

Año 1993

Nº 4

# 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.

- Pensar, hablar, representar**  
B. GOLSE

ISBN: 84-311-0623-9 © 1992  
PVP: 3.250 Ptas. con IVA y 3.155 Ptas. sin IVA

Distintos aspectos de la actividad de simbolización bajo una perspectiva cognitiva y psicodinámica.

- 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.

- 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:

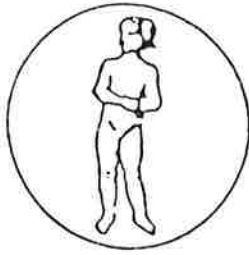
Nombre y Apellidos: .....

Dirección: ..... n.º .....

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 1993

© 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:

*Sociedad para la Publicidad  
Especializada (S.P.E., S.L.)*

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 Gallisa†

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, podrán 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

---

<b>Comentario breve</b>	Perspectivas actuales de la psiquiatría infantil de enlace <i>J.L. Jiménez Hernández</i>	<b>205</b>
<b>Artículos originales</b>	Derivaciones psiquiátricas infanto-juveniles a una unidad de salud mental (N= 1139). Muestra general <i>J.R. Gutiérrez-Casares, F.J. Busto, F. Galán, C. Rangel, M. Silvestre, I. Gálvez</i>	<b>208</b>
	Perfil de aptitudes intelectuales de una muestra de sujetos con fracaso escolar <i>G. Ruiz Cortina, A. Costa Peral, M. Torras Mañá, J. Judez Fageda, J. Artigas Pallarés, I. Lorente Hurtado</i>	<b>216</b>
	Trastornos psicopatológicos de aparición retardada en niños adoptados <i>V. Rubio Larrosa, E. Heras López, E. Bardina Tremps, A. Solans García</i>	<b>229</b>
	Sintomatología depresiva en adolescentes anoréxicas y depresivas <i>R. Escobar Giraldo, J.M. Haro Abad, J. Castro, J. Toro</i>	<b>235</b>
	La depresión en los niños tutelados <i>M. Valencia, A. Torres, A. Vázquez, M.D. Domínguez</i>	<b>239</b>
	Relación entre cromosoma Y largo y autismo: presentación de tres nuevos casos <i>F. Rey Sánchez, L. Elvira Peña, J. Salazar Veloz</i>	<b>243</b>
	Dificultades diagnósticas en el síndrome de Gilles de la Tourette: estudio de tres casos <i>C. Puig Rovira</i>	<b>249</b>
<b>Artículos de revisión</b>	Adaptación familiar y psicopatología infantil: alcance, validez y significación de la subescala "adaptación" en el cuestionario FACES III de Olson, Portner y Lavee <i>A. Polaino-Lorente, P. Martínez Cano</i>	<b>253</b>
	Escalas para los trastornos hiperkinéticos <i>M.A. Fernández Álvarez, T. Monsalve Aulestiarte, P. Rodríguez Ramos</i>	<b>261</b>
<b>Carta al director</b>		<b>270</b>
<b>Caso clínico</b>		<b>271</b>
<b>Reseñas terapéuticas</b>		<b>272</b>
<b>Comentario de publicaciones</b>		<b>274</b>
<b>Agenda</b>		<b>277</b>

---

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

<b>Brief commentary</b>	Present prospects of liaison psychiatry in children <i>J.L. Jiménez Hernández</i>	<b>205</b>
<b>Original articles</b>	Child and adolescents sent to a mental health unit (N= 1139). General sample <i>J.R. Gutiérrez-Casares, F.J. Busto, F. Galán, C. Rangel, M. Silvestre, I. Gálvez</i>	<b>208</b>
	Intellectual skills outline of a sample of subjects with school failure <i>G. Ruiz Cortina, A. Costa Peral, M. Torras Mañá, J. Judez Fageda, J. Artigas Pallarés, I. Lorente Hurtado</i>	<b>216</b>
	Psychopathological disorders of retarded onset in adopted children <i>V. Rubio Larrosa, E. Heras López, E. Bardina Tremps, A. Solans García</i>	<b>229</b>
	Depressive symptoms in adolescents with major depression or anorexia nervosa <i>R. Escobar Giraldo, J.M. Haro Abad, J. Castro, J. Toro</i>	<b>235</b>
	Depression in institutionalized children <i>M. Valencia, A. Torres, A. Vázquez, M.D. Domínguez</i>	<b>239</b>
	Relationship between long Y chromosome and autism: three new cases <i>F. Rey Sánchez, L. Elvira Peña, J. Salazar Veloz</i>	<b>243</b>
	Difficulties when diagnosing Gilles de la Tourette syndrome <i>C. Puig Rovira</i>	<b>249</b>
<b>Review articles</b>	Family adaptation and childhood psychopathology: extent, validity and significance of the subscale "adaptation" in the scale FACES III of Olson, Portner y Lavee <i>A. Polaino-Lorente, P. Martínez Cano</i>	<b>253</b>
	Scale for hyperkinetic disorders <i>M.A. Fernández Álvarez, T. Monsalve Aulestiarte, P. Rodríguez Ramos</i>	<b>261</b>
<b>Letter to the editor</b>		<b>270</b>
<b>Clinical case</b>		<b>271</b>
<b>Therapeutical summary</b>		<b>272</b>
<b>Publications commentary</b>		<b>274</b>
<b>Calender</b>		<b>277</b>

---

**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 \_\_\_\_\_ 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 **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\_\_



**J.L. Jiménez Hernández**

## Perspectivas actuales de la psiquiatría infantil de enlace

Unidad de Psiquiatría Infantil  
Departamento de Pediatría  
Hospital de Cruces  
Baracaldo. Vizcaya

### *Present prospects of liaison psychiatry in children*

Una de las premisas de la moderna psiquiatría comunitaria es transferir el "setting" de tratamiento desde los Centros Hospitalarios a la Comunidad<sup>(1)</sup>. La precariedad actual de la psiquiatría infantil en nuestro país, obliga a utilizar los servicios hospitalarios no sólo para atender los problemas de salud mental que tenga la población pediátrica del Hospital, sino también para cubrir la asistencia psiquiátrica del área de salud que le corresponda.

Para todas las edades, el trabajo en equipo multidisciplinario es eficaz y económico según sugiere la OMS<sup>(2)</sup>. El modelo más usado en Pediatría es el enlace o "liaison", que se caracteriza por mejorar la calidad asistencial, así como por incentivar el trabajo de todos los especialistas pediátricos que componen el equipo. Los métodos para desarrollar este modelo van a ser muy diferentes en virtud del lugar en que se aplique: Hospital terciario, Pediatría Extra-Hospitalaria, etc.<sup>(3,4)</sup>.

Los pacientes que acuden a un Hospital Infantil con problemas orgánicos (asma, diabetes, cáncer, entre otras patologías), y con dificultades de adaptación personales o familiares, forman uno de los grupos más numerosos de interconsulta pediátrica.

El segundo grupo de consultas atendidas por el psiquiatra infantil de un Hospital General lo constituyen aquellos pacientes pediátricos con problemas estricta-

mente psicológicos (trastornos del humor, trastornos disociativos y de conversión) o sociales (malos tratos, distocia social).

La información acerca de las características y el pronóstico de las interconsultas hospitalarias realizadas por los psiquiatras, es muy limitada<sup>(5)</sup>.

