en función de los mecanismos de exploración puestos en marcha (Gianitrapani, 1971).

La situación de ojos cerrados es considerada como basal: en ella no se exige una actividad cognitiva concreta y no se presentan estímulos significativos. Por el contrario, la situación de ojos abiertos supone un cierto grado de atención al solicitar que mantenga la mirada en un punto. Los resultados obtenidos sugieren que los niños con TDAH y sintomatología depresiva poseen un nivel basal de activación cerebral más bajo que el de los niños con TDAH sin síntomas depresivos. Al mismo tiempo, la puesta en juego de mecanismos básicos de atención, durante la situación de ojos abiertos, normaliza el nivel de activación de los niños con TDAH y síntomas depresivos, haciéndolo equivalente al del otro grupo. Estos datos se complementan con los obtenidos entre niños con TDAH sin síntomas depresivos y niños control sanos (Cabanyes y cols., 1990) donde no existían

diferencias entre los dos grupos, en el análisis global de las bandas de frecuencia, en las situaciones descritas. Por otra parte, la falta de estabilidad de la actividad lenta occipital a lo largo de las diferentes situaciones estudiadas, inclina a pensar que no se trata de la expresión de un fondo electrogénico inmaduro.

Durante la memorización visual el grupo con síntomas depresivos mostró un patrón neurofisiológico significativamente distinto del de los niños con TDAH sin sintomatología depresiva. El sentido de estas diferencias no es fácil de determinar. El aumento de la potencia en banda lenta, con localización occipital, en los que presentaban síntomas depresivos, parece indicar un nivel de activación cerebral más bajo que en el otro grupo, en concordancia con lo obtenido en la situación basal. Por otra parte, la presencia, en el mismo grupo, de valores altos de potencia en la región temporal derecha, en la banda rápida, representa una mayor activación de esta zona en clara relación con su funcionalidad neuropsicológica. Posiblemente se trate de un mecanismo de compensación parcial al déficit de fondo, en el contexto de la estructura dinámica de las funciones cerebrales (Luria, 1973). Es decir, los niños con TDAH y síntomas depresivos parecen poseer o precisar un mayor nivel de activación temporal derecha, para el procesamiento espacial de señales visuales.

CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio preliminar señalan que el comportamiento neurofisiológico, en los niños con TDAH, varía con la presencia o no de sintomatología depresiva.

Por otra parte, las diferencias obtenidas están en relación con el tipo de tarea realizada, sugiriendo hipótesis psicofisiológicas en la patogenia de este trastorno.

Por último, los resultados de este estudio, que, si bien, requieren posteriores corroboraciones con muestras más amplias, apuntan la utilidad de la cartografía cerebral en la evaluación de la sintomatología depresiva en los niños con TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC, 1987.
- 2 Borden KA, Brown RT, Jenkins P, Clingerman SR. Achievement attributions and depressive symptoms in attention deficit-disordered and normal children. *J School Psychol* 1987; **25**:399-404.

- 3 Brown RT, Borden KA, Clingerman SR, Jenkins P. Depression in attention deficit-disordered and normal children and their parents. *Child Psychiat Hum Develop* 1988;**18**(3):119-132.
- 4 Cabanyes J, García de León M, Polaino-Lorente A, González L. Cartografía cerebral en la hiperactividad infantil. *Rev Neurofisiol Clin* 1990;**3**(3-4):39-47.
- 5 Conners CK, Abbott Laboratoires. North Chicago, 1973. *Cuestionario de conducta en la escuela* (CCE). Traducción y adaptación: Narbona, J Dept. Pediatría. Univ. Navarra, 1986.
- 6 Conners C.K, Abbott Laboratoires. North Chicago, 1973. *Cuestionario de conducta infantil*. (CCI). Traducción y adaptación: Narbona, J. Dept Pediatría Univ Navarra, 1986.
- 7 Garner WR. Prueba de atención selectiva: clasificación rápida (ASCR) *Amer Psychol* 1979;**25**:350-358. Producción y adaptación: Polaino-Lorente A y cols. Madrid, 1988.
- 8 Gianitrapani D. Scanning mechanism and the EEG. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1971;**30**:139-146.
- 9 Jensen JB, Burke N, Grafinkel BD. Depression and symptoms of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;**27**(6):742-747.
- 10 Kovacs M. Univ Pittsburg. *Inventario de depresión infantil*. (CDI). Traducción y adaptación: Polaino-Lorente A y cols. Las depresiones infantiles. Madrid, 1988.
- 11 Luria AR. *The working brain*. New York: Basic Books 1973:187-225.
- 12 Quay HC, Peterson DR. Univ Miami, 1983. *Inventario revisado de problemas de conducta* (IRPC). Traducción y adaptación: Polaino-Lorente A y cols. Madrid, 1988.
- 13 Rosenberg M. *Cuestionario de autoestima* (CA). Traducción y adaptación; Garcia Torres, B. El autoconcepto. Universidad Complutense, Madrid, 1982.
- 14 Spielberger C y cols. Consulting Psychologists Press. Palo Alto 1970. *Cuestionario de ansiedad infantil* (CAI). Traducción y adaptación: García Giral M, Cuesta L, Toro J. Dept. Psiquiatría, Universidad de Barcelona, 1986
- 15 Taylor E, Thorley G, Wieselberg M. Inst Psychiatry. London. *Evaluación de los síntomas infantiles por medio de los padres* (ESPI). Traducción y adaptación: Polaino-Lorente A y cols. Madrid, 1988.
- 16 Wechsler D, Wechsler Intelligence Scale for Children. Manual Psychological Corporation, New York, 1949. *Escala de Inteligencia para niños de Wechsler* (WISC). Tea, Madrid, 1982.

M. J. Mardomingo Sanz
M. L. Catalina Zamora
B. Escudero
C. Medrano

Síndrome de Munchausen por poderes: a propósito de un caso clínico

Sección de Psiquiatría Infantil
Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Munchausen syndrome by proxy: a clinical case

Correspondencia:

M^a J. Mardomingo Sanz
Sección de Psiquiatría Infantil
Hospital Gregorio Marañón
C/ Dr. Esquerdo 46, 28007 Madrid.

RESUMEN

El síndrome de Munchausen por poderes es una enfermedad pediátrica en la cual los síntomas son inventados, fabricados o falsificados por los padres, preferentemente la madre. Se trata de un proceso grave que causa la muerte en el 12% de los niños que lo sufren y que rara vez se diagnostica. A partir de un caso clínico se hace una revisión de algunas de las características más sobresalientes de este trastorno, destacando la psicopatología de la madre, las dificultades diagnósticas y terapéuticas y las pautas recomendadas.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Munchausen; Maltrato; Trastornos ficticios.

ABSTRACT

In Munchausen syndrome by proxy a parent, usually the mother, causes a fictitious disease in a child, resulting in death in 12% of the cases. From a case study this paper presents information about the mother psycopathology, management, treatment and diagnostic criteria.

KEY WORDS

Munchausen syndrome; Child abuse; Fictitious disease.

INTRODUCCIÓN

El término de síndrome Munchausen por poderes se utiliza para definir un cuadro en que los padres y sobre todo la madre, inventan, falsifican o producen síntomas en el niño. Es decir, se trata de un trastorno ficticio en el que uno de los progenitores de forma voluntaria fabrica síntomas en el niño, con el propósito de satisfacer diversas necesidades psicológicas.

Este síndrome fue descrito por primera vez por Rogers en 1976⁽¹⁾, aunque fue Meadow en (1977)⁽²⁾ el que utilizó por primera vez el nombre con el que actualmente se conoce.

No se sabe la incidencia real del trastorno, debido principalmente a la dificultad de diagnosticarlo. En las últimas dos décadas se han descrito varios casos de niños hospitalizados en unidades pediátricas.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años que ingresa en el servicio de Pediatría por presentar un cuadro clínico y analítico compatible con una meningitis decapitada, para el que se instaura tratamiento. A los tres días del ingreso se produce deterioro cognitivo, practicándose una segunda punción lumbar que es normal y observándose un enlentecimiento de la actividad bioeléctrica cerebral en el EEG. Se sospecha una posible encefalitis, no obstante los síntomas clínicos desaparecen rápidamente y al niño se le da de alta. Antes de llevarse, la madre refiere la presencia de sangre en heces, circunstancia no observada por el personal.

A los pocos días reingresa de nuevo. Según la madre tiene febrícula desde el alta. Durante el ingreso presenta un *rash* eritemato-habonoso que después desaparece y que es filiado como de probable etiología alérgica. Dado de alta, ingresa de nuevo a los 15 días. Según la madre tiene fiebre diaria en picos, mareos con caída al suelo, y deterioro cognitivo. La exploración neurológica de funciones no corticales, fondo de ojo, EEG, RNM y analítica son normales, excepto discreto aumento de enzimas hepáticas.

Durante el ingreso se observan fluctuaciones del estado cognitivo, con fases de mejoría y otras de acusado empeoramiento en las cuales destaca: desorientación temporal, dificultad de centrar la atención, deterioro de memoria reciente y remota, dificultades para el

cálculo, escritura y razonamiento abstracto. El niño presentó también de forma súbita, un cuadro de hiperactividad, euforia, desinhibición, sentimientos de poder y bienestar, midriasis, sudoración y temblor, de unas horas de duración.

La madre permanece todo el tiempo con el niño en el hospital, mientras el padre suele estar ausente. Las visitas de familiares y amigos son muy escasas. En este ingreso se observa que la conducta del niño cambia en presencia de la madre, mostrándose poco espontáneo, dependiente y con síntomas agudizados.

La madre participa activamente en los cuidados de enfermería del niño, le quita y pone el termómetro, avisa a las enfermeras cuando tiene fiebre e informa a los médicos de las constantes, diuresis, número de deposiciones, etc.

Antecedentes patológicos

El niño ha ingresado en seis ocasiones en este hospital. La madre niega que haya tenido ingresos en otros centros. El primer ingreso fue al mes y medio de vida por una diarrea desde el nacimiento. Es diagnosticado de intolerancia digestiva secundaria a enteritis, sin embargo la madre asegura que tuvo una intolerancia a la lactosa y sacarosa precisando restricciones dietéticas. El segundo ingreso se produce a los dos años por un cuadro febril de dos meses de evolución con espectoración hemoptoica, según la madre, que no se confirma en el hospital. La madre asegura que el niño ha convivido con un hermano tuberculoso, lo cual resultó ser falso. Ingresa de nuevo a los tres y cuatro años por dos procesos febriles que ceden rápidamente en el hospital. Tras ser dado de alta del último, reingresa inmediatamente con un cuadro de miosis, bradicardia e hipertensión que se etiqueta de crisis vagal. En esta ocasión se solicita interconsulta con Psiquiatría Infantil, reseñándose marcada dependencia de la madre y dificultades de socialización. El sexto ingreso tiene lugar a los ocho años por traumatismo craneal leve.

Antecedentes obstétricos

La madre refiere que el embarazo fue normal y a término. El parto, aunque precisó forceps, fue también normal. En un ingreso previo del niño, la madre comunicó que el parto no precisó instrumental pero fue postérmino y prolongado.

24 El embarazo fue no deseado ya que le habían recomendado no quedarse embarazada ante el riesgo de complicaciones cardiológicas. A lo largo del embarazo fue ingresada por presentar hipotensión arterial e hipoglucemia.

Refiere también que la lactancia fue artificial pues dar el pecho al niño le producía "crisis de taquicardia".

Señala la existencia de dos abortos gemelares previos de cuatro y cinco meses de gestación de causa no filiada.

El marido confirma estos datos pero no existe ningún informe médico respecto de los mismos.

Composición de la familia

El padre tiene 60 años. Ha sido marino mercante, aunque en los últimos años ha trabajado como autónomo. Está aquejado de patología pulmonar y presenta cierta dificultad de deambulación secundaria a traumatismo. La madre tiene 40 años, sana, dice ser periodista.

Tienen dos hijos: una niña de 11 años, sana, y el paciente de 10 años.

El padre enviudó hace años y tiene cuatro hijos del matrimonio anterior. Uno de ellos murió a los 18 años de tuberculosis pulmonar, tras una etapa de convivencia con su segunda mujer. No es posible conocer las circunstancias de esta muerte.

Interacción familiar

La madre transmite una visión idílica de su familia. Define a sus hijos como "fantásticos", la relación con su marido como "maravillosa" y la unión entre todos "como una piña". En su opinión el niño es cariñoso, independiente, está bien adaptado en el colegio y no tiene dificultades de socialización. Cursa 4º de EGB con "excelente" rendimiento escolar. Niega que sufra alteraciones del sueño o apetito ni de tipo digestivo; sin embargo, el padre informó que el niño tiene intolerancia a distintos alimentos, con diarrea y dolor abdominal que desaparecen cuando se ausenta la madre. En la evaluación psiquiátrica que se hizo del niño a la edad de cuatro años en un ingreso anterior, se recogen datos muy significativos; la madre refería que el niño era muy "inquieto", "independiente" y no presentaba problemas en relación con otros niños. Esta descripción contrasta vivamente con la conducta del niño en la planta, que permanece dentro de la habitación, se niega a salir para

jugar con otros niños, tiene que darle de comer la madre y sólo duerme recostado sobre ella. Por tanto hay una discrepancia evidente entre la versión que da la madre de las características de comportamiento del hijo y lo que se observa durante el ingreso; es decir, la madre tiene una percepción distorsionada del niño.

Otro dato interesante es la percepción del hijo por parte de la madre como algo "dañino" o "peligroso". El embarazo podía ser causa de múltiples complicaciones médicas y la lactancia materna motivo de taquicardias. Asimismo cuando el niño se duerme sobre la madre a ésta le duele una úlcera gástrica. Esta agresividad latente hacia el hijo queda enmascarada por conductas de sobreprotección.

La percepción que la madre tiene de sí misma y de su marido también es contraria a lo observado. La madre se define como tranquila y al marido como duro y exigente, sin embargo el psiquiatra que atendió al niño cuando tenía cuatro años, describe a la madre como una mujer nerviosa y controladora y al padre como un hombre débil, poco implicado en la educación de los hijos y en el control familiar. Esta impresión se ratifica en el ingreso actual.

La hermana del paciente, que se sepa, no presenta ningún antecedente pediátrico, ni sintomatología actual.

Antecedentes médicos e historia personal de la madre

Respecto a sus antecedentes médicos niega patología excepto jaquecas frecuentes. En ingresos previos ha informado de la existencia de múltiples enfermedades como carditis reumática, úlcera gástrica y degeneración del nervio óptico, de las que no informa en este ingreso.

Niega la existencia de antecedentes psiquiátricos aunque el marido describe una reacción depresiva severa tras la muerte del padre. No se detecta la resistencia de síntomas psicóticos previos.