En opinión de los expertos<sup>(6)</sup>, los patrones de calidad asistencial en la psiquiatría infantil de enlace son el gasto previo al contacto hospitalario, comparado con el número de consultas, exploraciones e ingresos por el mismo motivo de consulta, posteriores al alta,

Los tipos de pacientes en el enlace psiquiátrico son diversos. Una tarea primordial puede estar en la psico-profilaxis de la hospitalización, sobre todo entre los seis meses y los cuatro años de edad. También la preparación para algunas pruebas médicas y la atención de las urgencias pueden ser labor del psiquiatra infantil.

Los problemas clínicos más frecuentemente consultados son:

- 1) Diagnóstico diferencial de un paciente pediátrico.
- 2) Cuadros agudos ("delirium" por ejemplo).
- 3) Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas y sus tratamientos.
- 4) Depresiones.
- 5) Niños terminales.
- 6) Interconsulta neonatal.

- 206
- 7) Los malos tratos. Cabría incluir aquí la talla baja por privación afectiva.
  - 8) El síndrome de Munchausen por poderes.
  - 9) La anorexia nerviosa.
  - 10) El paciente agresivo o potencialmente suicida.
  - 11) Los trastornos generalizados del desarrollo.
  - 12) La familia "difícil".

Por supuesto, hay muchos más temas que se tratan en la interconsulta, pero los enunciados pueden servir de referencia.

La metodología que casi todo el mundo aconseja emplear en la planta de pediatría, es el trabajo en equipo multidisciplinario<sup>(7)</sup>. Sin embargo, hay autores que defienden la hospitalización en Unidades Psiquiátricas Infantiles<sup>(8)</sup>. La conclusión generalizada es que el modelo más eficaz de liaison es el *pediátrico-psiquiátrico*; es decir, la suma de la eficaz y breve hospitalización pediátrica, junto a los métodos terapéuticos de los psiquiatras: psicología cognitiva, fenomenología, conductismo, psicoterapia de apoyo, terapia familiar, dinámica de grupos y psicofarmacología.

Los problemas de este tipo de trabajo en equipo pueden encontrarse en el período más largo de hospitalización que precisan los pacientes psiquiátricos; en la distinta asignación administrativa que tengan los psiquiatras infantiles respecto de los pediatras; y en la experiencia negativa que se vaya adquiriendo conjuntamente si no se consiguen delimitar bien los roles de ambos especialistas.

Lo ideal para trabajar en psiquiatría infantil de enlace es haber cursado la especialidad de pediatría y la de psiquiatría, situación impensable hoy por hoy. De este modo, los beneficios del enlace paidopsiquiátrico van a depender de las cualidades personales del psiquiatra infantil y de los pediatras, en la mayor parte de los Centros Hospitalarios de nuestro país.

A pesar de los riesgos, la colaboración entre psiquiatras infantiles y pediatras ha demostrado ser válida y eficaz en todos los estudios publicados en la bibliografía<sup>(9-12)</sup>. No habrá dificultades en el trabajo conjunto entre psiquiatras infantiles que se identifiquen y tengan interés por la pediatría, y pediatras que se muestren sensibles a los problemas emocionales de sus pacientes.

La eficacia de la actuación psiquiátrica dentro de un Departamento de Pediatría es evidente cuando pensamos que los programas de tratamiento conductual se aplican en los Hospitales desde que aquéllos los introdujeron, generalmente, con el apoyo de una Unidad de

Psicología Infantil que el mismo paidopsiquiatra es responsable de crear y dirigir. Por otra parte, la utilidad de los tests en medidas psico-sociales está reconocida por todos los pediatras del mundo<sup>(12)</sup>.

Dentro de la psiquiatría infantil de enlace, hay otra corriente que solamente se interesa por resolver correctamente los problemas planteados en las interconsultas pediátricas. Este grupo hace hincapié en los diagnósticos y orientaciones clínicas, en los tratamientos de apoyo a pacientes con enfermedades crónicas y sus familias; y, en general, en todos aquellos problemas que necesiten la intervención del psiquiatra<sup>(11)</sup>. Hay otro tipo de interconsultas en las que se solapa la patología psiquiátrica con la estrictamente pediátrica y es en este tercer grupo donde se hace más necesario el trabajo en equipo multidisciplinario, cuya creación dependerá de la responsabilidad que los pediatras quieran asumir, dentro de lo que se conoce como tratamiento global.

Otra labor fundamental del psiquiatra infantil de enlace es la de integrar a todos los personajes asistenciales que indican en la salud psicosocial del niño o adolescente. Entre ellos, dependiendo de las características y dotación de cada Centro, estarán los psicólogos, las enfermeras especializadas en psiquiatría infantil, logopedas, terapeutas ocupacionales, profesores de hospital y asistentes sociales, colaboradores en una u otra medida con el equipo de enlace intrahospitalario.

Probablemente, tenga que añadir una línea de comunicación "extramuros", que agrupe a los agentes primarios de salud infantil: pediatras de atención primaria, psiquiatras infantiles de sector, gabinetes psicológicos, logopedas, psicopedagogos, profesores e Instituciones vinculadas a la Protección y Ayuda al Menor.

En resumen, el papel que desarrolla un psiquiatra infantil en una Unidad Pediátrica puede variar mucho. En un extremo, está el modelo estricto de interconsulta, en el que se responde a las cuestiones que otros especialistas pediátricos le plantean. En el otro, estaría el consultor sistémico que se interesa por ayudar al personal asistencial y a las familias para llegar a conseguir conjuntamente una adecuada adaptación del paciente pediátrico a la enfermedad.

Para ser eficaz, el psiquiatra infantil debe ser facilitador e integrarse en los equipos pediátricos del hospital. Nunca puede dejar que se le convierta en un experto distante de los demás, al que se le pregunta ocasionalmente por algún síntoma psiquiátrico aislado.

Las tareas de trasladar conceptos médicos a los equipos psicosociales, así como un modo sencillo y útil de comprensión psicológica al "staff" pediátrico, son responsabilidades capitales del psiquiatra infantil de enlace.

El común acuerdo para proveer al paciente pediátrico

de los más modernos métodos de tratamiento es el lazo que une todo el sistema.

Por último, es preciso resaltar el esfuerzo que debe hacerse en la moderna interconsulta paidopsiquiátrica; esfuerzo de formación y docencia, por un lado; y de investigación junto a los pediatras, por otro.

207

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J. Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Acta Psychiatr Scand* 1993;**81**:359-363.
- 2 World Health Organization. *Psychiatry and primary medical care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1973.
- 3 Lewis M. Child psychiatric consultation in Pediatrics. *Pediatrics* 1978;**62**:359-364.
- 4 Garralda ME, Bailey D. Children with psychiatric disorders in primary care. *J Child Psychol Psychiatr* 1986;**27**:611-624.
- 5 Jellinek MS. The present status of child psychiatry in pediatrics. *N Engl J Med* 1982;**306**:1227-1229.
- 6 Brody EB. New Horizons for Liaison Psychiatry: Biomedical Technologies and Human Rights. *Am J Psychiatry* 1989;**146**:293-295.
- 7 Mrazek D. Child Psychiatry Consultation and Liaison to Pediatrics. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches*. 2nd edition. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1985:888-899.
- 8 Shafil M, McCue A, Ice JF, Schwab JJ. The development of Acute Short Term Inpatient Child Psychiatry Setting: A Pediatric-Psychiatry Model. *Am J Psychiatry* 1979;**136**:427-429.
- 9 Monnelly EP, Ianzito BM, Stewart MA. Psychiatric consultations in a children's hospital. *Am J Psychiatry* 1973;**130**:789-790.
- 10 Lana F, García R, Jiménez JL. Paidopsiquiatría en el Hospital general. En: *XII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Arán ediciones S.A. Madrid, 1987:275-282.
- 11 Lana F, Crespo MD, Jiménez JL. Análisis de las características socio-demográficas y de demanda de atención psiquiátrica en una consulta paidopsiquiátrica hospitalaria. *Rev Esp Pediatr* 1988;**44**:373-381.
- 12 Menahem S, Lubitz L. A multidisciplinary approach to the management of psychosocial admissions to a general pediatric ward. *Aust Paediatr J* 1985;**21**:163-167.