La *historia personal* que aporta la madre es imprecisa en cuanto a datos concretos y fechas y está cargada de fabulaciones y contradicciones. Un resumen de la misma sería: nacida en Sudamérica de una familia de clase alta; vivió una infancia "maravillosa". Habla con gran admiración de su padre, falleció según se supo posteriormente, de una cirrosis alcohólica. Desde los 16 años viajó por varios países llevando una vida de lujo y fiestas que le permitieron conocer a personas famosas y de alto

nivel económico. Este mundo lo descubrió a través de un hombre rico, amigo de su padre y de edad similar a él, que hacía funciones de tutor. Durante estos años estudió periodismo, danza y arte dramático. En este ambiente conoció a su marido, que trabajaba para su tutor, quien se negó al matrimonio de la pareja por ser su actual marido un hombre mayor que ella y de menor nivel cultural y económico. Volvió a España embarazada de su primera hija a quien el tutor nombró heredera. Tras su vuelta ha trabajado en distintos medios de comunicación. Anualmente viaja al país de su tutor con su hija mayor, quedándose el niño en España con su padre.

Cuando volvieron del extranjero convivieron con un hijo del marido, de un matrimonio anterior, que falleció a la edad de 18 años, diagnosticado de tuberculosis pulmonar (no se han podido aclarar las circunstancias de esta muerte). La madre asegura que ella le enseñó a vivir, le ayudó a cambiar de vida y quiso salvarle llevándole fuera de España para que le estudiaran su enfermedad. En ocasiones siente el impulso y la necesidad de ir al hospital donde falleció con el fin de investigar las circunstancias de la muerte. Niega estudios médicos o paramédicos (posteriormente su marido informó que estudió durante dos años una carrera técnica paramédica sin conseguir finalizarla).

Esta historia tan enjundiosa la aporta, sin extrañarse de que puedan interesar estos aspectos de su vida personal para el diagnóstico y tratamiento de su hijo. Con frecuencia cambia la versión de los hechos y añade nuevos detalles de forma que lo relatado adquiere más viveza, y ella más protagonismo. Su tendencia a la fabulación es muy marcada. Su aspecto físico es juvenil; su forma de vestirse y peinarse son poco habituales para su edad.

Características psicopatológicas de la madre

A lo largo de varias entrevistas y tras contrastar parte de la información con la obtenida del marido se pueden inferir varios datos:

- Existe una clara necesidad de admiración, sus fabulaciones más características están relacionadas con un estatus social y cultural que no posee (una nota que remitió al personal médico, contenía numerosas faltas de ortografía y un estilo incompatible con su supuesta profesión de periodista).

- Existe una idealización de la figura paterna. También idealiza la figura del tutor y la relación que mantenían sus padres.
- Tiene una imagen desvalorizada de su marido; dice de él, que se ha “estancado en la vida”, mientras ella siempre ha estado “estudiando, progresando e investigando”.
- Identifica a su hijo con el hijo de su marido fallecido, les compara por su parecido físico, incluso tienen el mismo nombre. A la hija la identifica con el tutor y parece tener la fantasía de que él es el verdadero padre.

25

Datos de sospecha de síndrome de Munchausen por poderes

La revisión de la historia médica y psiquiátrica previa y la evaluación actual hicieron sospechar la existencia de un síndrome de Munchausen por poderes. Los datos principales que llevaron a esta sospecha fueron:

- La existencia de una historia médica actual poco frecuente en cuanto a manifestaciones clínicas y curso, y el antecedente de múltiples ingresos previos por síntomas de larga evolución que desaparecieron de forma rápida tras el ingreso.
- La presencia de rasgos de carácter anómalos en los distintos miembros de la familia consistentes en trastorno histriónico de la personalidad de la madre asociado a un claro rechazo latente hacia el hijo que oculta con conductas de sobreprotección, rasgos pasivos y dependientes del padre y conductas de dependencia del niño respecto a la madre.

Curso y tratamiento

Tras la sospecha de síndrome de Munchausen por poderes se comenzó a tomar la temperatura del niño siempre en presencia del personal de enfermería, con lo que no se objetivó más fiebre; se determinaron tóxicos en sangre y orina, detectándose la presencia de doxilamina en ambos medios. La doxilamina, al igual que otros antihistamínicos, provoca somnolencia, y, a dosis altas, intoxicación anticolinérgica, que cursa con sintomatología confusional, apatía, euforia y síntomas periféricos como enrojecimiento cutáneo, hipotensión, midriasis y temblor.

La sintomatología cedió completamente al aislar al niño de los padres.

26 Tras la confirmación del diagnóstico, se comunicó a los padres por separado las evidencias de intoxicación que existían. La madre inicialmente acusó al marido y al personal de enfermería de ser los causantes de la intoxicación; incluso tras la confrontación continuó su tendencia a la confabulación. El padre no reconoció de forma explícita la conducta de su mujer, sin embargo, su actitud pasiva cambió, acompañando a partir de entonces al niño y a la madre a todas las revisiones médicas.

Se dio parte al juez con el fin de que se establecieran las medidas tutelares adecuadas y se informó del diagnóstico al pediatra de zona del niño. En el momento actual, pasados tres meses del diagnóstico, el niño acude a revisión periódica a pediatría y a psiquiatría y los padres han aceptado iniciar tratamiento psiquiátrico.

DISCUSIÓN

En este caso se dan muchas de las características descritas por otros autores en cuadros similares.

La sintomatología somática del niño era fluctuante, prolongada y poco compatible con ningún cuadro clínico conocido. Existían antecedentes de múltiples ingresos previos, con síntomas igualmente extraños y de evolución poco habitual. En estos ingresos la madre aportó información falsa que hizo sospechar diagnósticos que no se confirmaron. Además existía una historia de problemas físicos fuera de los períodos de ingreso, principalmente diversas intolerancias alimentarias.

La conducta de la madre durante el período de hospitalización, en que permaneció de forma casi continua en el hospital, y actuó como una enfermera más, ha sido también descrita con frecuencia⁽³⁻⁵⁾.

La escasa presencia del padre y otros familiares también son características del cuadro⁽³⁾.

En la madre se detectan una serie de rasgos típicos del trastorno histérico de personalidad: dramatización, emotividad, necesidad de ser el centro de atención; tendencia a la distorsión de la realidad y pseudología fantástica. Este diagnóstico también se describe en otros casos de síndrome de Munchausen por poderes⁽⁶⁾.

La pseudología fantástica y la distorsión de la realidad son síntomas claves para el diagnóstico. La madre no sólo inventó distintos síntomas y enfermedades en ella y en el hijo, sino que relató una historia de éxitos profesionales, económicos y personales que luego se demostró falsa. Es difícil aclarar qué acontecimientos

relatados por la madre son falsos, ya que algunas de las fabulaciones son creídas por las personas de su entorno, no obstante, tras hablar con la familia siempre se detecta alguna contradicción que ayuda al diagnóstico.

La madre había iniciado estudios paramédicos que había sido incapaz de finalizar. Esta característica ha sido descrita en la literatura⁽⁷⁾.

En la historia obstétrica de esta mujer destaca una actitud de rechazo hacia el embarazo y el antecedente de embarazos gemelares que concluyeron en aborto. En otros casos se ha descrito circunstancias similares^(1,8-10). También se ha observado el uso de tratamientos por infertilidad sin ser necesarios^(2,11). La existencia de dos embarazos gemelares previos pueden hacer sospechar el uso de estos tratamientos, que en este caso no ha podido ser confirmado.

La escasa presencia del padre no sólo se produce en el hospital, sino también en el medio familiar. Meadow⁽⁷⁾, en una revisión de casos de síndrome de Munchausen por poderes, encuentra un alto porcentaje de padres con ocupaciones que les obligan a permanecer largas temporadas fuera de casa. En el caso descrito, el padre ha sido durante años marino mercante, por lo que ha permanecido largas temporadas viajando. El padre suele estar poco implicado en los cuidados y la educación del hijo^(2,3,12,13).

Por último, conviene comentar la actitud del personal médico ante un síndrome de Munchausen por poderes. En primer lugar parece posible que algunos casos queden sin diagnosticar por la falta de sospecha. Al médico, inicialmente le cuesta trabajo pensar que los padres puedan ser los causantes de la enfermedad. En fases posteriores y cuando el niño ha sido sometido a numerosas pruebas traumáticas e incluso a intervenciones quirúrgicas, es todavía más difícil sospechar y aceptar la etiología real del cuadro.

Una vez que se sospecha la existencia de un síndrome de Munchausen por poderes las dos medidas para confirmar el diagnóstico son las siguientes:

- En primer lugar, buscar la existencia de contradicciones y mentiras en la historia médica y personal aportada.
- En segundo lugar, aislar al niño de los padres.

Estas medidas que confirmarían el diagnóstico, y que son tan inocuas para el niño, no se realizan, prefiriendo continuar con pruebas que son más lesivas. La causa de esta actitud es el temor a que la sospecha sea falsa, y la falta de entrenamiento y aceptación de una labor que es más detectivesca que médica.

BIBLIOGRAFÍA

27

29

- 1 Rogers D, Tripp J, Bentevim A, Robinson A, Berry D, Goulding R. Non-accidental poisoning: an extended syndrome of child abuse. *Br Med J* 1976; **1**:793-796.
- 2 Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; **2**:343-345.
- 3 Guandolo VL. Munchausen syndrome by proxy: An outpatient challenge. *Pediatrics* 1985; **75**(3):526-530.
- 4 Meadow R. Fictitious epilepsy. *Lancet* 1984; **2**:25-28.
- 5 Nicol AR, Eccles M. Psychotherapy for Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985; **60**:344-348.
- 6 Catalina ML, Mardomingo MJ. Síndrome de Munchausen por poderes: Revisión de 32 casos (en prensa).
- 7 Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; **57**:92-98.
- 8 Lorber J, Reckless J, Brendan W. Nonaccidental poisoning: the elusive diagnosis. *Arch Dis Child* 1980; **55**:643-646.
- 9 Clark GD, Key JD, Rutherford P, Bithoney WG. Munchausen syndrome by proxy (child abuse) presenting as apparent autoerythrocyte sensitization syndrome: an unusual presentation of Polle syndrome. *Pediatrics* 1984; **74**(6):1100-1102.
- 10 Alexander R, Smith W, Stevenson R. Síndrome de Munchausen por poderes en serie. *Pediatrics (ed esp)* 1990; **4**:205-209.
- 11 Clayton PT, Counahan R, Chantler C. Munchausen syndrome by proxy. *Lancet* 1978; **1**:102-103.
- 12 Reig C, Herrera M, Nebreda V, Urbon A, García J, Cuadrado P. Síndrome de Munchausen por poderes. *An Esp Pediatr* 1986; **25**(4):251-256.
- 13 Makar A, Squier PJ. Munchausen syndrome by proxy: Father as a perpetrator. *Pediatrics* 1990; **85**(3):370-373.

30 puede exacerbar un ya elevado nivel de ansiedad en unas personas ya sensibilizadas, retrasando la aparición del clima idóneo para una relación terapéutica positiva.

Un programa que incorpore el contacto rutinario entre pacientes/familiares y el personal de salud mental es la mejor garantía de que la intervención psicológica no dependa de la posible aparición de un trastorno especial.

El modelo básico del programa consiste en prevenir dentro de lo posible e intervenir, cuando se presentan en los problemas de unas personas, en principio normales, que atraviesan una difícil situación. Se parte de la confianza en la capacidad de los seres humanos para afrontar con éxito situaciones adversas; ya Tavormina y cols.⁽²⁾ señalaron que los estudios confirman que en poblaciones infantiles de enfermos crónicos es más frecuente la normalidad que la existencia de trastornos psicológicos, lo que han confirmado trabajos posteriores^(3,4). Lewis y Armstrong (1977-78)⁽⁵⁾ subrayan la importancia de conocer la conducta de la infancia normal cuando se trabaja con pequeños con cáncer. El autor afirma que la tendencia a valorar como patológicas las respuestas habituales es contraterapéutica, por ejemplo, interpretar como depresión psicótica o negativismo las conductas de retraimiento de niños pequeños sometidos a procedimientos dolorosos frecuentes. Rutter (1980)⁽⁶⁾ insiste en la necesidad de estudiar la influencia de las experiencias adversas en el desarrollo posterior del niño, y considera que la existencia de problemas en la infancia puede tener efecto positivo en la capacidad posterior para afrontarlos. Mrazek (1985)⁽⁷⁾ encontró que un 25% de los niños que sufren ingresos hospitalarios manifiestan respuestas de afrontamiento positivas.

Los padres pueden sentirse tranquilizados cuando se les da a conocer que la depresión, durante el período inmediato al diagnóstico, es normal. Suministrar este tipo de información durante la intervención psicológica inicial, ayuda a prevenir preocupaciones innecesarias y proporciona un punto de referencia objetivo. Todo ello confirma a niños y padres que cuanto están sintiendo es normal y, por extensión aceptable. Así pues, la atención psicológica más que aumentar los sentimientos de estigmatización, puede desempeñar un papel contrario, el de la normalización.

En los casos en que el niño sea remitido a tratamiento psicológico por plantear problemas de conducta, continúa siendo importante discutir la cuestión con el paciente y su familia, presentándola como algo que

ocurre a muchos niños en situaciones de estrés y evitando el etiquetado psicopatológico.

Rehabilitación a corto plazo

El programa de tratamiento psicosocial subraya la vuelta a los patrones de funcionamiento premórbidos, siempre que sean adaptativos. Obviamente el diagnóstico de cáncer en un niño es un evento traumático y no sería realista esperar que el niño o su familia vayan a ser los mismos después de lo ocurrido. Es terapéutico, sin embargo, suscitar la reanudación de una serie de hábitos que constituyen la "normalidad" de vida del paciente y aprovechar todos los avances médicos disponibles (Port-a-cath, fármacos antieméticos, antidepresivos como coadyuvantes del tratamiento del dolor,...) a fin de conseguir reintegrarlo a su ámbito cotidiano. La vuelta del niño a la escuela es un ejemplo de esta normativa. Otra decisión importante es reanudar las relaciones con sus amigos y la práctica de actividades paraescolares, incluyendo las laborales y deportivas en el caso de los adolescentes.

La ayuda psicoterápica debe dirigirse a facilitar que sean el niño y su familia quienes dispongan de recursos de autoayuda. Como norma de actuación, se considera poco terapéutico establecer intervenciones a largo plazo.

Información/Preparación

Un principio fundamental del programa es que los individuos son más capaces de tratar con los hechos estresantes cuando poseen información relevante acerca de los mismos que cuando la ignoran. Esta noción ha recibido validación empírica sustancial^(8,9).

Los libros para padres, las discusiones sobre la enfermedad y el tratamiento adaptadas a la edad del paciente, ciertas visitas a laboratorios, la preparación conductual para intervenciones médicas, y la no ocultación de lo que se va a hacer, son recursos ciertamente importantes. También es esencial para el tratamiento psicosocial que el profesional de la salud mental esté abierto a la discusión con el niño y su familia, compartiendo con ellos los objetivos y métodos terapéuticos.