**J.R. Gutiérrez-Casares**  
**F. J. Busto**  
**F. Galán**  
**C. Rangel**  
**M. Silvestre**  
**I. Gálvez**

Unidad de Salud Mental. Hospital Infanta Cristina  
Badajoz

Derivaciones psiquiátricas  
infanto-juveniles a una unidad de  
salud mental (N= 1139). Muestra  
general

*Child and adolescents sent to a  
mental health unit (N= 1139).  
General sample*

**RESUMEN**

Se estudian las variables epidemiológicas generales de una muestra clínica de 1139 niños y adolescentes derivados a una Unidad de Salud Mental. Esta muestra representa el 30,2% del total de los pacientes derivados y se caracteriza por un predominio de los pacientes masculinos y urbanos, una mayor representación para el grupo de edad de siete a nueve años, mantener un flujo constante de derivación a lo largo de todo el año que proviene, principalmente, de los equipos de atención primaria y por qué los grupos diagnósticos más frecuentes son los trastornos por eliminación, códigos V, ausencia de diagnóstico y trastornos por conductas perturbadoras.

**PALABRAS CLAVE**

Derivaciones psiquiátricas; Variables epidemiológicas; Grupos diagnósticos.

**ABSTRACT**

*We study the general epidemiological variables of a clinical sample of 1139 children and adolescents sent to a Mental Health Unit (MHU). Our child and adolescent sample represents 30,2% of the overall psychiatric patients sent.*

*This sample has a male and urban predominance; it has a higher representation of the 7 to 9 old year group; the sample sent from primary health teams to our MHU with a constant flow during the year and the most frequent diagnostic groups are: elimination disorders, V codes, no diagnosis or condition on axis I/II, disruptive behavior disorders and anxiety disorders.*

**KEY WORDS**

*Psychiatric derivations; Epidemiological variables; Diagnostic groups.*

**Tabla 1** Características epidemiológicas generales de la MIJ

	<i>MIJ-Total</i>		<i>MIJ-Masculina</i>		<i>MIJ-Femenina</i>	
Nº pacientes	1139		679 (59,6%)		460 (40,4%)	
Edad (x±DE)	9,5013±3,9403		9,3594±3,8386		9,7109±4,0842	
Intervalo	1:17		1:17		2:17	
Capital/Urbano/Rural	1053/6/80		629/3/47		424/3/33	
Infantil/Juvenil	926/213		566/113		360/100	
Ratio Infantil/Juvenil	4,3		5,0		3,6	
Grupo diagnóstico más frecuente	T Eliminación	24%	T eliminación	26%	T Eliminación	21%
	Códigos V	14	Códigos V	13	Códigos V	16
	Ausencia de diagnóstico	12	Ausencia de diagnóstico	11	Ausencia de diagnóstico	12
	T conductas Pertur	6	T conductas Pertur	8	T por Ansiedad	6
	T por ansiedad	4	Retraso mental	4	T Adaptativos	6

## INTRODUCCIÓN

La epidemiología médica estudia la distribución de una enfermedad o de una condición fisiológica en una población determinada y los factores que la influyen<sup>(9)</sup>. Su aplicación a la patología psiquiátrica infanto-juvenil da respuesta a una gran variedad de cuestiones administrativas o de investigación y, a la vez, sus resultados están condicionados por factores tales como el tamaño de la muestra estudiada, el intervalo de edad, los dispositivos asistenciales, los grupos diagnósticos y el tipo de población estudiada (no-clínica, pediátrica o psiquiátrica).

Así, en muestras no-clínicas se han encontrado cifras de prevalencia de patología psiquiátrica infanto-juvenil entre el 5-12%<sup>(10)</sup>, mientras que en poblaciones pediátricas oscilan entre el 11 y el 22%<sup>(2,3)</sup>, y en poblaciones psiquiátricas de consultorios de neuro-psiquiatría se elevan hasta 17,7% para niños de 6 a 11 años<sup>(5)</sup>.

El propósito de este trabajo es el estudio de las variables epidemiológicas de una amplia muestra clínica de pacientes psiquiátricos infanto-juveniles derivados, por los Equipos de Atención Primaria y otros dispositivos asistenciales, a una Unidad de Salud Mental (USM)

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian las primeras consultas de la muestra infanto-juvenil (MIJ: edad inferior a 18 años) derivadas

a nuestra USM durante el período de tiempo comprendido entre marzo/86 y enero/93. para ello se tienen en cuenta los datos epidemiológicos relacionados con el sexo, lugar de residencia, fecha de derivación (año y período del año), edad, estado civil (si procede), actividad laboral (si procede), Equipo de Atención Primaria u otros sistemas de derivación, grupo diagnóstico y diagnóstico específico principal (según DSM-III y DSM-III-R).

Nuestra USM recibe pacientes de los Equipos de Atención Primaria ubicados en el Área Urbana de Badajoz-Capital, de médicos especialistas de los distintos Servicios del Hospital Regional Universitario Infanta Cristina y de otros organismos o instituciones públicas

## RESULTADOS

El total de la muestra derivada (adultos + infanto-juveniles) a nuestra USM durante este período de tiempo fue de 3770 pacientes.

De ellos, 1139 (30,2%) eran pacientes menores de 18 años (muestra infanto-juvenil: MIJ): 213 (5,6%) eran mayores de 13 años y menores de 18 (muestra juvenil: MJ) y 926 (24,6%) tenían menos de 14 años (muestra infantil: MI).

El 59,6% (679) de los pacientes eran de sexo masculino y el 40,4% (460) lo eran de sexo femenino (p: 0, p:< 0,001), con una ratio masculino/femenino de 1,48.

Las *características epidemiológicas generales* de la MIJ aparecen reseñadas en la tabla 1.

210

**Tabla 2** Relación sexo vs lugar de residencia

	Masculino	Femenino	Total
Badajoz-Capital	629	424	1053
Resto-Provincia	50	36	86
Total	679	460	1139

$\chi^2$ : 0,030796.  
 gl:1.  
 Probabilidad: 0,8607 NS.

La distribución de los pacientes en relación con el sexo y el lugar de residencia no presentaba diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2), pero estas diferencias sí eran significativas al estudiar la distribución del sexo dentro de los grupos de edad (infantil y juvenil), con una mayor frecuencia de varones en la submuestra infantil (61%) en relación con la juvenil (53%) ( $p < 0,05$ ) (Tabla 3).

La media de pacientes por año fue de  $162,71 \pm 45,96$   $x \pm DE$ , siendo  $97,00 \pm 26,78$  para el sexo masculino y  $65,71 \pm 22,19$  para el femenino.