Familia: unidad adaptativa

La forma en que familia, compañeros y profesionales perciban al niño con cáncer puede determinar el grado

Tabla 1 Profesionales implicados en el "Programa Psicosocial" para niños con cáncer

<i>Responsables de aspectos médicos</i>	<i>Responsables de aspectos psicosociales</i>
Pediatra	Psicólogo / Psiquiatra
Oncólogo	Terapeuta ocupacional
Enfermera	Monitor de hospital
Cirujano	Asistente social
Radioterapeuta	Familia / Escuela
Fisioterapeuta	Grupo social

de alteración que el paciente experimente⁽¹⁰⁾; de ahí la importancia que se da en el programa a los distintos ámbitos del niño.

Por otro lado, la atención psicosocial debe dirigirse no sólo a los efectos que la enfermedad y su tratamiento ejercen sobre cada uno de los miembros de la familia, sino también a la interacción entre ellos. Si se considera la familia como unidad adaptativa, se hace más patente la utilidad de incluir a sus miembros como observadores y participantes en el tratamiento. Actuando así se reduce la probabilidad de percepciones distorsionadas que pudieran llevar a incrementar las fricciones familiares.

Por ejemplo, los hermanos que ven al niño enfermo salir de casa para ir al hospital a recibir el tratamiento y volver a casa con un juguete, pueden sentirse menos recelosos si tienen oportunidad de observar lo hostil de los procedimientos médicos sufridos por el paciente durante lo que previamente habían considerado un día de asueto.

Considerar a la familia como unidad de apoyo evita la sensación de aislamiento del paciente y favorece preservar la integridad de los patrones adaptativos premórbidos. Huelga decir que las dificultades de relación previas al diagnóstico que puedan existir en algunas familias dificultarán la rehabilitación; si ello ocurre, es aconsejable establecer una intervención psicoterápica.

Comunicación profesional estructurada

Para que un programa psicosocial resulte útil, en un ambiente médico, debe tener el soporte del equipo sanitario responsable. Las reticencias y prevenciones iniciales pueden afianzarse y las expectativas desmedidas desgastarse rápidamente si no se mantiene una buena comunicación entre todos los profesionales del programa. En el ambiente sanitario convencional, el

médico tiene la máxima responsabilidad en el tratamiento del niño. Es obligación del profesional de la salud mental proporcionar información de tal forma que ayude al tratamiento. Algunas medidas útiles para alcanzar este objetivo son:

- La consulta psicosocial debe ser iniciada tras la solicitud del médico. Esto no impide el contacto rutinario entre el equipo psicosocial y los pacientes, ni significa que otros profesionales no puedan solicitar la consulta. En estos casos, sin embargo, debe obtenerse la conformidad del médico. Esta manera de actuar sitúa la intervención psicosocial en un contexto estructurado, formando parte de la atención oncológica del niño. El médico es el encargado de presentar el psicólogo/psiquiatra a la familia.
- Todos los contactos psicosociales deben quedar registrados en la historia médica, y enviarse copias, de forma rutinaria, al médico que formula la consulta.
- Conviene que las notas escritas sean breves, se evite la jerga y se procure el uso de descripciones conductuales objetivas tanto de las impresiones clínicas como del plan terapéutico. Una anotación del tipo de "paciente muy deprimido" suele ser menos útil que resúmenes concisos de información relevante que planteen problemas y estructuren planes futuros, omisión frecuente en los tratamientos psicológicos. El valor de las notas escritas se multiplica con las comunicaciones personales con el médico.

La coordinación entre los miembros del equipo es básica, y supone una tarea que exige una perfecta definición de atribuciones. Dicha labor puede ser desarrollada por distintos miembros del equipo, puesto que lo importante son sus funciones y no la persona que las ejerce, pero quizás por una mayor disponibilidad y facilidad de acceso, sea algún miembro del equipo de enfermería quien mejor pueda desempeñar este papel (Tabla 1).

Definición del papel de los profesionales implicados

Que en el ámbito médico las funciones de los diferentes profesionales se solapen es un hecho bastante frecuente. Si nos referimos al tratamiento psicosocial, quizás todavía sea más habitual. Muchos profesionales creen que ellos, mejor que nadie, poseen los atributos básicos considerados como los principales componentes de una buena atención psicosocial -empatía, cali-

J. Tomás i Vilaltella

Orientación terapéutica del
fracaso escolar y estructuras
psicopedagógicas de apoyo

Unidad de Psiquiatría. Jefe de Unidad
Hospital Universitario materno-Infantil Vall d'Hebron
Facultad de Medicina U.A.B
Profesor asociado de Psiquiatría
Barcelona.

*School failure: therapeutical
guidance and psychopedagogical
structures*

RESUMEN

El autor revisa las indicaciones terapéuticas en los trastornos en la adquisición de las capacidades escolares, con especial mención de la etiopatogenia de la alteración global del aprendizaje escolar. Se citan los distintos tratamientos tanto desde un punto de vista pedagógico como psicológico, o de atención general.

PALABRAS CLAVE

Fracaso escolar; Trastorno del aprendizaje escolar;

ABSTRACT

The author revises the therapeutic indications around the learning disabilities, with special mention about general perturbation of school learning. It is mentioned the different treatments: pedagogical, psychological around all disturbances.

KEY WORDS

School failure; School learning disabilities

GENERALIDADES. INTRODUCCIÓN

Conceptualmente el trastorno del aprendizaje escolar señala las dificultades en la progresión escolar que pueda presentar un niño o adolescente, dentro de un sistema de enseñanza establecido por una sociedad-ambiente. Las expectativas sociales hacia un rendimiento escolar es distinto de un país a otro, como también la duración de la escolaridad.

De un 20 a un 25 % de los niños de primaria presentan dificultades importantes del aprendizaje, si bien esta cifra recoge dos tipos de dificultades:

- a) Los que presentan trastornos generales con afectación de todas las capacidades con rendimiento global inferior, cuya causa habitualmente es debida a trastornos intelectivos, físicos, afectivos o socioculturales.
- b) Los que presentan trastornos específicos del aprendizaje, con alteración de una determinada capacidad a adquirir en la escuela: lectura, escritura o cálculo, sin que se acompañe de alteración intelectual, ni sensorial (visión y audición correcta), ni se aprecien alteraciones motoras, ni alteraciones afectivas, ni deprivaciones o carencias socioafectivas o socioculturales.

Estos últimos están circunscritos en su inicio a un déficit específico y no afectan a otras capacidades, aunque a lo largo de la evolución la dificultad manifiesta perturbará el desarrollo de las otras capacidades.

Llama la atención, desde un punto de vista epidemiológico, que si bien las alteraciones de lectura son más frecuentes entre niños, las dificultades en cálculo lo son más entre las niñas.

ENFOQUE GLOBAL DE LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE. ANAMNESIS Y ACTITUD FRENTE AL PACIENTE

El niño a explorar presenta una problemática compleja que debe explorarse, cuidadosamente y con precisión. Se precisará en primer lugar las características de la dificultad motivo de la petición de atención, objetivando su evolutividad, las asociaciones sintomáticas, los problemas acompañantes que quizás padece el estudiado; determinaremos también las alteraciones o dificultades relacionadas con la familia, así como con el grupo social, la escuela y finalmente con sus compañeros.

Tabla 1 Trastornos específicos del desarrollo de las capacidades escolares (I). CIE-10. F81

Generalidades

La adquisición de habilidades está deteriorada desde el inicio del desarrollo;

- a) El deterioro no es sólo, consecuencia de una falta de oportunidad para el aprendizaje.
- b) No se debe a un trauma o enfermedad cerebral adquirida.
- c) Estos trastornos se originan en anomalías del proceso cognitivo derivado de alguna disfunción neurobiológica.
- d) Son más frecuentes en niños que en niñas

Estos trastornos de aprendizaje no son resultado de otros trastornos (deficiencia mental, déficits neurológicos globales, problemas visuales o auditivos no corregidos o trastornos emocionales, aunque puede asociarse a ellos).

Aparecen a veces en conjunción con otros síndromes clínicos (déficit de atención, trastornos de conducta) u otros trastornos de desarrollo (trastorno específico del desarrollo de la función motora o del desarrollo del habla y del lenguaje)

Esencialmente se valorará:

- a) La personalidad del niño, su sistema de relacionarse, su forma de presentarse, si su afectividad es defensiva o establece un buen contacto relacional, si presenta miedos, angustia, etc.
- b) El nivel verbal y manipulativo de su CI, a través de escalas fiables.
- c) El nivel de adquisición real escolar y su valor en relación a la norma de progreso establecida por el estado.
- d) Las características de exigencia de aprendizaje del colegio al cual asiste el estudiado, comparándolas con las exigencias legalmente establecidas.
- e) Cuidadosamente se debe descartar la presencia de trastornos de tipo inhibitorio, bloqueos, alteraciones neuróticas, relacionales de carácter severo o leve.
- f) El nivel de maduración psicomotriz, descartando la presencia de dificultades tales como la agitación, la inestabilidad, lentitud, fatigabilidad precoz y déficit de atención secundario; al mismo tiempo debe objetivarse el estado de su maduración de la lateralidad, tono, ritmo, espacialidad, temporalidad, visuomotricidad, coordinación, escritura, lectura, cálculo, etc.).
- g) El desarrollo del lenguaje tanto verbal como escrito es ilustrativo.

Analizar, valorando la repercusión que pueda tener en su aprendizaje, si:

Tabla 2 Trastornos específicos del desarrollo de las capacidades escolares (II). CIE-10. F81

Hay cinco tipos de dificultades diagnósticas

- a) *Primero*: es necesario diferenciar los trastornos, de las variaciones de la normalidad los procesos escolares.
- b) *Segundo*: valorar el síntoma en función del momento de desarrollo. Por dos razones:
 1. Gravedad, p. ej. un año de retraso en la lectura a los siete años tiene un significado muy diferente de un año de retraso a los 14 años;
 2. Cambio en la manifestación clínica, así un retraso del habla se resuelve en preescolar si sólo es una alteración del lenguaje, pero en otras ocasiones después le sigue un retraso específico de lectura.
- c) *Tercero*: las capacidades escolares se tienen que aprender y enseñar; no son una simple consecuencia de la maduración biológica. Dependerá de circunstancias familiares y de la enseñanza así como de las características individuales.
- d) *Cuarto*: no hay manera sencilla de poder diferenciar qué es lo que causa la dificultad de lectura y qué es consecuencia de la poca capacidad de lectura o simplemente está asociada a ella.
- e) *Quinto*: hay una gran confusión sobre la forma de clasificar estos trastornos

1. Su actitud en clase es de: distracción, inestabilidad, demasiado calmada y tranquila, pasividad, lentitud, inatención, agitado...
2. En el recreo: no tiene contacto con sus compañeros de clase, tiene una actitud cerrada, se manifiesta con exabruptos, está inhibido y tiene miedo, es atolondrado, es demasiado agitado, desorganiza el juego de los demás, si es chantajista, tiranizador, regresivo-infantil, dependiente de los educadores,...
3. En el aprendizaje y adquisición de hábitos sociales, si come correctamente, si se lava y se viste solo; su lentitud para ayudar y colaborar en la resolución de las tareas de su casa, si es grosero y maleducado, impulsivo, si ayuda en casa a los padres y por último si practica actividades de ocio más o menos correctamente a tenor de su edad o no.

TRASTORNOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

Los trastornos generales del aprendizaje, afectan como ya hemos señalado a la totalidad de las capacidades a adquirir, de forma simultánea. En su mayoría son pasajeros.

Reconocen causas de tipo familiar, afectivo, socioeconómica y escolares.

Etiopatogenia familiar

Las relaciones familiares pueden influenciar directamente el rendimiento escolar.

1. La exigencia excesiva por parte de los padres, o una reglamentación intrafamiliar demasiado rigurosa hacia el niño con actitud agobiante, o bien una expectativa de rendimiento excesivamente elevada, puede llevar al niño a sentirse incapaz de satisfacer las necesidades del medio y producir en consecuencia una respuesta de distensión y apatía con pérdida de la autoestima y deterioro de la confianza en sí mismos.
2. La rivalidad entre hermanos, puede en algunos casos ser motivo de dificultades escolares, sobre todo cuando los padres comparan los resultados entre ambos, ya que entonces pueden darse dos tipos de reacción: una, el niño reacciona a la maniobra de emulación (probable en las primeras ocasiones); dos, el niño se retrae, renuncia y se desinteresa, buscando otros medios de interacción, que pueden ser de tipo negativo (probable cuando la emulación comparativa se repite de forma insistente o agobiante)
3. La tensión encubierta, en la familia, la discordia franca y declarada entre los padres o familiares, las disputas más o menos frecuentes, la separación o divorcio de los padres, desencadenan preocupaciones y sufrimientos emocionales más o menos intensos en el niño que pueden interferir su capacidad de organizarse y de progresar en el desarrollo de un trabajo intelectual eficaz.
4. Cuando la familia ejerce un sistema de control excesivamente relajado o permisivo de forma abierta o encubierto en determinadas actitudes educativas que no conllevan un compromiso de interacción padres/hijos, se generan actitudes en los niños con hábito de trabajo pobre, escasa autoexigencia y autodisciplina. Se produce una resistencia hacia las exigencias escolares tanto de rendimiento como normativas en general. Estos niños no estarán preparados ni motivados para aprender y encuadrarse en una acción de grupo normalmente reglamentada.

Etiopatogenia afectiva

En función de determinados aspectos de tipo personal, ligados a su endogeneidad madurativa el niño puede presentar perturbaciones generales del aprendizaje.

Tabla 3 Trastornos específicos del desarrollo de las capacidades escolares (III). CIE-10. F81

Criterio diagnóstico

- a) En primer lugar, un nivel de alteración clínicamente significativa en la capacidad escolar específica. Se puede valorar la gravedad a través de:
 - 1. Definida en términos escolares,
 - 2. Por los antecedentes en el desarrollo (retardos del desarrollo en el período preescolar, en el habla y en el lenguaje);
 - 3. Por los problemas asociados (trastornos de atención, hiperactividad, trastorno emocional o dificultad de comportamiento);
 - 4. Por la respuesta a la estimulación pedagógica (las dificultades no remiten rápida y fácilmente con mayor ayuda en casa y/o en la escuela).
- b) En segundo lugar, la alteración debe ser específica, no es consecuencia de un retardo mental, ni grave ni medio ni leve.
- c) En tercer lugar, la alteración aparecerá en el desarrollo, o sea desde el inicio y no habrá aparecido más tarde a lo largo de la actividad educativa.
- d) En cuarto lugar, no encontraremos factores externos que justifiquen las dificultades escolares.
- e) Por último, no se encontrarán a la exploración ni alteraciones visuales ni auditivas no corregidas.