La distribución de los pacientes en relación con los períodos del año, en trimestres (Tabla 4), presenta diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) con un menor número de pacientes en el tercer trimestre (meses de julio, agosto y septiembre). Estas diferencias son significativas cuando se valora la muestra global de pacientes ( $\chi^2$ : 34,9738, gl: 15,  $p$ : 0,0024802,  $p < 0,01$ ) y la muestra femenina ( $\chi^2$ : 291891, gl: 15,  $p$ : 0,015206,  $p < 0,01$ ) pero no lo son cuando se estudian los diferentes

**Tabla 3** Relación sexo vs grupo de edad

	Masculino	Femenino	Total
Juvenil	113	100	213
Infantil	566	360	926
Total	679	460	1139

$\chi^2$ : 4,3566  
 gl: 1  
 Probabilidad: 0,036865 ( $p < 0,05$ )

períodos del año en las submuestras masculina ( $\chi^2$ : 19,8006, gl: 15,  $p$ : 0,17972, NS).

La edad media de la MIJ fue de  $9,5013 \pm 3,9403$  años ( $X \pm DE$ ), siendo  $9,3594 \pm 3,8386$  la edad del grupo masculino y  $9,7109 \pm 4,0842$  la del femenino ( $t$ : 1,4781,  $p$ : 0,13939, NS).

A lo largo de los años puede observarse que, en general, la edad media de la muestra infanto-juvenil aumenta progresivamente, oscilando entre los  $8,91 \pm 3,92$  años de media de 1986 y los  $10,01 \pm 3,99$  años de 1992 (Tabla 5).

El número de pacientes para cada edad aparece reseñado en la tabla 6, en la que se observa un predominio de los pacientes entre siete y nueve años. El cociente M/F se mantiene homogéneo para cada edad y oscila entre el 0,88 de los 16 años y el 2,00 de los 12 años y no encontrándose diferencias significativas en la distribución por el sexo en los distintos grupos de edad (tomados de cinco en cinco años) ( $\chi^2$ : 3,5105,  $p$ : 0,31941, NS).

**Tabla 4.** Distribución de pacientes por períodos anuales

Año	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre			4º Trimestre			Total año		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1986-87	24	19	43	36	22	58	20	20	40	46	25	71	126	86	212
1988	40	23	63	29	19	48	23	7	30	31	14	45	123	63	186
1989	36	25	61	29	16	45	23	12	35	26	16	42	114	69	183
1990	32	28	60	23	15	38	20	4	24	27	14	41	102	61	163
1991	21	19	40	20	18	38	28	25	53	26	15	41	95	77	172
1992	34	27	61	23	34	57	25	21	46	37	22	59	119	104	223
Total	187	141	328	160	124	284	139	89	228	139	106	245	679	460	1139

$\chi^2$  Trimestres v. Total: 34,9738 gl:15  $p$ : 0,0024802  $p < 0,01$   
 $\chi^2$  Trimestres v. Masculino: 19,8006 gl:15  $p$ : 0,17972 NS  
 $\chi^2$  Trimestres v. Femenino: 29,1891 gl:15  $p$ : 0,015206  $p < 0,01$

**Tabla 5. Edades medias en los distintos años**

Año	Edad media	Desviación estándar	Error estándar	Intervalo	Número pacientes	
1986	8,9103	3,9252	0,44444	1-17	78	Total
	8,3830	3,7090	0,54114	1-17	47	Masculino
	9,7097	4,1649	0,74803	2-17	31	Femenino
1987	9,0299	3,6459	0,31495	2-17	134	Total
	8,9873	3,6144	0,40665	2-17	79	Masculino
	9,0909	3,7232	0,50203	2-17	55	Femenino
1988	9,3710	4,0063	0,29376	2-17	186	Total
	9,4228	3,9526	0,35639	2-17	123	Masculino
	9,2698	4,1395	0,52153	2-17	63	Femenino
1989	9,1803	3,9565	0,29247	2-17	183	Total
	9,0614	3,7541	0,35161	2-17	114	Masculino
	9,3768	4,2912	0,51660	2-17	69	Femenino
1990	9,8221	4,1065	0,32164	2-17	163	Total
	9,6569	4,0111	0,39716	3-17	102	Masculino
	10,0984	4,2806	0,54807	2-17	61	Femenino
1991	9,6570	3,8027	0,28995	2-17	172	Total
	9,2526	3,7227	0,38707	2-17	95	Masculino
	10,1558	3,8047	0,43358	2-17	77	Femenino
1992	10,0090	3,9898	0,26718	2-17	223	Total
	10,0042	3,8321	0,35128	2-17	119	Masculino
	9,9712	4,1815	0,41003	2-17	104	Femenino

**Tabla 6. Distribución del sexo en las distintas edades**

Edad	Masculino	Femenino	Total	%	M/F
1	1	0	1	0,1	—
2	9	10	19	1,7	0,90
3	19	13	32	2,8	1,46
4	36	24	60	5,3	1,50
5	53	32	85	7,5	1,66
6	57	40	97	8,5	1,43
7	75	38	113	9,9	1,97
8	60	40	100	8,8	1,50
9	63	37	100	8,8	1,70
10	46	32	78	6,8	1,44
11	56	37	93	8,2	1,51
12	52	26	78	6,8	2,00
13	39	31	70	6,1	1,26
14	31	23	54	4,7	1,35
15	28	27	55	4,8	1,04
16	23	26	49	4,3	0,88
17	31	24	55	4,8	1,29

El estado civil de la muestra infanto-juvenil se valoró como "no procedente" salvo en dos pacientes que estaban casado (uno varón y otro hembra) y una paciente que, con 17 años, ya era viuda.

Del total de la muestra, 1085 estaban en edad escolar obligatoria o, por su edad, aún no estaban escolarizados por lo que su actividad laboral se valoró como "no procedentes"; dos eran trabajadores cualificados, 10 eran trabajadores no cualificados, un paciente era ama de casa, 33 estaban estudiando y ocho estaban en el paro (siete de ellos con subsidio de desempleo).

La distribución de los pacientes teniendo en cuenta los *centros de derivación* aparece representada en la tabla 7.

Los *grupos diagnósticos*, siguiendo los encabezamientos generales de la DSM-III-R aparecen representados en la tabla 8.

Los *diagnósticos específicos más frecuente* (aquellos que tenían más de 10 niños/as) aparecen representados en la tabla 9.

## 212 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los resultados de este trabajo puede derivarse el perfil de la patología infanto-juvenil de nuestra área que requiere atención psiquiátrica especializada. El 30,2% del total de los pacientes enviados desde los distintos dispositivos asistenciales son menores de 18 años y el 24,6% son menores de 14 años. Estos datos son ligeramente superiores a los 17,7% de consultorios de neuropsiquiatría<sup>(9)</sup> y muy superiores a los 2,13% de otras Unidades de Salud Mental<sup>(4)</sup>.

Cada año se deriva una media de  $163 \pm 46$  niños/as, lo que indica una alta incidencia para las derivaciones de psiquiatría infanto-juvenil y justificaría la creación de unidades psiquiátricas infanto-juveniles para la atención de esta patología.