- 1. Determinados niños presentan actitudes de oposición, o tienden a respuestas de confrontación frente a los adultos que intentan de alguna forma "disciplinarlos" sobre todo si el sistema es autoritario (generalmente las actitudes explicativas y pacientes distienden este tipo de respuesta). Las dificultades aparecen secundarias a esta oposición, a la presión y a las expectativas de los adultos con rol de autoridad (padres, profesores).
- 2. El niño que de forma permanente está en actitud depresiva, o triste, no puede, ni utiliza toda la energía que conviene para un aprendizaje correcto. El mal rendimiento escolar es un equivalente depresivo conocido, acompañante del síndrome de depresión en la infancia. Si el niño está en trabajo de duelo por la pérdida de un familiar, o por la separación de los padres o divorcio, puede durante un tiempo (hasta su recuperación parcial) desmotivarse por el trabajo escolar.
- 3. Si presenta, de forma sostenida, un nivel alto de ansiedad y tensión con sentimientos asociados de incapacidad para conseguir avanzar en el aprendizaje, se producirá también un trastorno generalizado.

Tabla 4 Trastornos específicos del desarrollo de las capacidades escolares (IV). CIE-10. F81

Se incluye:

- a) Trastorno específico de lectura;
- b) Dislexia;
- c) Trastorno específico de ortografía;
- d) Trastorno específico de aritmética: Discalculia;
- e) Trastorno mixto de habilidades escolares;
- f) Déficits de aprendizaje

Su energía psíquica está totalmente comprometida en su estrés. La ansiedad disminuye notablemente la capacidad de atención, aumenta la inestabilidad a través de la evitación, afecta la memorización a través de la inseguridad y disminuye la capacidad de organización intelectual.

- 4. En ciertos niños la presencia de conflictos neuróticos más o menos importantes pueden afectar las relaciones con sus padres, profesores o amigos; influyendo en su rendimiento escolar y provocando dificultades globales.
- 5. El miedo al fracaso en niños de carácter inhibido, temerosos, que presentan a menudo fracasos repetidos en otras actividades actuales o pasadas; hipersensibles, con una autoexigencia muy elevada, o con reacción exagerada frente al fracaso o cualquier tipo de dificultad, explica que algunos no se decidan a iniciar una determinada tarea por miedo a fracasar de nuevo.
- 6. Algunos comportamientos como la inestabilidad, la hiperactividad, la agresividad, la impulsividad o las conductas caracteriales, no encajan bien en el colegio y son mal aceptadas, tanto por parte de los profesores como por parte de los compañeros; desencadenan un tipo de relación tensa a diversos niveles que da lugar a conflictos y altercados; se dificulta el desarrollo de un clima de confianza conveniente que facilite la enseñanza y el aprendizaje de forma armónica.

Etiopatogenia sociocultural

El ambiente social en el que se desarrolla un niño influye en el modelado de sus motivaciones y tiene por tanto un impacto sobre el aprendizaje, incrementando tanto la noción de éxito como de dificultad.

- 40
1. Los distintos factores sociales que pueden influir más o menos directamente sobre el rendimiento escolar, son por ejemplo el nivel de ganancias de los padres, las condiciones de hábitat familiar y condiciones de vida que los padres tengan, el grado de armonía familiar, la presencia o ausencia de los padres por motivos laborales, etc. La calidad de vida en las clases altas, difiere del de las clases inferiores. Los niños de los medios deprivados padecen fácilmente un estrés ambiental manifiesto, con mayor frecuencia de familias disociadas, preocupaciones y angustias económicas que puedan romper la armonía ambiental, espacios reducidos y exigüos que limitan la posibilidad de la amplitud en las actividades del niño. Los niños de los medios con nivel más favorecido viven en situación más favorable al estudio, las instalaciones son más confortables, suele haber un menor nivel de tensión ambiental y una mayor capacidad de ayuda tanto para el aprendizaje como para atender un problema emocional cuando es necesario.
 2. Está comprobado que los niños cuyo origen es de un medio socioeconómico y sociocultural deprivado no aprenden al mismo ritmo que los de origen más bien acondicionado. Inicialmente se creía que la razón de esta situación dependía del CI global, puesto que los niños de medios deprivados presentan un descenso medio de 15 puntos al CI global respecto a los niños de origen socioeconómico desarrollado. Pero los estudios recientes ponen de manifiesto que la diferencia es más sutil, ya que los niños de un medio deprivado desarrollan un comportamiento básicamente ligado a la acción real y directa, por tanto actúa el pensamiento concreto (CI, No verbal), mientras que los niños de medio favorecido están más estimulados y desarrollan más las capacidades de tipo verbal, lingüístico y abstracto (CI, Verbal). Estas diferencias con la edad aumentan. El aprendizaje escolar favorece y depende básicamente del CI Verbal (hablar, leer, escribir); los niños de los medios más deprivados están, de origen, más en situación de precariedad al ingresar en la escuela que los otros.
 3. Los objetivos y los valores que el medio escolar típicamente preconiza como la limpieza, el orden, la puntualidad, el espíritu competitivo, el rendimiento, corresponden más a los sistemas culturales de los medios favorecidos que no al de los deprivados. El sistema de valores propuesto por la escuela es el correspondiente a la clase dominante de la sociedad.

Las familias en situación de deprivación, no pueden a menudo proporcionar los medios necesarios para estructurar un aprendizaje escolar de forma total, tanto en función de una determinada capacidad de estimulación como en función de medios disponibles.

Etiopatogenia escolar

Cada vez más los trabajos especializados marcan que las características de la enseñanza, a través del método utilizado o por las peculiaridades del profesorado, puede ser causa de dificultad en el aprendizaje.

Para algún autor este factor etiopatogénico es el más importante de todos, puesto que sólo el 10/15% de las dificultades en el aprendizaje escolar reconocerían un origen genético, familiar o social, mientras que el resto hasta la totalidad del porcentaje de mala evolución de aprendizaje escolar, en una área social determinada, debe situarse en una causalidad dependiente del método y del profesorado.

Esta reflexión es importante para despsiquiatrizar y despsicologizar a un grupo importante de la población, que por sus dificultades de progresión en el aprendizaje, puedan ser sometidos a tratamientos innecesarios, cuando la causa radica en situaciones de conflicto mucho más sencillos y comunes.

1. Determinados comportamientos escolares, cambios de profesor, sustituciones, vacaciones, huelgas, etc, están más determinadas por las necesidades de los adultos que no de los niños. Determinadas participaciones en contestaciones sociales pueden ser negativas para la progresión del aprendizaje, en función de la edad del alumno y en relación a la actividad desarrollada.
2. Las clases con excesos de alumnos, con determinadas características físicas, la distribución horaria de las clases en función del esfuerzo que se requiere tanto en atención como en dificultad de comprensión no están adecuadas al ritmo biológico del día y del nivel de cansancio sino determinado por otros intereses.
3. La deserción de autoridad escolar y su desplazamiento a la familia, sobrecargando de "deberes" el horario en casa perturba el equilibrio relacional afectivo-estimulativo global padres/hijos.
4. Determinadas conductas del profesorado que no percibe que es un modelo importante de identificación para el alumno, la actividad humillante hacia el

niño o hacia su familia en clase, las actitudes de exigencia excesiva, la falta de estimulación y de valoración de progreso, o el no saber positivar siempre la conducta a pesar del fracaso manifiesto en el rendimiento.

Conductas que si bien no son frecuentes, en determinados casos pueden ser la desencadenante de un bloqueo o dispersión de atención de un alumno y condicionar su "dificultad" en la progresión de aprendizaje".

ÁRBOL DE DECISIÓN TERAPÉUTICA GENERAL DE LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

A) El desarrollo del rendimiento escolar puede ser adecuado o inadecuado:

1. Si es adecuado no hay lugar a planteamiento terapéutico.
2. Si es inadecuado pondremos en marcha recursos educativos que signifiquen un incremento en las posibilidades de aprendizaje: Clases de recuperación; apoyo pedagógico en casa; sistematización de deberes; clases particulares; modificación de su situación en el aula, del trato del profesorado, distribución de responsabilidades, etc.; control de la sistematización del trabajo escolar; atención incrementada, o descenso del nivel de control; premios y pagos.

B) El incremento en oportunidades e incremento en recursos educativos puede ser adecuado o inadecuado:

1. Si es adecuado, el problema sólo se limita a conocer el tiempo durante el cual el niño debe recibir un trato diferenciado.
2. Si es inadecuado obliga a plantearse si es necesario: el establecimiento de un programa especial educativo (escuela especial) y/o establecer una valoración del funcionamiento sensorial periférico.

C) Si la valoración del funcionamiento sensorial periférico es inadecuado obliga a una orientación de enseñanza especializada a tenor de las deficiencias sensoriales que se determinen. Pero si tal funcionamiento sensorial es normal debe valorarse si existe un déficit global de capacidades que orientarían hacia las escuelas especiales al alumno.

D) Si no existe una alteración global de la capacidad intelectual, se necesita determinar las características del funcionamiento cognitivo el cual puede ser adecuado o inadecuado:

1. Si es inadecuado se orienta hacia los programas de reeducación. Que deben resolver el problema.
2. Si es adecuado o bien con los recursos anteriores no se resuelve el problema precisa de una orientación psiquiátrica para su resolución.

CONSECUENCIAS GENERALES DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

La presencia de alteraciones generales o específicas del aprendizaje corre el peligro de provocar alteraciones sobre la vida afectiva del niño, ya que debido a ello se enfrenta durante muchas horas cada día a obstáculos y fracasos.

El niño que fracasa en la escuela recibe continuamente de forma regular mensajes verbales y valoraciones negativas del entorno, escolar, familiar y social. Poco a poco va convenciéndose de que es idiota o estúpido, incapaz de conseguir salir adelante.

Si esta situación perdura, se perderá la motivación hacia el aprendizaje, y lentamente desarrollará un sentimiento de desconfianza hacia sí mismo, puesto que su desconfianza en ser capaz de hacer algo se generaliza a otras actividades de tipo extraescolar.

Se desencadena lentamente un espiral de fracaso, en círculo vicioso, puesto que el miedo al fracaso, lleva a un descenso en la productividad por inseguridad y como evitación de sufrir la herida narcisista de constatación de la incapacidad, lo cual lleva indefectiblemente al fracaso por falta de producción, con lo que se consigue el fracaso real y secundariamente la confirmación del miedo al fracaso del principio.

Como consecuencia pueden desencadenarse, fobia escolar, síntomas neuróticos, trastornos somáticos de expresión psicológica.

Si el fracaso perdura, y se repite, el daño en la autoestima se irá acrecentando, pudiéndose desencadenar una alteración de estilo caracterial de conducta, o pueden aparecer trastornos del comportamiento.

El niño se desmotiva como ya hemos señalado antes, se descorazona, se repliega sobre sí mismo y se desinteresa de los otros niños del grupo puesto que su nivel de competitividad está fracasado, en función del modelo escolar propuesto.

Se margina de la clase. A mayor abundamiento los fracasos, las sanciones, las reprimendas de los padres y

Tabla 5 Clasificación multiaxial francesa*6.05. Trastornos del razonamiento*

a) Alteración del pensamiento (CI normal o elevado), que se acompaña de fracaso en el aprendizaje, tanto del cálculo, como de la lectura y dificultad en encontrar la respuesta adecuada a problemas concretos.

b) Las escalas de pensamiento lógico contribuyen a ponerlos en evidencia y descubren la heterogeneidad cognitiva que subyace en este tipo de alteración.

Incluir:

- a) Trastorno cognitivo no deficitario.
- b) Disarmonía cognitiva.

Excluir:

- a) Deficiencia intelectual y retardo global del desarrollo.
- b) Trastorno de atención, inestabilidad psicomotriz.

de los profesores aumentan más esta sensación personal del niño de ser un incapaz.

No es infrecuente que estos niños desarrollen una conducta agresiva, perturbadora e incluso que cometa algún pequeño delito, que tiene para él un fin de revalorización y de demostrarse una determinada capacidad, ni que sea la de afrontar un cierto peligro.

Con tal conducta podrá demostrar a los ojos de sus compañeros que si bien sus resultados escolares no son buenos sí que es capaz de saltarse las reglas escolares y ser más valiente con lo que sus malos resultados, cobran entonces un significado distinto: el de la rebeldía.

RECURSOS PEDAGÓGICOS PARA ALUMNOS CON DIFICULTADES EN LA ADQUISICIÓN DE CAPACIDADES ESCOLARES

Educación especial en clase normal

La asistencia en una clase regular, si bien es sin duda la mejor opción y la que produce menos problemas, para los alumnos afectados de dificultades globales en la adquisición de capacidades escolares, requiere una planificación de la enseñanza muy cuidadosa, con un profesorado muy capacitado y preparado, el esfuerzo de un equipo interdisciplinar formado: por el maestro, el psicólogo y el psicopedagogo terapeuta como mínimo si se quiere garantizar una correcta evolución de los problemas que van más allá de un trastorno adaptativo, reactivo, o defectual simple.

La mera ubicación en una clase normal no es en sí mismo una garantía de una progresión escolar y adaptación social suficiente.

En la clase regular, el profesor de educación especial debe tener una posibilidad para poder convertirse en un consultor del profesor normal, y poder suministrar el material adecuado al alumno con déficit global de aprendizaje y además poder ayudar tanto en enseñanzas en apoyo del aprendizaje como en posibilitar la adaptación. El profesor regular también debería disponer de preparación adecuada para poder suplir el trabajo del profesor especial, si fuera necesario.

Clase de recuperación

La clase de recuperación es un lugar para la práctica de asistencia y asesoría a los alumnos con dificultades en el progreso básico regular de la clase; o sea aquellos que están afectados de retardo simple global de escasa intensidad.

La mayor parte del día escolar, estos alumnos permanecen en su clase normal habitual.

En la clase de recuperación se hace oferta de una mayor flexibilidad en la progresión de los conocimientos, con un grupo de alumnos mucho más restringido y una mayor dedicación personalizada del profesor encargado.

La mayoría de alumnos con dificultades en la progresión global de aprendizaje progresan y mejoran gracias a este tipo de ayuda.

Aula especial

El aula especial es uno de los primeros recursos que se han utilizado en los colegios públicos, oficialmente, para ayudar a los alumnos con dificultades en la progresión y adquisición de capacidades escolares.

En el aula especial clásicamente se considera que debe haber pocos alumnos.

El número ideal se sitúa entre 6-10 niños al mismo tiempo. El profesor debe disponer de una gama amplia de material para poder trabajar que le permita una actividad pedagógica, altamente individualizada, metódica y bien supervisada, con elevada intensidad instructiva.

Cuanto más baja sea la relación numérica entre profesor y alumnos, más alta será la capacidad instructiva, al mismo tiempo que más individualizada estará la

relación y permitirá que el alumno tenga tiempo y posibilidades para progresar.