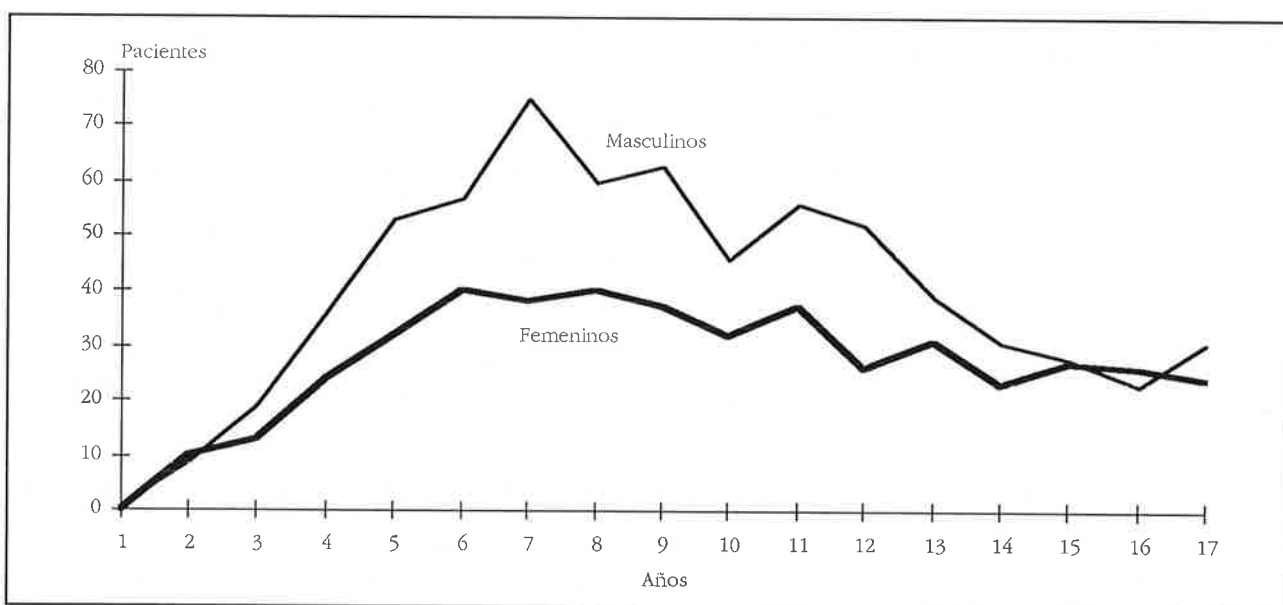
El 59,6% de los pacientes eran del sexo masculino, con una ratio M/F de 1,5, la cual está en consonancia con el predominio de pacientes masculinos, típico de todos los trabajos epidemiológicos infanto-juveniles, tanto en muestras psiquiátricas<sup>(1,6,13)</sup> como en muestras no-clínicas<sup>(10,12)</sup> y que podría estar en relación con un claro predominio de los varones en los grupos diagnósticos como enuresis y déficit de atención o en una mayor sensibilidad por parte de los padres, maestros o médicos para los trastornos psicopatológicos cuando éstos aparecen en el varón.

**Tabla 7** Dispositivos de derivación

Dispositivo	Pacientes	
Equipo Atención Primaria 1	264	Total equipos de Atención Primaria 970 (85,2%)
Equipo Atención Primaria 2	246	
Equipo Atención Primaria 3	158	
Equipo Atención Primaria 4	265	
Equipo Atención Primaria 5	37	
Médicos de cabecera	9	Total otros dispositivos asistenciales 169 (14,8%)
Especialidades	79	
PSQ de Hospital General	10	
Inspección médica	26	
Otros	45	

La distribución por sexo en las distintas edades (Fig. 1) presenta variaciones importantes observándose un claro predominio de los pacientes masculinos en las edades inferiores (ratio infantil M/F: 1,6) que tiende a igualarse e, incluso, invertirse en la adolescencia (ratio juvenil M/F: 1,1) e inicio de la edad adulta lo que coincide con los datos generales de la literatura<sup>(13)</sup>.

La mayor frecuencia de pacientes de Badajoz-capital está condicionada por la estructuración de nuestro dispositivo asistencial y este sesgo podría condicionar algunas de las características diagnósticas



**Figura 1.** Distribución por edades.



**Tabla 8. Frecuencia de los distintos grupos diagnósticos (según DSM-III-R)**

Grupo diagnóstico	Masculino (%)	Femenino (%)	Total %	Intervalo	Edad ± DE
01 Retraso mental	30 (4,4)	15 (3,2)	45 (3,9)	5:17	10,37 ± 3,12
02 T generalizados del desarrollo	4 (0,6)	0 (-)	4 (0,3)		
03 T específicos del desarrollo	20 (2,9)	7 (1,5)	27 (2,4)	1:13	06,03 ± 2,95
04 T por conductas perturbadoras	54 (7,9)	17 (3,7)	71 (6,2)	2:16	08,50 ± 3,21
05 T por ansiedad de la infancia o adolescencia	10 (1,5)	20 (4,3)	30 (2,6)	2:17	09,36 ± 3,39
06 T de la conducta alimentaria	4 (0,6)	21 (4,6)	25 (2,2)	2:15	08,88 ± 3,95
08 T por tics	36 (5,3)	10 (2,2)	46 (4,0)	3:17	11,21 ± 3,76
09 T de la eliminación	174 (25,6)	96 (20,9)	270 (23,7)	4:17	08,45 ± 2,96
10 T habla no clasificados en otro lugar	7 (1,0)	2 (0,4)	9 (0,8)	3:17	13,00 ± 4,63
11 Otros T de la infancia, la niñez o la adolescencia	5 (0,7)	1 (0,2)	6 (0,5)	4:11	08,00 ± 3,22
22 Otros T mentales orgánicos	1 (0,1)	0 (-)	1 (0,1)		
23 T uso sustancias psicoactivas	0 (-)	1 (0,2)	1 (0,1)		
26 T psicóticos no clasificados en otro lugar	0 (-)	1 (0,2)	1 (0,1)		
28 T depresivos	2 (0,3)	4 (0,9)	6 (0,5)	12:17	15,00 ± 1,78
29 T por ansiedad	22 (3,2)	26 (5,6)	48 (4,2)	4:17	12,39 ± 3,75
30 T somatoformes	3 (0,4)	4 (0,8)	7 (0,6)	10:17	13,28 ± 3,03
30 T disociativos	2 (0,3)	0 (-)	2 (0,2)		
33 Disfunciones sexuales	2 (0,3)	0 (-)	2 (0,2)		
34 Disomnias	4 (0,6)	3 (0,6)	7 (0,6)	4:13	08,42 ± 3,40
35 Parasomnias	20 (2,9)	13 (2,8)	33 (2,9)	4:17	09,30 ± 3,03
36 T facticios	0 (-)	1 (0,2)	1 (0,1)		
37 T control de los impulsos no clasificados en otros apartados	3 (0,4)	2 (0,4)	5 (0,4)	3:12	07,40 ± 4,03
38 T adaptativos	22 (3,2)	26 (5,6)	48 (4,2)	3:17	09,79 ± 4,32
39 T psicológicos que afectan al estado físico	22 (3,2)	16 (3,5)	38 (3,3)	5:17	11,34 ± 3,24
40 T de la personalidad	1 (0,1)	0 (-)	1 (0,1)		
41 Códigos V	86 (12,6)	74 (16,1)	160 (14,0)	2:17	10,01 ± 3,95
50 Ausencia de diagnóstico	78 (11,5)	57 (12,4)	135 (11,8)	2:17	08,51 ± 4,29
51 Diagnóstico aplazado	16 (2,3)	7 (1,5)	23 (2,0)	3:17	11,73 ± 4,38
00 Entrevista inicial	51 (7,5)	36 (7,8)	87 (7,6)	2:17	09,79 ± 4,38

de la muestra ya que numerosos trabajos han encontrado mayores frecuencias globales de patología psiquiátrica en pacientes urbano que en rurales<sup>(10)</sup> y que en nuestro caso, podrían estar relacionadas con la cercanía de los dispositivos asistenciales, la existencia de reuniones periódicas de coordinación con los EAP y la incorporación de la figura del psicólogo a consultas que con anterioridad eran exclusivamente médicas.

Estos determinantes geográficos y sociales podrían justificar las diferencias entre las muestras de predominio urbano y rural y la diferente distribución de los distintos grupos diagnósticos ya que éstos podrían estar condicionados por el hecho de que en

el medio rural sólo se derivan los pacientes con patologías más graves, menos influenciadas por variables socio-ambientales o emocionales (trastornos psiquiátricos asociados a enfermedades médicas, trastornos por déficit de atención con hiperactividad graves) y no se derivan pacientes con patologías menores (códigos V, ausencia de diagnóstico y trastornos esfinterianos) y no se encuentren los predominios de edad y sexo típicos de las muestras infanto-juveniles generales<sup>(7)</sup>.

La presencia de una disminución de pacientes en el tercer trimestre del año y particularmente durante los meses de julio y agosto, podría ser debido a la coincidencia con las vacaciones estivales, ya que

**Tabla 9 Diagnósticos específicos más frecuentes**

<i>Diagnóstico</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>	<i>Ratio M/F</i>
Enuresis funcional	157	90	247	1,7
Ausencia de diagnóstico en el eje I/II	78	57	135	1,4
Entrevista inicial	51	36	87	1,4
Problemas académicos	30	24	54	1,2
Factores psicológicos que afectan al estado físico	22	16	38	1,4
Simulación	19	17	36	1,1
T conducta desafiante	22	8	30	2,8
Terros nocturnos/sonambulismo	16	12	28	1,3
Retraso mental leve	18	9	27	2,0
Otras circunstancias familiares específicas	12	14	26	0,8
Trastorno déficit atención-hiperactividad	17	7	24	2,4
Encopresis funcional	17	6	23	2,8
Diagnóstico aplazado en el eje I/II	16	7	23	2,3
Tics transitorio	14	6	20	2,3
Tics motores o verbales crónicos	17	2	19	8,5
Capacidad intelectual límite	12	7	19	1,7
T conducta alimentaria no especificado	3	15	18	0,2
Problemas biográficos u otras circunstancias de la vida	8	7	15	1,1
T ansiedad excesiva	4	11	15	0,3
T adaptativos con alteración conducta	12	1	13	12,0
T ansiedad no especificado	6	7	13	0,9
Fobia simple	6	5	11	1,2
T específico del desarrollo de la lectura	7	4	11	1,7
T adaptativos con síntomas emocionales mixtos	2	9	11	0,2
T angustia de separación	5	5	10	1,0

estas mismas variaciones se observan en la muestra de pacientes adultos y podrían estar en relación con el hecho de que durante el período vacacional de los miembros del equipo no hay sustitutos. En un estudio mas profundo del flujo de pacientes recibidos hemos observado que el número de "solicitudes" de consulta durante este trimestre es igual al de otros trimestres, si bien al no poder ser atendidos en ese momento, se "acumulan" para ser vistos en el siguiente e "inflar" de esta manera el número de niños/as que se ven en el mes de septiembre o en el último trimestre del año.

El grupo de edad más frecuente fue el comprendido entre siete y nueve años, no diferenciándose este predominio de los encontrados en otros trabajos<sup>4, 6</sup>. El cociente M/F se mantiene homogéneo y con un predominio de los varones para cada edad, aunque presenta ligeras oscilaciones entre el 0,8 de los 16 años y el 2,00 de los 12 años.

La presencia de un aumento progresivo de la edad media en las derivaciones de cada año es un dato curioso que, en la actualidad, no podemos valorar

adecuadamente, aunque podría relacionarse con una disminución del número de niños en el grupo de edades inferiores.

El mayor porcentaje de pacientes está derivado por equipos de Atención Primaria (85%) y entre ellos no se observaron diferencias significativas una vez corregidos los valores en relación con el tiempo de funcionamiento de cada equipo.

Debido a la necesidad de acudir previamente a dispositivos de atención primaria o a otros dispositivos asistenciales, no se ha podido valorar adecuadamente la influencia de la familia en la derivación, aunque sí podrían atribuirse a la influencia familiar el hecho de que 87 pacientes no acudieron a la entrevista clínico-diagnóstica una vez realizada la petición de cita y el registro epidemiológico inicial.

Es llamativo el alto número de niños/as sin patología psiquiátrica estructurada que fueron derivados para valoración de síntomas o problemas, diagnosticados como factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen atención y tratamiento (códigos V), como ausencia de diagnóstico. Estos dos grupos, junto con los

que no acudieron a la entrevista diagnóstica, representan el 33,4% del total de la muestra; porcentaje muy similar al encontrado por otros autores<sup>(13)</sup>.

El grupo diagnóstico más frecuente fue el de los trastornos de la eliminación (23,7%), seguido de los trastornos por conductas perturbadoras, trastornos por ansiedad, trastornos adaptativos y trastornos por tics. Si bien los grupos diagnósticos más frecuentes coinciden con los habituales en este tipo de estudios, se observan importantes diferencias en la distribución porcentual al compararlos con otras muestras<sup>(1, 4, 6 11)</sup>.

Tanto en el subgrupo masculino como en el femenino predominan los diagnósticos de trastornos de la eliminación, códigos V y ausencia de diagnóstico; seguidos de los trastornos por conductas perturbadoras y de los retrasos mentales, en el grupo masculino, y de trastornos por ansiedad y trastornos adaptativos en el femenino.

Con relación a la edad media de los distintos grupos diagnósticos podemos ver que es el de los trastornos depresivos el que presenta una edad mayor, seguido de los trastornos somatoformes, los trastornos del

habla no clasificados en otro lugar y los trastornos por ansiedad. Los grupos de menor edad fueron los trastornos específicos del desarrollo, los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otro lugar y el de otros trastornos de la infancia, niñez o la adolescencia.

Los diagnósticos específicos más frecuentes fueron enuresis funcional, ausencia de diagnóstico en eje I/II problemas académicos, factores psicológicos que afectan al estado físico, simulación y trastornos de conducta desafiantes. Si bien estos datos coinciden con los generales en muestras psiquiátricas infanto-juveniles son muy diferentes de los encontrados en muestras de consultas de psiquiatría general de predominio rural y sin psicólogos asociados a ellas<sup>(7)</sup>.