Cuando los alumnos presentan alteraciones severas del aprendizaje, el aula especial permite intervenciones más adecuadas, con un tiempo más correcto y una elaboración de programas más eficaces, de acuerdo a las necesidades de ayuda que existan.

Algunas aulas especiales están diseñadas para alumnos con problemas semejantes, por ejemplo los de alteración del aprendizaje global con origen madurativo psiconeurológico, mientras que en otros casos los alumnos tienen problemas diferentes de aprendizaje (afectivo-emocionales mezclados a los anteriores por ejemplo).

Colegio especial

Se pueden concebir tres tipos distintos de colegio especial, en relación al tiempo que el alumno permanece en él y a su vez también en función de la alteración del alumno.

Escuela-día

Este tipo de establecimiento pedagógico, es escasamente conocido en nuestro país, pero parece dar buenos resultados en alumnos afectos de formas medio graves de dificultad de aprendizaje en países sajones.

Consiste en centros en el que algunos alumnos acuden temporalmente a un refuerzo diario que puede ser completo (todo el día) y seguido, durante un cierto período de su curso evolutivo escolar; otros acuden un día completo o varios a la semana para someterse a un programa especializado adecuado a sus dificultades y otros acuden medio día sólo, y acuden al centro normal de enseñanza mientras no asisten a este centro especial.

Presenta la ventaja de un nivel de especialización elevado, contra el inconveniente de los desplazamientos, de las molestias a los padres y el gasto económico.

Escuela de enseñanza especial

Son centros, que deben estar altamente cualificados desde un punto de vista de profesorado, preparado para la elaboración de programas dirigidos a grupos de alumnos de 10-12 como media, con problemas que pueden ser del mismo tipo o bien combinados.

En algunos casos estos centros pueden dirigirse a la formación específica de algún proceso concreto cuya causa sea emocional o motora o de discapacidad

(hemofílicos, espina bífida, etc.) o incapacidad sensorial.

La asistencia del alumno corresponde a la del curso académico y están coordinados o poseen una capacidad de valoración psicopatológica, neuropsicológica, socioambiental y psicopedagógica imprescindible para una acción eficaz desde un punto de vista socioeducativo y rehabilitador.

Internado de educación especial

Son centros semejantes al anterior con alumnos que permanecen en pernocta también en el centro.

Dedicado a los que residen lejos del centro y su desplazamiento sería un grave inconveniente.

De todas formas tal tipo de centros también es adecuado para pacientes gravemente alterados cuyas posibilidades de recuperación son muy bajas y que presentan, sea debido a la enfermedad causal o bien por ser el ambiente en el que están muy frágil, un potencial de desestabilización sociofamiliar muy importante.

Clase particular

Algunos alumnos necesitan una instrucción personalizada con apoyo individual a cargo de un profesor que actúa únicamente con él y le enseña las materias de forma directa y sólo a él.

Consiste en una instrucción intensiva durante un tiempo determinado de una materia, la práctica de este tipo de apoyo constante es una sistemática no aceptable por lo que comporta de diferenciación del grupo y a su vez por la evitación de esfuerzo de elaboración de aprendizaje.

Da mejor resultado la clase particularizada con dos o tres alumnos que permite un trabajo más correcto y una interacción entre ellos con mayor competitividad y colaboración.

ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA ORIENTACIÓN PEDAGÓGICA

Problemas de los niños con CI mediocre

En los niños cuyo CI está limitado a la zona de la mediocridad o frontera, sin que por otra parte puedan considerarse como afectos de retraso mental leve y que presentan una adaptación social relativamente acepta-

44 ble deberá descartarse la existencia de alteraciones específicas acompañantes que si existieran exigirían una reeducación y tratamiento específico para una resolución, totalmente imprescindible para no mermar más sus dificultades globales ya suficientemente comprometidas.

Este grupo de niños si no presenta alteraciones puede pasar desapercibido a lo largo de los primeros cursos de la EGB; los que presentan un CI en la zona límite suelen tener generalmente una magnífica capacidad de memorización al mismo tiempo que presentan dificultades en su capacidad de razonamiento, y de enjuiciar críticamente una situación.

Desde un punto de vista adaptativo escolar su evolución puede ser satisfactoria hasta el 6º de EGB, ya que su convivencia en clase es aceptable y no perturba a los demás, ni tampoco ellos mismos sienten malestar por sus dificultades concretas de aprendizaje, pero a partir de más o menos este nivel de enseñanza lo frecuente es que sean rechazados por sus compañeros de curso; esto obliga a la necesidad de disponer de sistemas educativos con nivel de exigencias mas bajo para estos niños, ya que reclaman una gran atención y tienen en este momento evolutivo de la adolescencia una gran necesidad de ayuda.

Su potencial de desarrollo social no puede desestimarse en ellos a pesar de sus limitaciones en la progresión general de aprendizaje a partir de un cierto momento.

Problemática de los niños superdotados

Generalmente el niño llamado superdotado está considerado como un niño superinteligente, este concepto debe descartarse como aceptable en su sentido amplio, puesto que no puede generalizarse a la totalidad de la personalidad, de las funciones aptitudinales y cognitivas un resultado concreto de CI, o bien determinadas habilidades sorprendentemente desarrolladas en cierto momento evolutivo.

No existe una clase para superdotados y en el supuesto de existir no va dirigido a niños que los padres podrían pensar que llegarán muy lejos en su formación intelectual y social, sino que estará centrada en resolver los problemas de determinada patología asociada que siempre los niños llamados superdotados presentan.

El niño estará superdotado en determinada habilidad intelectual pero el resto será normal e incluso determi-

nadas "zonas" pueden estar subdesarrolladas en relación al grupo considerado normal-medio; el desarrollo de determinada función en exceso se equilibra con deterioro en otra, en la mayoría de los casos.

Es importante reconocer estos niños y protegerlos, efectuando las readaptaciones, reeducaciones, estimulaciones necesarias para mantener un equilibrio sano del desarrollo, se atenderá cuidadosamente al riesgo de perturbación adaptativa social.

En todos los casos debe evitarse muy cuidadosamente ahogar sus habilidades más desarrolladas, fomentándolas convenientemente y reforzarlas satisfactoriamente.

Muy a menudo determinado niño con imaginación y fantasía desbordante y con gran capacidad intelectual asociada puede ser ahogado en un sistema pedagógico rígido, con un criterio excesivo de necesidad de uniformización y cuya voluntad de moldear a los niños se convierte en un método de limitación y amputación de capacidades no aceptables para la sistemática metodológica de determinada escuela.

Este tipo de obstáculo debe eliminarse.

ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LOS TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA

Tratamiento reeducativo

Es la orientación terapéutica más necesaria y más indicada, puede centrarse en técnicas de reconocimiento de letras e incidir en la lectura o puede hacerse vía reconocimiento de la escritura, lo ideal es trabajar simultáneamente con ambos métodos, y no que uno excluya el otro el método de reconocimiento de letras y que incide en la lectura, consiste en el reconocimiento a través de gestos simbólicos intermedios con la mano de la relación entre los sonos y los signos escritos, con lo que se establece un lenguaje intermedio gestual de lectura; el método que parte de la escritura e incide sobre los sonos parte de palabras que con fonética similar significan cosas diversas, por ejemplo "marco", "barco", "atasco" y hacer apreciar la diferencia de significado en función de la presencia de un fonema u otro.

La reeducación deberá siempre asociarse a ejercicios específicos ligados a las deficiencias concretas que el estudio neuropsicológico del niño ponga de manifiesto. Estos ejercicios incluso a veces en el primer tiempo

de la reeducación puede ser básico que se realicen como únicos para ir asociando después los otros, a lo largo del proceso de reeducación.

Psicoterapia

La actividad psicoterapéutica es necesaria en determinado número de casos, ligado a la gravedad de la alteración, al tiempo que ha transcurrido hasta su reconocimiento, a las vivencias que el niño ha experimentado en el medio escolar, a la actitud de los padres y por último a que la alteración de tipo emocional fuese anterior o no a la aparición de la alteración del aprendizaje de la lectura.

Consejo parental

Casi siempre es necesario apoyar a los padres y disminuir la presión de exigencia sobre el niño, conviene desplazar la dedicación parental a actividades que fomenten la instrucción por vía hablada, que le lean textos y se los comenten, que le hagan hablar, que conversen con él, que fomenten el qué, el porqué, el cómo, el cuándo, las discriminaciones de semejanza y diferencia, que le hagan practicar juegos de atención y de observación. Es necesario que los padres comprendan que deben tener paciencia, que el niño necesita apoyo y confianza y que debe estimularse en otros campos no ligados de forma directa a la lectura.

Adecuación pedagógica

En un grupo de estos niños conviene eliminar durante un tiempo prudencial más o menos prolongado la exigencia de aprendizaje de lectura y escritura y realizar las pruebas de valoración de forma oral, valorando sobre todo en el período inicial del tratamiento, más el esfuerzo y el interés por el trabajo escolar, que no los resultados académicos que obtenga en el aprendizaje. No parece indicado, excepto en los que se acompañan de un CI muy mediocre o bajo la enseñanza especializada en colegio de educación especial. La instauración de aulas de asistencia y estimulación en colegios normales puede ayudar notablemente la evolución de estos niños en algunos casos; en otros, los menos, puede ser perjudicial, al experimentar una vivencia de herida narcisista.

Tratamiento farmacológico

Algunos propugnan el tratamiento con pemolina magnesio, o metilfenidato cuando existe una hiperactividad con trastorno de atención o fatigabilidad precoz. Es interesante antes de someter al niño a este tratamiento el realizar un meticuloso diagnóstico diferencial que permite descartar que la inestabilidad es debida realmente a un síndrome de hiperactividad con trastorno de atención, y que no reconoce otra causa que pudiera significar que la medicación en lugar de ser un elemento de mejoría lo fuera de perjuicio (descartar: sobreprotección, inestabilidad neurótica, conducta de evitación, CI alto, entre otros).

Prevención y detección

La mayoría de autores están de acuerdo en señalar la oportunidad de descartar y reconocer lo más precozmente posible este tipo de trastorno, tanto por la bondad al tratamiento y buenos resultados que se obtienen con él, como por los inconvenientes que presenta sobre el futuro del aprendizaje y de la personalidad su no resolución precoz, dada la obligatoriedad de la enseñanza.

La identificación precoz puede hacerse a través del examen psicométrico, psiconeurológico, con la historia familiar y personal. La detección precoz marca la existencia de un niño riesgo pero no identifica el trastorno de forma precisa, por ello ante el riesgo de estigmatizar innecesariamente es conveniente la formación del maestro en la detección específica en el período de 6-7 años.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE DEL CÁLCULO

La asistencia será de tipo reeducativo y psicoterapéutico esencialmente.

Reeducación

La reeducación, debe dirigirse hacia la reeducación de la psicomotricidad, con especial atención a la integración del esquema corporal, trabajando las gnosias digitales, favoreciendo su capacidad de discriminación.

Pedagógicamente, es interesante que se facilite material de concreto (tridimensional) que facilite una

52 *Clonazepam*: relación leche/sangre: 0,33. Riesgo de manifestaciones tóxicas en el lactante. *Contraindicada*^(25,45).

Carbamazepina: citada en el apartado de psicofármacos antimaniacos. Riesgo tóxico. *Contraindicada*.

Antiparkinsonianos

Biperideno: inhibe la producción de la leche por sus efectos anticolinérgicos. Debe usarse con precaución y dosis moderadas⁽²⁵⁾.

Amantadina: se excreta en cantidades apreciables. Riesgo de manifestaciones tóxicas en el lactante (vómitos, erupción cutánea, retención urinaria..) *Contraindicada*⁽²⁵⁾.

Otros psicofármacos y fármacos de uso psiquiátrico

Meprobamato: relación leche/sangre: 2,4. Riesgo de manifestaciones tóxicas (somnia, letargo..) y posible intoxicación aguda en el lactante. *Contraindicada*⁽²⁵⁾.

Bupiriona: se excreta en cantidades apreciables. Hay riesgo de manifestaciones tóxicas en el niño. *Contraindicada*⁽²⁵⁾.

Barbitúricos: se excretan en cantidades muy pequeñas en la leche materna. A dosis bajas el efecto en el lactante es mínimo, pero a dosis elevadas pueden aparecer somnolencia, letargo y ataxia. Puede incrementarse el metabolismo de las enzimas hepáticas. Descrito un caso de muerte por posible transmisión vía lactancia. Deben usarse con precaución y con dosis moderadas^(49,50).

Metadona: se excreta en cantidades apreciables. Riesgo de aparición de síndrome de abstinencia en el lactante al suprimirla. No deben administrarse cantidades superiores a 20 mg/día⁽⁵¹⁾.

Naltrexona: tiene un efecto hipoprolactinémico, pero no parece afectar significativamente⁽⁵²⁾.

Anfetamina: se excretan en cantidades apreciables. Relación leche/sangre 2-3, y puede crecer con los días. Riesgo de manifestaciones tóxicas en el lactante: alertización, irritabilidad, insomnio... *Contraindicada*^(25,53).

Antihistamínicos: se han descrito casos de insomnio, irritabilidad... No afectan los niveles de prolactina. Deben usarse con precaución^(54,55).

Zopiclona: relación leche/sangre: 1,2. No se han reportado efectos⁽⁵⁶⁾.

Zolpidem: relación leche/sangre: 0,004-0,019. Se excreta en cantidades apenas apreciables. No se han reportado efectos⁽⁵⁷⁾.

CONCLUSIONES

Esta revisión de efectos de psicofármacos a través de la leche debe considerarse con la prudencia a la que hacíamos mención anteriormente. Y no sólo por la poca experiencia que se tiene sino también por deberse tomar cada caso de forma individualizada. Ya hemos visto someramente los múltiples factores que influyen en la transmisión del fármaco a la leche materna y de ésta al lactante, factores que pueden depender del fármaco, de la madre o del propio lactante. No debemos olvidar las seguras variaciones individuales.

Para terminar, y como principio general, las madres lactantes deberían usar tan sólo aquellos fármacos imprescindibles (en ningún caso los psicofármacos contraindicados *a priori*), moderando las dosis y vigilando al lactante por si se manifestaran efectos secundarios o tóxicos. Aún en el caso de que la lactancia pudiera continuarse sin peligro, es recomendable que la madre reciba el psicofármaco poco después de la tetada o cuatro o cinco horas antes de la siguiente.

Con estas sencillas precauciones, las madres lactantes en tratamiento con psicofármacos deben sentirse seguras ante la conveniente y necesaria lactancia natural.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wilson JT y cols. Drug excretion in human breast milk: principles, pharmacokinetics and projected consequences. *Clin Pharmacokinet* 1980;5:1-66.
- 2 Cruz M. Fomento de la lactancia materna. *Arch Ped* 1976;27:379.
- 3 Lactancia y medicamentos. *Panorama actual del Medicamento*. Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España 1990:33-37.
- 4 Csáky TZ. *Introducción a la farmacología general*. Barcelona, Salvat-Medicina, 1983.