En la mayoría de los diagnósticos específicos se objetivaba un predominio de varones siendo el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (ratio M/F= 0,2), trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos, trastorno por ansiedad excesiva, otras circunstancias familiares específicas y el trastorno de ansiedad no especificado los únicos diagnósticos en los que había un predominio de niñas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Anegón Medinabeitia R, Pascual García A, Rivases Aunes A, Lozano Soriano I. Estudio epidemiológico en un centro de salud mental infanto-juvenil de nueva creación. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1993;1:11-15.
- 2 Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D, Janiszewski S. Psychiatry disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1107-1116.
- 3 Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:851-855.
- 4 Dorado García R, Caravaca Bustos A, García López O. Análisis de la demanda asistencial en un E.C.S.M. *Libro de Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Córdoba 1990:501-503.
- 5 Espín Jaime FM. Demanda asistencial infantil en un consultorio de neuropsiquiatría. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1992;4:228-233.
- 6 Fernández Moreno A, Gómez-Ferrer Gorriz C, Pereyra Niño A. La enfermedad mental infanto-juvenil en la región de Murcia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;1:27-39.
- 7 Gutiérrez JR, Silvestre M, Alcaina T, Busto J. La patología psiquiátrica infanto-juvenil en la consulta de psiquiatría general. I: Epidemiología general, y II: Diferencias por edad. Trabajos presentados en el I Congreso sobre Atención Primaria en el Escolar y Adolescente. Zaragoza, 1991.
- 8 Gutiérrez-Casares JR, Busto J, González A, Elvira L, Rangel C, Calderón P. Epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders in a Spanish mental health unit (N= 926). *VI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology*. Lisboa, April 14-17, 1993.
- 9 Lilienfeld AM. *Foundation of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1976.
- 10 Offord DR, Fleming JE. Epidemiology. En: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991:1156-1168.
- 11 Romero Garcés VJ, Bara García E, Arilla Aguilera A, González Uriarte A. Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil en Huesca. *Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1992;3:158-161.
- 12 Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yale W. Attainment and adjustment in two geographical areas. I: The prevalence of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1975;126:493-509.
- 13 Velilla Picazo JM, Bonals Pi A, Miravete Fuertes P, Anegón Medinabeitia R. Aspectos epidemiológicos en psiquiatría infanto-juvenil. Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Jaca 1983:202-213.

**G. Ruiz Cortina**  
**A. Costa Peral**  
**M. Torras Mañá**  
**J. Judez Fageda**  
**J. Artigas Pallarés**  
**I. Lorente Hurtado**

Clínica Infantil Nen Jesús. Sabadell

Perfil de aptitudes intelectuales  
de una muestra de sujetos con  
fracaso escolar

*Intellectual skills outline of a  
sample of subjects with school  
failure*

**RESUMEN**

El propósito de este trabajo es exponer los resultados del estudio estadístico realizado sobre el perfil de aptitudes intelectuales de una muestra de 100 niños con fracaso escolar, de edades comprendidas entre los 6 y 14 años, remitidos al Servicio de Psicodiagnóstico de la Clínica Infantil Nen Jesús de Sabadell por los Servicios de Paidopsiquiatría y Neurología de la propia clínica, para realizar una valoración psicológica del nivel intelectual de dichos sujetos.

Los resultados estadísticos obtenidos han puesto de manifiesto que los sujetos de la muestra presentan un desarrollo disarmónico de las aptitudes intelectuales constatándose un nivel de desarrollo más alto de las funciones manipulativas en relación a las verbales. Se ha hallado así mismo una correlación altamente significativa entre los resultados obtenidos en las pruebas de factor g aplicadas y los resultados de las pruebas manipulativas, no existiendo correlación entre los resultados de la prueba de inteligencia general y las pruebas verbales. En la escala verbal aparecen como subtests desfavorecidos los que están influenciados por factores socio-culturales y de estimulación temprana. El perfil de aptitudes se

mantiene a lo largo de los ciclos de EGB lo cual permite suponer, a pesar de no haber hecho un estudio longitudinal, que los contenidos y metodología utilizada en la escuela no son suficientes para compensar, a lo largo de los ciclos de EGB, los déficits de origen socio-cultural con lo que el niño de clase socialmente deprivada llega a la escuela.

**PALABRAS CLAVE**

Aprendizaje escolar; Perfil intelectual disarmónico; Variables socioculturales; Fracaso escolar.

**ABSTRACT**

*The aim of this work is to show the results of a statistical study made to know the intellectual skills outline of a 100 children sample aged 6-14 with school failure and sent to the Psychodiagnosis Unit of the Clínica Infantil Nen Jesús de Sabadell by the Paidopsychiatry and Neurology Unit of the same hospital to have psychological assessment of their intellectual level.*

*The results show that the subjects of the sample have*

*a disarmonical development of the intellectual skills: the level of development is higher in handling qualities than in verbal ones. We have also found a highly significant correlation between the results obtained using factor g tests and manipulative tests. There is no correlation between the results from the general intelligence test and verbal tests. There are some disadvantaged subtests in the verbal scale, such as those influenced by sociocultural factors and early stimulation. This skills outline keeps going throughout the EGB with let us suppose, although no longitudinal study has been made, that both contents and methodology used at school are not sufficient enough to balance, during these school years, the socio-cultural deficits that this child from a deprivative social class show when he arrives to school.*

#### KEY WORDS

*School apprenticeship; Disarmonical intellectual outline; Socio-cultural variables; School failure*

#### INTRODUCCIÓN

El fracaso escolar constituye un problema abierto del sistema educativo actual en nuestro país. Las preocupaciones relativas al fracaso escolar se remontan a principios de siglo, momento en el que se inició la escolarización obligatoria, y se constataron las dificultades de adaptación a la escuela de un número importante de alumnos. Las causas de estas dificultades se atribuyen primero al propio niño y principalmente a déficits intelectuales, los niños que fracasaban en la escuela eran considerados débiles mentales. Más tarde y en estudios más exhaustivos sobre el retraso mental se llegó a distinguir entre debilidad mental y pseudooligofrenias. Se definieron a partir de entonces trastornos específicos del aprendizaje que no iban acompañados de retraso mental, y que también ocasionaban fracaso escolar. A partir de la década de los 50 se empezó a estudiar el fracaso escolar desde una vertiente multifactorial, las causas del fracaso se atribuyeron a retraso mental, trastornos del lenguaje, trastornos de la motricidad y sensoriales, trastornos de

la personalidad, etc. No obstante, la causa todavía se buscaba en el propio niño. Es a partir de la década de los 70 que partiendo de estudios experimentales sobre el fracaso escolar se descubrieron otras posibles causas. Se comprobó que un 50% de la población escolar no rebasaba los contenidos correspondientes a la enseñanza elemental, constatándose que la mayor parte de estos niños que fracasaban pertenecían a clases sociales desfavorecidas culturalmente. Se empezó a cuestionar a partir de entonces el papel que jugaba la escuela y la familia en el fracaso del niño en la escuela, analizándose así mismo el papel de la escuela como compensadora o potenciadora de déficits culturales iniciales.

Las causas del fracaso escolar debían buscarse en tres planos distintos, que se interrelacionaban entre sí: problemas del propio niño, características familiares y del medio socio-cultural, y estructura y funcionamiento de la escuela. Contenidos y programas escolares.

Partiendo de estos presupuestos y dado que un número alto de las consultas psicológicas que nos remitían al Servicio de Psicodiagnóstico eran casos de fracaso escolar, creímos que podríamos contribuir al estudio de este problema estudiando el perfil de aptitudes intelectuales de los sujetos que acudían a consulta por esta causa. El propósito de este trabajo es exponer los resultados del estudio estadístico realizado sobre el perfil de aptitudes intelectuales de una muestra de 100 niños con fracaso escolar e inteligencia normal provenientes de distintos distritos del Vallés Occidental, de edades comprendidas entre los 6 y 14 años remitidos al servicio de psicodiagnóstico de la Clínica Infantil Nen Jesús de Sabadell por los servicios de Paidopsiquiatría y Neurología de la propia clínica, para realizar una valoración psicológica del nivel intelectual de dichos sujetos.