- 5 Sovner R, Orsulak PJ. Excretion of imipramine and desimipramine in human breast milk. *Am J Psychiatry* 1979; **136**:451-452.
- 6 Lloyd AH. Practical considerations in the use of maprotiline (ludiomil) in general practice. *J Int Med Res* 1977; **5**(suppl 4):122-138.
- 7 Bader TF, Newman K. Amitriptyline in human breast milk and the nursing infant's serum. *Am J Psychiatry* 1980; **137**:855-856.
- 8 Stancer HC, Reed KL. Desimipramine and 2-hidroxy-desimipramine in human breast milk. *Am J Psychiatry* 1986; **143**:1597-1600.
- 9 Verbeeck RK y cols. Excretion of trazodone in breast milk. *Brit J Clin Pharmacol* 1986; **22**:367-370.
- 10 Matheson I y cols. Respiratory depression caused by N-desmethyldoxepine in breast-milk. *Am J Psychiatry* 1979; **136**:451-452.
- 11 Kemp J y cols. Excretion of doxepin and N-desmethyl-doxepin in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1985; **20**:497-499.
- 12 Bringals F. *Moclobemide, a new MAO inhibitor for the treatment of depression*. Ed. J. Werd E. Roche 1988.
- 13 Burch KJ, Wells BG. Fluoxetine/norfluoxetine concentrations in human breast milk. *Pediatr* 1992; **89**:677.
- 14 Isenberg KE. Excretion of fluoxetine in human breast milk (letter). *J Clin Psych* 1990; **59**:169.
- 15 Product Information: Prozac®, fluoxetine hydrochloride. Dista Products Company, Indianapolis, UN, 1993.
- 16 Kaye IS y cols. A review of the metabolism and pharmacokinetics of paroxetine in man. *Acta Psychiatr Scand* 1989; **80**(supl 350):60-75.
- 17 Blacker KH y cols. Mother's milk and chlorpromazine. *Am J Psychiatry* 1962; **119**:178-179.
- 18 Shani J y cols. Pharmacokinetics studies of treated perfenazine: passage from blood to milk in cows and ewes. *Arch Inter Pharmacol et Therapie* 1974; **207**:44-56.
- 19 Serrano AC. Haloperidol, its use in children. *J Clin Psychiatr* 1981; **42**:154-155.
- 20 Whalley LJ y cols. Haloperidol, secreted in breast milk. *Br Med J* 1981; **281**:1746-1747.
- 21 Stewart RM. y cols. Haloperidol excretion in human milk. *Am J Psychiatry* 1980; **137**:849-850.
- 22 American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and another chemicals into human breast milk. *Pediatrics* 1983; **72**:375-383.
- 23 Itoh T. Dose related response of mouse mama to some phenothiazine drugs. *J Toxicol Sci* 1978; **3**:147-152.
- 24 Mortola JF. The use of psychotropic agents in pregnancy and lactation. *Psychiatr Clin North Am* 1989; **12**:69-87.
- 25 Uso de medicamentos en madres lactantes (2ª parte). *Panorama actual del medicamento*. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España 1990; **14**:528-541.
- 26 Anónimo. Transfer of drugs and another chemicals into human milk. *Pediatrics* 1989; **84**:924-936.
- 27 Kanto JH. Use of benzodiazepines during pregnancy, labor and lactation, with particular reference to pharmacokinetic considerations. *Drugs* 1982; **23**:354-380.
- 28 Patrick MJ y cols. Diazepam and breast milk excretion. *Lancet* 1972; **1**:542.
- 29 Erkola R, Kanto JH. Diazepam and breast feeding. *Lancet* 1972; **1**:1235-1236.
- 30 Cole AP, Hailey DM. Diazepam and active metabolite in breast milk and their transfer to the neonate. *Arch Dis Child* 1975; **74**:752.
- 31 Brandt R. Passage of diazepam and desmethyldiazepam into breast milk. *Arzneim Forsch* 1976; **26**:454-457.
- 32 Rey E y cols. Pharmacokinetics of cloracepate in pregnant and non-pregnant women. *Eu J Clin Pharmacology* 1979; **15**:175-180.
- 33 Lebedevs TH y cols. Excretion of temazepam in breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 1992; **33**:204-206.
- 34 Summerfield RJ, Nielsen MS. Excretion of lorazepam into breast milk. *Br J Anesth* 1985; **57**:1042-1043.
- 35 Whitelaw AG y cols. Effect of maternal lorazepam on the neonate. *Br Med J* 1981; **288**:1106-1108.
- 36 Kanto J y cols. Placental transfer and breast milk levels of flunitrazepam. *Curr Ther Research* 1979; **26**:539-545.
- 37 Rieder J, Wendt G. *Pharmacokinetics and metabolism of hypnotic nitrazepam. The Benzodiazepines*. Garattini. Raven Press, New York, 1973:99-127.
- 38 Schou M, Admisen A. Lithium and pregnancy III: lithium ingestion by children breast-fed by women on lithium treatment. *Br Med J* 1973; **2**:138.
- 39 Strothers JK y cols. Lithium toxicity in the newborn. *Br Med J* 1973; **3**:233-234.
- 40 Sykes PA, Quarrie J. Lithium carbonate and breast feeding. *Br Med J* 1976; **2**:1299.
- 41 Pynnonen S y cols. Carbamazepine: placental transport, tissue concentrations in fetus and newborn and level in milk. *Acta Pharmacol Toxicol* 1977; **41**:244-253.
- 42 Pynnonen S, Sillanpaa M. Carbamazepine and mother's milk. *Lancet* 1975; **2**:563.
- 43 Niebly JR, y cols. Carbamazepine in levels in pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 1979; **53**:139-140.
- 44 Kaneko S y cols. The levels of anticonvulsants in breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 1979; **7**:624-629.
- 45 Nau H y cols. Anticonvulsants during pregnancy and lactation: transplacental, maternal and neonatal pharmacokinetics. *Clin Pharmacokinetics* 1982; **7**:508-543.
- 46 Philbert A, Dam M. The epileptic mother and her child. *Epilepsia* 1982; **23**:85-99.

**INTENTO DE SUICIDIO EN UN ADOLESCENTE.
NECESIDAD DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR**

Se presenta el caso de un adolescente de 14 años que posee unos trágicos antecedentes familiares y que ingresa en el Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto tras intento de suicidio.

Se trata de un muchacho, el menor de cuatro hermanos, cuyo padre alcohólico, había asesinado a su madre con arma de fuego y en presencia de los hijos cuatro años atrás. Al ocurrir este hecho los menores, sin recibir ningún tipo de atención psicológica, permanecen bajo la custodia de la abuela paterna.

Al fallecer ésta y tras haber pasado dos años en prisión, el padre convivía nuevamente con sus tres hijos menores en un barrio especialmente conflictivo del Puerto de Sagunto (bajo nivel socioeconómico, violencia y alto índice de consumo y tráfico de drogas).

El chico hace un intento de suicidio (ingestión de tranquilizantes) y es atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto; cinco días después los servicios sociales municipales nos lo remiten al Servicio de Pediatría para su ingreso preventivo, con objeto de realizar una evaluación psicológica del chico así como valorar la tutela de este menor.

El equipo pediátrico, ante la ausencia de recursos propios (tanto en el Hospital como en el área sanitaria) de personal especializado en salud mental infantil para dicha evaluación psicológica y aún pensando en lo inadecuado del procedimiento, se pone en contacto con un psicólogo de otra área sanitaria, quien acepta de forma excepcional visitar al paciente. El chico es trasladado en ambulancia durante varios días para su visita al psicólogo.

Este método nos parece caro y peligroso, dada la situación de tensión establecida con el padre y también dificulta la relación interprofesional entre el psicólogo, que debe hacer su informe estando alejado del lugar donde está ingresado el paciente, y los demás profesionales (pediatra, servicios sociales, etc.) que están trabajando en el caso.

El psicólogo, tras hacer su evaluación nos relata que el adolescente presenta episodios momentáneos y pasajeros de gran impulsividad y que su personalidad se caracteriza por el uso manifiesto de la disociación y sobre todo de la negación como mecanismo de defensa, junto con un funcionamiento superyóico de altísimas exigencias.

Se hace evidente que conviene ayudarle a salir del círculo vicioso tan autodestructivo. La descripción que hace de su medio familiar era idílica tanto de sus componentes como de las relaciones entre y con ellos. Al recordarle antecedentes tales como las características del padre o que éste mató a su madre de un tiro de escopeta, respondía: "eso no quiero que ni me lo mienten"; con otros miembros de la familia sucedía algo similar.

Con todo respondió a la intervención psicológica en crisis, presentando una respuesta favorable. Ayudó en ello su búsqueda constante de mantener una buena imagen de sí y ante los demás que le distanciaran de sus antecedentes familiares manifiestamente ominosos. De hecho, en el momento de la intervención psicológica, daba muy buenos rendimientos escolares y mantenía buenas relaciones con los profesores. Todo lo cual permitía establecer, juzgando su psicopatología separada del medio familiar, un pronóstico favorable.

Los Servicios Sociales Municipales, tras estudiar la situación familiar (antecedentes expuestos) y recabar el informe psicológico, investigan la situación tutelar del menor y solicitan la intervención de la D. General de S. Sociales para retirar la tutela al padre e ingresar al chico en una residencia. Estos trámites hacen que la hospitalización se alargue durante 20 días.

La larga hospitalización, no justificada por una causa médica, creó graves problemas en el Servicio de Pediatría: tensión y amenazas por parte del padre, cansancio del chico...

Finalmente la D.G. de S. Sociales resuelve retirar provisionalmente la tutela al padre e ingresar al chico en una Residencia Comarcal de menores. Una vez pasados tres meses en la residencia y al finalizar el curso escolar el chico es devuelto al domicilio paterno. Según nos informan los S. Sociales municipales actualmente se les ha subvencionado una vivienda a los hijos (separada de la vivienda paterna) presentando todos ellos graves problemas psicológicos y sociales: embarazo de una hermana adolescente que es drogadicta y portadora de anticuerpos del SIDA, drogadicción y conducta conflictiva por violencia en otro hermano, etc.

En nuestra opinión, dados los graves antecedentes familiares, una intervención preventiva de tipo interdisciplinaria (Servicios de Menores, Servicios Sociales, Salud Mental Infantil) con fines preventivos hubiera sido indispensable con el fin de poder evitar o paliar la evolución negativa de esta familia.

Como Servicio de Pediatría, que se encarga de los problemas de salud de la población infantil en nuestra área sanitaria, tenemos la responsabilidad de atender un problema de autoagresión en un joven que, según nos informan los Servicios Sociales locales, viven en un ambiente familiar de violencia; pero una vez hospitalizado el paciente, nuestra intervención como médicos es muy limitada y hemos de recabar las distintas valoraciones en los aspectos: psicológico, social y legal de los profesionales correspondientes que deben decidir las intervenciones más convenientes en el caso.

Queremos hacer notar la ausencia de atención en salud mental infantil a los menores en este Distrito y la incoordinación entre los profesionales o estructuras implicadas en el trabajo interdisciplinario que requieren estos casos.

El motivo de esta comunicación es señalar la falta de agilidad en el trabajo interdisciplinario (Dirección General

de S. Sociales, Servicios de Menores, Servicios Sanitarios) así como la ausencia, en nuestra área sanitaria, de asistencia psicológica/psiquiátrica a la población infantil, echada muy en falta por nuestra parte en casos tan graves como éste.

**L. Blasco¹, M. Benac¹, V. Bermejo², C. Noguera³,
C. Casanova⁴, M. A. Calvo⁵, I. Marcos⁶**

- 1 *Médico adjunto. Hospital Sagunto*
- 2 *Psicólogo S.V.S. área 12*
- 3 *Trabajadora Social. Hospital Sagunto.*
- 4 *Jefa del Servicio de Pediatría. Hospital Sagunto.*
- 5 *Auxiliar de Enfermería Pediatría. Hospital Sagunto.*
- 6 *Psiquiatra Infantil. Hospital Castellón.*

LA FENFLURAMINA Y EL METILFENIDATO EN NIÑOS CON RETRASO MENTAL Y TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

La fenfluramina es una sustancia objeto de una gran actividad investigadora en los últimos tiempos, situándose en más de 30 publicaciones dirigidas al estudio de este fármaco en la conducta en niños, la mayoría con autismo. Las primeras investigaciones, no replicadas en trabajos posteriores, sugerían alguna mejoría en la función del CI, especialmente en el CI manipulativo. En 1989, Aman y Kern⁽¹⁾ realizaron una revisión de la utilización de la fenfluramina en el tratamiento de los trastornos infantiles. Revisión que resumían señalando que los hallazgos, a pesar que en general eran negativos en la función cognoscitiva, eran variados e idiosincrásicos, con algunas evidencias que la fenfluramina podía mejorar la atención, la conducta estereotipada, y la social en algunos niños autistas. De aquí que los autores se plantearán la ampliación de su trabajo, con el estudio de la fenfluramina en niños sin autismo y afectos de retraso mental con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), lo que es objeto de esta reseña⁽²⁾.

La muestra está constituida por 38 niños, 30 niños y ocho niñas, de edades entre 5 y 13 años y edad media de 8,8 años. Afectos de Retraso Mental (CI \leq 75), escolarizados, cumpliendo criterios DSM-III-R de TDAH, sin clínica psicótica o síndrome de Down o déficit motor o trastorno neurológico.

El diseño fue doble ciego, placebo controlado, estudio cruzado de fenfluramina y metilfenidato. La dosis de fenfluramina fue gradualmente incrementada (0,5 mg/Kg/d: primera semana, 1 mg/Kg/d: segunda semana y 1,5 mg/Kg/d tercera y cuarta semana), mientras que el metilfenidato fue administrado a 0,4 mg/Kg/d. Ambos dos veces al día: mañana y noche.

Valorando el rendimiento de los niños en varios tests cognoscitivos altamente específicos, la mayoría automatizados, de atención selectiva y mantenida, emparejamiento visual y de color, durante lo que la actividad sentados fue monitorizada automáticamente.

Los resultados mostraba que la fenfluramina era superior al placebo en las tareas de memoria, mientras que el metilfenidato reducía los errores en un test de realización continuada. El metilfenidato produjo unos tiempos de respuesta menores y la fenfluramina causó incrementos en dos de los tests. El examen de las escalas conductuales indicaba unas significativas mejoras, con ambos fármacos en las áreas de atención, nivel de actividad y humor. Hallazgos que, concluyen, sugieren que los fármacos tienen unos mecanismos de acción opuestos, aunque ambos resultan tener unos efectos clínicos útiles en estos niños.

- 1 Aman MG, Kern RA. Review of fenfluramina in the treatment of developmental disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28:549-565.
- 2 Aman MG, Kern RA, McGhee DE, Arnold LE. *Journal of Autism And Developmental Disorders* 1993;23(3):491-506.

EFFECTOS CARDIOVASCULARES PEDIÁTRICOS DE LOS TRICÍCLICOS

Recientemente han aparecido varias publicaciones referidas a los efectos cardiovasculares de los tricíclicos en la infancia. Tema clásicamente referido y así, p.e, ya considerado por Puig-Antich (1978-1979) en sus primeros trabajos: controlando con ECG a los niños en tratamiento con imipramina (aconsejando la monitorización hospitalaria con dosificaciones sobre 5 mg/Kg/d)^(1,2). Y tema puesto de actualidad con la reseña, por Abramowicz (1990), de la modificación del prospecto de la desipramina recogiendo la comunicación recibida de tres casos de muerte súbita en niños en tratamiento con desipramina. Casos revisados por Riddle y cols.⁽³⁾ con la información de los tres casos facilitada por el laboratorio fabricante que no recomienda su uso en niños. Casos que son los siguientes:

Caso 1: niño de ocho años que, en marzo de 1987, presentó un colapso en el colegio con parada cardíaca durante su traslado al hospital. A su llegada a urgencias presentaba una fibrilación ventricular que, corregida a ritmo sinusal, fue seguida por una parada cardíaca falleciendo.

El niño tomaba 50 mg/d de Norpramin®, desipramina desde hacia unos seis meses para tratamiento de un trastorno por déficit de atención. El nivel plasmático de la desipramina, obtenido una hora después de la parada, fue de 85 ng/ml.

El informe del juez recogía que cuatro años antes de su muerte le fue practicada una biopsia muscular durante la que presentó una taquicardia paroxística, y que tenía una historia familiar de muerte súbita cardíaca.

Caso 2: niño de ocho años que, en octubre de 1987, presentó un colapso en su casa. A su llegada al hospital estaba asistólico que, reanimado y trasladado a un hospital infantil, fue seguida por una taquicardia ventricular falleciendo.

Sin antecedentes conocidos de trastornos cardíacos, seguía tratamiento con desipramina a dosis desconocidas, desde hacia unos dos años, por trastorno de conducta hiperactivo. El nivel plasmático de la desipramina fue de 10 ng/ml, ignorándose si la muestra de sangre fue extraída antes o después de morir.

Caso 3: niño de nueve años que, en junio de 1988, después de correr cinco vueltas en el gimnasio escolar, presentó un colapso, por lo que fue trasladado al hospital comarcal y derivado al hospital infantil donde murió tres días después por neumonía y trastornos cardíacos.

Tratado con desipramina desde hacía un año por depresión. El nivel plasmático de la desipramina, *premortem*, era de 120 ng/ml.

Aconsejando estos autores aumentar la precaución con el uso de la desipramina en prepúberes, y, aún careciendo de una adecuada base para dar unas recomendaciones documentadas, sugerido por la prudencia: practicar un ECG basal y durante el tratamiento.

Paralelamente ha surgido alguna opinión contraria. Así Huessy, Profesor Emérito, refiere haber tratado más de 2000 niños con tricíclicos, con dosis rara vez de 2 mg/Kg y nunca por encima de 3 mg/Kg, sin un solo caso de síntomas cardíacos. Señalando que a menudo producen unos beneficios extraordinarios, con un tercio o menos de la dosificación antidepressiva. Aconsejando, tras señalar que no podemos predecir a qué antidepressivo responderá, que si un antidepressivo no es eficaz "prueba con otro"⁽⁴⁾.

Así la controversia está servida, la necesidad de más investigaciones rigurosas unánime y el aviso a navegantes recibido.

- 1 Puig-Antich J y cols. A pilot Open Trial of Imipramine in Prepuberal Depressive Illness. *Psychopharmacology Bulletin* 1978;14(2):40-42.
- 2 Puig-Antich J y cols. Plasma levels of Imipramine and desmetilimipramine and Clinical response in Prepuberal Major Depressive Disorder. A preliminary Report. *J Am Ac Child Adolesc Psychiatry* 1979;18:616-627.
- 3 Riddle MA y cols. Sudden Death in Children Receiving Norpramin®: A review of Three Reported Cases and Commentary. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(1):104-108.
- 4 Huessy HR. Clinical Experience vs. Scientific Studies. En: Letters to the Editor. *J Am Ac Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(1):170.

X. Gastaminza

EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD

J. Rodríguez-Sacristán

Ed. Universidad de Sevilla, 1992

Rústica, 160 págs.

El Prof. Rodríguez-Sacristán es conocido por ser el único Catedrático de Psiquiatría Infantil de España y por su talante dialogante, tolerante y flexible. Pero menos conocido es su amor por escribir y a la lectura y su amplia cultura.

El presente librito es un ensayo a la vieja usanza. Parte de un concepto complejo y atractivo, qué duda cabe: la soledad. Hasta tal punto que Winnicott planteó que una de las características que fundamentaban la maduración de la persona era su capacidad para estar solo. Pero decía que la soledad es un concepto complejo y atractivo que le sirve al autor de punto de partida para realizar un engarce: contenidos psicológicos con el pensamiento de determinados poetas. El autor reconoce que mucho han aportado los poetas, pero poco se ha aportado a la poesía desde la técnica psicológica.

Se plantea a lo largo del texto una hipótesis: "poeta sin soledad no es poeta, aunque las formas de vivir la soledad pueden ser tan distintas como pueden serlo los poetas", pero "en lo nuclear, comprobaríamos que vacío, angustia y tiempo van a estar en lo más importante, en la médula de lo poético".

Estas tres condiciones: vacío, angustia y tiempo coinciden también como formas nucleares del sentimiento de soledad. Hasta tal punto que, como muy bien señala el autor del ensayo, "en el caso de las experiencias de soledad, los poetas han identificado más formas de soledad que los fenomenólogos y los psicólogos".

Para desgranar su pensamiento, el ensayo se divide en partes: proceso vivencial de la experiencia solitaria enfatiza el papel del "desenraizamiento" y hace que se ordenen las formas de soledad en soledades caracterológicas (del orden social, comportamental y evolutivo), soledades noéticas (del orden de lo cognitivo, de lo intelectual y del pensamiento) y soledades tónicas (domina el componente emocional y afectivo en la vivencia). No obstante el autor plantea que "el sentirse solo es cognitivo y emocional". Esta complejidad es lo que Luis Cernuda llamó "constructo de soledad" adelantándose a cualquier planteamiento científico.

Poetas como Machado, Cernuda, Gala, Quevedo, Unamuno, Bousño, Dámaso Alonso, San Juan de la Cruz, y un largo etcétera jalonan el texto del ensayo. Sus versos son perlas cultivadas en el calor de la reflexión psicológica, que no psicologizante, para acercarnos a este sentimiento tan humano y tan olvidado.

Las partes restantes desgranar las secuencias de la vivencia de soledad. Hablar de vivencia es referirse a la percepción de la soledad y a su expresión vivencial y, por ello, a algo subjetivo, muy unido a la propia esencia del sujeto, del ser y

del estar como sujeto en el mundo que le circunda. Por esta razón no podía faltar la forma de expresarse esta soledad como palabras, símbolos y pensamientos. De esta expresión los poetas saben y saben decirlo: su lirismo, sus metáforas, su dominio de las imágenes y del lenguaje tan cercanos a la expresión directa de sus sentimientos, casi descamados en el camino por sus críticos, son el vehículo más adecuado para reflexionar.

La vivencia de soledad es algo que remite al sentimiento del vacío-angustia y a la vivencia del vacío-tiempo. Por último es necesario aportar reflexiones sobre la soledad y la tristeza u otros sentimientos como la apatía, la nostalgia, la indolencia, el cansancio y el tedio. De nuevo poetas y más poetas: Neruda, Vallejo, Blas de Otero, Gabriela Mistral, Octavio Paz y Cernuda... Mucho Cernuda.

¡Cuan sugerente! Todo el ensayo es sugerente, hace pensar, en ocasiones hasta leer/recitar en alto los versos transcritos. Ensayo a la vieja usanza decía al inicio, pero saludable y fresco. Gracias, Jaime.

J. L. Pedretra Massa

NIÑOS MALTRATADOS (DIAGNÓSTICO Y TERAPIA FAMILIAR)

Stefano Cirillo y Paloma Di Blasio

Editorial: Paidós. Barcelona/Buenos Aires/México, 1991

Rústica, 171 págs.

Tardieu, a la sazón médico forense, describió a principios del presente siglo un cuadro que se presentaba en niño/as fallecidos de forma poco clara y que no se correspondía con los cuadros clínicos existentes, sugirió que aquellas lesiones encontradas en las autopsias de esos niños se podía deber a violencia física ejercida contra ellos por parte de personas adultas. Aparece así el síndrome del niño maltratado y esta ajustada descripción originó un gran debate con ataques personales y llamadas al orden profesionales al mismo Tardieu.

Poco se podían imaginar aquellos que atacaron de forma dura e indiscriminada y con poca fundamentación científica que este cuadro se iba a constituir en uno de los procesos psicosociales de mayor prevalencia y de más difícil abordaje por la gran complejidad de los factores que entran en juego.

En los últimos 20 años la aportación de Kempe & Kempe, del Centre International de l'Enfance, Garbarino, Wolfe, Breiner, Meadow, Cribillé y un largo etcétera nos ha acercado a un principio de realidad: por mucho que nos cueste creerlo el maltrato a la infancia es algo que existe y que tiene muchas causas, pero también interfieren muchos factores de diversa índole que hacen que la comprensión del cuadro sea compleja y difícil.

Como en tantos temas psicosociales las diferentes perspectivas teóricas han pretendido aportar su granito de arena, en ocasiones su aportación ha sido de un gran interés bien sea en el terreno histórico, teórico o práctico, ha posibilitado que la investigación en este campo profesional sea diversa, variada y rica. Pero, en ocasiones, se debe ser cauto con la gran producción bibliográfica porque ante la complejidad hay quien se aprovecha y origina confusión.

En nuestro país se está realizando un importante esfuerzo en este campo. Las investigaciones cuantitativas y cualitativas desarrolladas por el Grupo Edid, el trabajo continuado de los grupos liderados por el De Paul en Euzkadi, Martínez Roig en Cataluña, Martín-Álvarez en Madrid, Gómez de Terreros en Sevilla, etc. ha posibilitado el nacimiento de la Federación Española de Asociaciones para la Prevención del Maltrato en la Infancia, que ha desarrollado varios Congresos de discusión sobre el tema y que la Dirección General de Protección Jurídica del Menor con su responsable, Juan Carlos Mato, a la cabeza ha declarado un programa integrado para el estudio e investigación de este tema. No obstante aún es pronto para cribar informaciones y se confunde, en muchos casos quizá demasiados ámbitos profesionales y asistenciales, causas con efectos en el problema de los malos tratos a la infancia, en otras ocasiones se parcela el problema, se sesga la información, es insuficiente el proceso de evaluación, existe demasiado voluntarismo en la intervención, etc.

La responsabilidad de los profesionales en este campo es inmensa, no olvidemos que hace apenas dos años el propio Presidente de la República Italiana tuvo que pedir perdón públicamente a unos padres que habían sido acusados y condenados por abusos sexuales a su hijo y falleció el pequeño víctima de un cáncer intestinal que producía las rectorragias y estrías anales que fueron identificados como abusos sexuales. Pero este error no debiera servirnos para enmascarar la corresponsabilidad de muchos profesionales que con su silencio favorecen la cronicidad y, en ocasiones, desenlaces dramáticos tanto para la vida como para la calidad del desarrollo vital posterior del niño/a.

El libro que nos ocupa es de un gran interés y actualidad porque nos plantea la experiencia de los autores. Una experiencia peculiar y en un contexto peculiar, pero de indudable interés para debatir. El interés del libro se centra en ofertar una forma de intervenir en el caso de familias maltratantes graves y en las que han fracasado otras formas de intervención menos agresiva. Es de interés realizar el comentario porque tanto los autores como el texto han alcanzado una gran difusión en nuestro país, por ello merece unas líneas.

Se abre el libro centrandolo al lector sobre las características del Centro donde trabajan los autores y que condiciona, en gran medida, todas y cada una de sus afirmaciones en este campo. El segundo trabajo aborda un tema delicado: ¿Se puede "curar" en ausencia de demanda voluntaria de ayuda?, para ello aborda el problema de la negación de factores

socioeconómicos y culturales depauperados, todo ello hace, según los autores, que la denuncia sea el "único instrumento de enganche". Con estos planteamientos y el soporte teórico de la teoría sistémica abordan el diagnóstico de las familias maltratantes con sus juegos familiares, para terminar con la realización de "la terapia en un contexto coercitivo": relación entre la terapia y control y la imposibilidad de recurrir a paradojas son los aspectos más significativos y novedosos de este libro.

Se podría decir que es un libro de un interés relativo que no termina de entusiasmar por varias razones que paso a exponer:

1) La traducción del título no se corresponde con la realidad del título original italiano: "La familia maltratante. Diagnóstico e terapia", por lo que parece más ajustado a los reales contenidos del libro. En este caso la traducción vuelve a situar la confusión: contexto con efecto, causa con contexto, tan frecuente en el maltrato infantil.

2) Sólo es la exposición peculiar de una perspectiva teórica, lo que no aparece en el título y podría darse la pretensión (tal y como ha ocurrido en algunos seminarios que han utilizado este texto como base) de querer generalizar este tipo de concepción a la hora de la comprensión y abordaje de la infancia maltratada.

3) El contexto y dependencia del Centro de los Autores es peculiar: privado, concierne con la Administración de Justicia, sin territorializar, intervención (por lo tanto percepción económica) por programa desarrollado. Estas características lo hacen diferente a cualquier pretensión de generalización a nuestro contexto, dado que aun está por definir la cobertura a la infancia desde y en los servicios públicos.

4) Se destina a casos de suma gravedad y favorece la denuncia como de forma de enganche. Generalizar desde este lugar es sumamente peligroso, la Federación Española de Asociaciones para la Prevención del Maltrato a la Infancia está proponiendo las notificaciones a la Fiscalía frente a las denuncias. Por otro lado, la gran mayoría de los casos de malos tratos a la infancia, afortunadamente, no son tan graves por lo que la intervención debe ser de otra índole.

5) Es evidente que la dependencia de la Administración de Justicia sesga y limita, de forma muy importante, la intervención y cuestiona muchos de los planteamientos del libro. Incluso estando de acuerdo con la afirmación sostenida por Odette Masson de que "en ocasiones la separación del niño/a maltratado de su familia no sólo es un medio de protección para el niño/a sino también para la propia familia", no nos cansaremos de repetir que antes se deben contemplar otras muchas intervenciones sin descartar ninguna *a priori* y adecuándolas a la propia complejidad de cada caso y de los factores (tanto de vulnerabilidad y riesgo, como de los factores estabilizadores).

6) De forma sutil se plantea este tipo de intervención como novedosa. Pero una intervención terapéutica "por decreto" y

62 en el seno de una institución es lo que se ha venido llamando desde la década de los cuarenta-cincuenta, como "terapia institucional" en Francia siendo el español Tosquelles uno de sus teóricos más brillantes y la producción bibliográfica es ingente y variada, tanto a favor como en contra.

En resumen: libro que podría ser de interés, pero sus

peligros son mayores que sus virtudes, al menos con el uso/abuso que se le está dando en el momento actual por parte de algunos para algunos sectores de profesionales.

Con anterioridad a este libro hay que pasar por muchos otros y por muchas otras experiencias.

J. L. Pedreira Massa

Cronopsicología y ritmos escolares

F. TESTU

Cronopsicología
y ritmos escolares



François Testu

Laboratoire de Psychologie,
Poitiers, Francia.

Prefacio del Prof. Paul Fraisse

Versión española de
Montse Freixa Niella
Prof. Titular Interina.

Jesús Garanto Alós
Prof. Titular, Facultad de Pedagogía,
Universidad de Barcelona.

Un tomo (16 x 24 cm)
con 128 páginas y 28 ilustraciones.
Encuadernado en rústica
con cubiertas a color.
ISBN 84-311-0611-5

- La actividad mental varía diaria e incluso semanalmente, según ciertos mecanismos o factores de influencia que originan cierta ritmicidad en el comportamiento de los individuos.
- En este libro se expone cómo el comportamiento del niño en el medio escolar está condicionado en gran medida por la cronobiología.
- Dirige una mirada a los resultados obtenidos y a las nuevas perspectivas, e intenta abordar, pensando sobre todo en los alumnos, el problema de los ritmos semanales.
- El autor ofrece conclusiones sobre los horarios escolares y también sobre el mejor momento para impartir las diferentes materias.

INDICE DE CAPITULOS (extracto)

Prefacio. Introducción. 1. Elementos de cronobiología. 2. Variaciones diarias de rendimiento, temperatura corporal y activación. 3. Elementos de cronopsicología. 4. De la cronobiología al estudio de las variaciones periódicas de ciertas variables comportamentales y fisiológicas del alumno. 5. Variaciones periódicas de la actividad intelectual del alumno. 6. Elementos de cronopsicología del alumno. 6. Conclusión. **Bibliografía. Índice alfabético.**

Desde 1804 al servicio de la Medicina

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre el libro:

TESTU: Cronopsicología y ritmos escolares (cód. 0611)

PVP: 3.500 Ptas. con IVA y 3.398 Ptas. sin IVA

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso,
sin recargo alguno.

NOMBRE

Fecha de nacimiento

FIRMA:

ESPECIALIDAD

DIRECCION

LOCALIDAD

Puede dirigirse a
su librería habitual
o remitir esta tarjeta
de pedido a:

Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Licenciataria de



MASSON

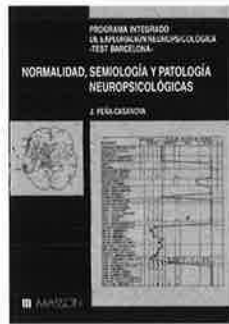


SALVAT

Medicina
Enfermería
Veterinaria
Odontología

Av. Pde. Asturias. 20 - 08012 Barcelona - España - Fax (93) 416 17 19

012



J. Peña-Casanova

Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas

Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica «Test Barcelona»

Con la colaboración de

D. Gil Saladie, A. Jarne Esparcia y J. Guardia Olmos

Prefacio de A. Roch Lecours y Y. Joannette

280 páginas, 44 figuras, 28 tablas, 17 x 24 cm, cartóné, 1991

La neuropsicología se ha desarrollado y crece continuamente en todos sus aspectos: en un mejor conocimiento clínico, en avances del conocimiento fisiopatológico y terapéutico, en publicaciones, en sociedades especializadas, en reuniones, simposios y congresos.

Por ello, los presentes materiales representan una doble contribución: metodológica y semiológica. Metodológica en relación con las propuestas realizadas, en el contexto de modelos funcionales básicos. Semiológica en relación con la primera sistematización de la semiología neuropsicológica después de los esbozos que hiciera Christensen con Luria.

En la exploración neuropsicológica no existen recetas ni un enfoque ideal, pero, dentro de las dificultades intrínsecas de ésta, el programa propuesto representa un indudable avance para la neurología y la neuropsicología clínicas. El avance es patente si se considera que no existía nada previo similar. También significa un avance el hecho de ofrecer el estudio de una población normal representativa de nuestro medio.

La obra constituye el elemento central del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica: además de ser una introducción teórica, expone los contenidos, la normalidad, la fiabilidad y el esquema semiológico y diagnóstico básico de los subtests incluidos.

Interesa a: neuropsicólogos, psicólogos.

CONTENIDO:

Primera parte: INTRODUCCIÓN GENERAL. BASES PARA UN DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO.

1. Programa integrado de exploración neuropsicológica. Introducción general. 2. Localización de la función y evaluación neuropsicológica: aproximación neolurianista. 3. Variables del paciente y variables de la lesión en la exploración neuropsicológica. 4. Métodos de evaluación en neuropsicología. Breve panorámica general. 5. De la observación a la exploración sistematizada. 6. Valoración neuropsicológica sistemática e integrada.

Segunda parte: PROGRAMA INTEGRADO DE EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA: OBJETIVOS, CONTENIDOS, NORMALIZACIÓN, VALIDEZ.

7. Objetivos generales del programa integrado de exploración neuropsicológica — test Barcelona. 8. Análisis de resultados: proceso de normalización. 9. Aproximación al estudio de la fiabilidad y de la validez del test Barcelona. 10. Diseño y criterios de definición del perfil de normalidad.

Tercera parte: NORMALIDAD, SEMIOLOGÍA Y PATOLOGÍA NEUROPSICOLÓGICAS EN EL TEST BARCELONA. 11. Test Barcelona: normalidad, semiología y patología.

Cuarta parte: APORTACIONES Y CONCLUSIONES.

12. Aportaciones generales del programa integrado de exploración neuropsicológica — test Barcelona.

Masson, el prestigio científico de la Europa Latina

BOLETÍN DE PEDIDO:

Nombre y apellidos:

Especialidad:

Dirección:

Código Postal: Población:

Deseo recibir contra reembolso la obra:

J. PEÑA-CASANOVA: **Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas**

ISBN: 84-311-0570-4

Firma

PVP: 8.400 Ptas. con IVA y 8.155 Ptas. sin IVA

N.º de ejemplares

Dirigir sus pedidos a **Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.**

Av. Ppe. Asturias 20 - 08012 Barcelona. FAX 93- 416 12 19

Agenda

VII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL Tema científico: la adolescencia

63

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves 16 de junio

Mañana

Ponencia: Trastornos afectivos y de la ansiedad
Coordinadora: Edelmira Domenech i Llaверía
Comunicaciones a la ponencia
Mesa redonda: Psicofarmacología
Inauguración oficial

Tarde

Ponencia: Intentos de Suicidio
Coordinadora: M^a Jesús Mardomingo Sanz
Comunicaciones a la ponencia
Comunicaciones libres

Viernes 17 de junio

Mañana

Ponencia: Trastornos del comportamiento alimentario
Coordinador: Josep Toro Trallero
Comunicaciones a la ponencia
Mesa redonda: Alternativas a la hospitalización
Conferencia magistral: Jaime Rodríguez Sacristán

Tarde

Ponencia: Trastornos psicóticos y esquizofrenia.
Coordinador: Antonio Agüero Juan
Comunicaciones a la ponencia
Comunicaciones libres

Sábado 18 de junio

Mañana

Ponencia: Trastornos de adaptación y de conducta
Coordinador: J.L. Pedreira Massa.
Comunicaciones a la ponencia.
Mesa redonda: Tratamientos multimodales.
Conferencia de clausura: historia de la Psiquiatría Infanto-Juvenil Madrileña.
Comunicaciones libres: Su resumen deberá ser remitido antes del 15 de marzo de 1994 a la Secretaría del Congreso.

Lugar: Madrid, Hospital General Gregorio Marañón
Fechas: 16, 17 y 18 de junio de 1994.

Secretaría: Dra. M^a Jesús Mardomingo Sanz
Hospital Gregorio Marañón
C/ Dr. Esquerdo 46; 28007 Madrid

Agenda

TA DE PSIQUIATRÍA
NTO-JUVENIL
ero 1/1994

CUARTA PONENCIA EUROPEA DE PSICOLOGÍA JURÍDICA

Organiza: Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña.
European Association of Psychology and Law.
Información e inscripción: Gran vía 751-A, 2º-1ª
Barcelona. Tel (93) 447-14-94. Fax (93) 447-35-72.
Del 6 al 9 de abril de 1994

IV JORNADAS: TRASTORNOS EN LA INFANCIA: EL VALOR DEL SÍNTOMA EN LA ADOLESCENCIA.

Organizadas por: Centro Alba, UME Institución
Balmes, Fundación E. Torres, Cruz Roja, CAPIP Hospi-
tales. CAPIP Nou Barris SJDDD, S.PSIG y PSIC de

Hospitalet, San Juan de Dios, CAPIP Sabadell, Fun-
ción NEXE.

Información e inscripción: Sra. Pilar Abarca (de lunes
a jueves de 10 a 13 horas) Tel. (93) 63095882. Barcelona
Día 22 de abril de 1994

CONGRESO EUROPEO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

Información e inscripciones: Presidente del Congreso:
Prof. Van Engeland, actual Presidente del ESCAP
Utrecht (Holanda), 17-20 de septiembre de 1994
Información en España: Prof. J. Rodríguez Sacristán;
Psiquiatría Infantil; Hospital Universitario Virgen de la
Macarena, Sevilla.

NOVEDAD

Su Diccionario médico por definición

■ Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 13.^a edición

Un tomo (17,3 x 25,6 cm) con 1642 páginas y 48 ilustraciones. Encuadernado en tapa dura. ISBN 84-458-0095-7 © 1992

PVP: 9.660 Pts. sin IVA y 9.950 Pts. con IVA.

- Nueva edición (13.^a) del Diccionario Terminológico médico **MÁS COMPLETO Y MODERNO** editado en lengua castellana.
- Cabe destacar, la importante tarea de revisión y actualización de la obra llevada a cabo por destacados especialistas de nuestro país.
- Entre las novedades de esta edición cabe destacar la incorporación de un Glosario Francés-Español, los cambios de las voces anatómicas según la Nomenclatura Académica Internacional y la ampliación y revisión de los términos de Medicina Interna.
- Define de la A a la Z, unos 100.000 términos con la equivalencia de cada término importante a cinco idiomas. Alemán, Francés, Inglés, Italiano, Portugués y la etimología en griego y latín.
- Glosarios: Francés-Español e Inglés-Español con más de 20.000 voces. Tablas de constantes biológicas de laboratorio. Láminas en color realizadas por el conocido Dr. Nettler. Hendiduras (uñeros) de separación por orden alfabético.

■ Diccionario Médico 3.^a edición (Serie Manuales)

Un tomo (12 x 19 cm) con 740 páginas. Encuadernado en rústica con cubiertas a color. ISBN 84-458-0078-5 © R1993

PVP: 2.621 Pts. sin IVA y 2.700 Pts. con IVA.

- Nueva edición (3.^a) totalmente renovada tanto en la forma como en el contenido.
- Total actualización de los 55.000 términos.
- Ampliación de numerosas definiciones (con 100 páginas más que la 2.^a edición).
- Incorporación de unos 4.000 términos nuevos, como por ejemplo:
 - AZT-Zidovudina, Hepatitis delta, Retroviridae, SIDA, VIH, etc.

La experiencia y el éxito obtenidos con la publicación de nuestro "GRAN" Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (uno de los más antiguos y prestigiosos del mundo) nos animó a preparar un diccionario médico "PEQUEÑO" que pudiera consultarse con toda facilidad y rapidez.

Con 2 prácticos complementos

NOVEDAD

□ Glosario Médico Inglés-Español

Un tomo (12 x 19 cm) con 244 páginas. Encuadernado en rústica. ISBN 84-345-2440-6 © R1993

PVP: 1.214 Pts. sin IVA y 1.250 Pts. con IVA.

- Contiene más de 20.000 voces inglesas y su equivalencia en español.
- Cómodo y fácil de consultar gracias al orden alfabético y a su reducido tamaño (cabe cómodamente en el bolsillo).

NOVEDAD

□ Glosario Médico Francés-Español

Un tomo (12 x 19 cm) con 236 páginas. Encuadernado en rústica. ISBN 84-458-0144-9 © 1992

PVP: 1.068 Pts. sin IVA y 1.100 Pts. con IVA.

- Esta obra, de características similares al Glosario Inglés-Español, recoge 20.000 voces de más frecuente utilización en el lenguaje médico actual.
- Presentación en formato de bolsillo para facilitar su consulta.

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre la(s) obra(s) marcada(s) con una 452

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso, sin recargo alguno.

FIRMA:

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Profesión/Especialidad _____

Dirección _____

Localidad _____

Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Licenciataria de:  MASSON  SALVAT Medicina

Príncipe de Asturias, 20 - 08012 Barcelona - España - Tel. (93) 574 11 35

FICHA TECNICA

Aerosol nasal. 1-Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP); es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural. Careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada.

COMPOSICION CUANTITATIVA.

Por 100 ml.

Desmopresina (D.C.I.) 10 mg.
 Excipiente c.s.p. 100 ml.
 1 ml. de solución contiene 0,1 mg. de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg. de Desmopresina.

INDICACIONES. Enuresis nocturna. Diabetes insípida.

POSOLOGIA.

Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg. antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones).

Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg. por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg. por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis.

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a la Desmopresina.

PRECAUCIONES. No se han descrito.

INCOMPATIBILIDADES. No se han descrito.

INTERACCIONES. No se han descrito.

EFFECTOS SECUNDARIOS. Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO.

No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida.

CONDICIONES PARA SU CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO. Entre 2° y 8° C.

PRESENTACION: Un frasco-aerosol de 5 ml. P.V.P. + I.V.A.: 5.215 Ptas.

CON RECETA MEDICA. LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

Rittig S et al. Long-term double-blind crossover study of desmopressin intranasal spray in the management of nocturnal enuresis in Desmopressin in Nocturnal Enuresis Proc. Internat Symp (Ed. Sr Meadow) London 1989, pp 35-45

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta tarjeta de pedido a:



en el tratamiento
de la **enuresis**

MINURIN[®] Aerosol

DESMOPRESINA

**es seguro
es fisiológico
es eficaz**

"El tratamiento de la enuresis nocturna a largo plazo con desmopresina ha demostrado ser seguro y efectivo. Desmopresina tiene un rápido inicio de acción y el efecto no disminuye cuando el paciente se trata durante largos periodos de tiempo". Rittig

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

FERRING, S.A. Pº de Habana, 15
28036 MADRID. Teléf.: 564 26 33. Fax: 563 02 17