#### HIPÓTESIS DE TRABAJO

La experiencia en la exploración psicológica de niños con fracaso escolar ponía de manifiesto que:

- Un número muy elevado de alumnos con fracaso escolar presentaba un nivel de inteligencia dentro de los límites normales a su edad.

- El desarrollo de las aptitudes intelectuales era disarmónico, presentando un desarrollo más alto de las funciones manipulativas que de las verbales.

218 - La extracción social de los alumnos era proveniente en su mayoría de clase obrera, de lengua materna castellana y que asistían a escuelas públicas.

Basándonos en nuestra muestra nos planteamos estudiar las siguientes hipótesis:

- Si el fracaso escolar no necesariamente estaba unido a déficits intelectuales.

- Si el éxito escolar estaría más relacionado con un desarrollo alto de las funciones verbales que de las manipulativas.

- Si el desarrollo de las funciones verbales podría estar influenciado desde las primeras edades por factores socio-culturales y ambientales.

- Si la inteligencia general (factor g) correlacionaría de forma más alta, en sujetos provenientes de medios desfavorecidos culturalmente, con el nivel de inteligencia manipulativa más que con el de inteligencia verbal.

- Si la causa del fracaso escolar no debería solamente buscarse en unos déficits intelectuales propios del sujeto sino en otros factores, tales como: tipos de aprendizaje, estilos cognitivos, metodología de enseñanza, contenidos escolares, hábitos y motivación, etc.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Con el fin de evaluar la capacidad intelectual de los sujetos de la muestra en lo referente a funciones verbales, manipulativas y de inteligencia general se han utilizado las siguientes escalas:

- *Escala de inteligencia de Wechsler para niños.*

- *Escala de madurez mental de Columbia* (sujetos de 6 a 11 años, ambas edades inclusive).

- *P.M. 56 de Raven* (sujetos de 11 a 14 años, ambas edades inclusive).

Las pruebas han sido aplicadas de forma individual por el mismo examinador a todos los sujetos de la muestra.

En el estudio se han tenido en cuenta también los siguientes datos: nivel socio-cultural de los sujetos y monolingüismo-bilingüismo. Los criterios utilizados en cuanto a catalogación del nivel sociocultural se basaron en el nivel de estudios alcanzados por los padres; las categorías utilizadas fueron: estudios primarios, estudios medios y estudios superiores. El criterio de monolingüismo o bilingüismo se estableció en cuanto a si la lengua utilizada en casa y en la escuela era la misma o bien se utilizaban dos lenguas de forma claramente diferenciada.

Para verificar las hipótesis se han llevado a cabo dos tipos de estudios:

### Estudio del perfil aptitudinal de la muestra de fracaso escolar

Para llevar a cabo este estudio se ha dividido la muestra en tres grupos, según edad cronológica:

*Grupo A:* compuesto por los sujetos de 6-7-8 años

*Grupo B:* compuesto por los sujetos de 9-10-11 años

*Grupo C:* compuesto por los sujetos de 12-13-14 años

Se ha hallado la media y las desviaciones estándar de los C.I. total, verbal y manipulativo del Wisc para los tres grupos de la muestra. Se ha realizado, asimismo en los tres grupos un perfil de los resultados de los subtests del Wisc de la escala verbal y de la manipulativa, valorando las capacidades implicadas y comparando los resultados de los tres grupos entre sí y las puntuaciones dentro del mismo grupo.

Se ha verificado la correlación de los resultados obtenidos en las escalas verbal y manipulativa del Wisc con los resultados obtenidos en la prueba de factor G (Matrices Progresivas de Raven, a PM 56) y Escala de madurez mental de Columbia.

### Estudio comparativo del perfil aptitudinal de la muestra de fracaso escolar con el perfil aptitudinal de la población general

Se ha utilizado en este estudio como perfil aptitudinal de la población general los resultados obtenidos en la

Tabla 1 Grupos de la muestra: edad y sexo

	Edad	Sexo		Nº total
		Masculino	Femenino	
Grupo A	6 a.	21 61,8%	13 38,2%	34
	7 a.			
	8 a.			
Grupo B	9 a.	23 69,7%	10 30,3%	33
	10 a.			
	11 a.			
Grupo C	12 a.	24 77,5%	7 22,5%	31
	13 a.			
	14 a.			
		68 69%	30 31%	98

baremación del WISC hecha por TEA en 1974 para estos mismos grupos de edad.

En este estudio se han comparado las medias de los C.I. verbal y manipulativo de la muestra de fracaso escolar, con las de la población general, buscando si existían diferencias estadísticamente significativas. El mismo proceso se ha llevado a cabo en el análisis de subtests de la escala verbal y manipulativa.

### **Descripción de la muestra de fracaso escolar y criterios de selección**

Fueron remitidos al Servicio de Psicodiagnóstico para valorar su nivel intelectual 115 niños, por presentar dificultades importantes de rendimiento escolar. Del total de niños explorados se seleccionaron para este estudio 98, excluyéndose 17 sujetos por presentar retraso mental (C.I. inferior 80), alteraciones de la personalidad o alteraciones sensoriales, que habían sido diagnosticadas clínicamente en exploraciones previas o detectadas en el curso de la exploración psicológica y posteriormente comprobadas, dado que por sí mismas podían justificar el fracaso escolar de dichos sujetos.

La muestra seleccionada consta de 98 sujetos de 6 a 14 años de edad cronológica, provenientes de Sabadell y comarca, que actualmente cursan EGB y que han sido remitidos al Servicio de Psicodiagnóstico por fracaso escolar.

En este estudio y con el fin de seleccionar la muestra, utilizamos como indicadores de fracaso escolar:

1. Haber repetido uno o más cursos y continuar presentando problemas de rendimiento escolar.
2. El obtener una calificación global de insuficiente en un curso sin causas que lo justifiquen.

Los sujetos se han dividido en tres grupos, según edad cronológica. Están distribuidos de la siguiente forma según edad y sexo (Tabla 1).

### **Tratamiento estadístico**

Para la comparación de puntuaciones verbales y manipulativas dentro de los grupos A, B y C se utiliza una prueba *t* de Student para grupos dependientes, con probabilidades de aceptación de la hipótesis de un 95 y 99%, cumpliendo todos los requisitos de número de individuos para su aplicación.

El mismo procedimiento para las comparaciones de las puntuaciones verbales y manipulativas entre los individuos de la muestra y los de la población

general, según procedimiento de grupos independientes.

- Para la comprobación de la existencia o no diferencias entre los subtests verbales y manipulativos de cada muestra se utiliza el análisis de la varianza ANOVA de un factor, entre las puntuaciones típicas de los subtests, previa comprobación de la homogeneidad de las varianzas por la prueba F de Snedecor.

- Una vez comprobadas estas diferencias, se procede al análisis de las diferencias con una prueba T de Tuckey.

- Para el análisis de la correlación de puntuaciones verbales y manipulativas con una prueba de Factor "g" se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman.

- El estudio de la influencia de los factores bilingüismo y nivel sociocultural sobre puntuaciones verbales, se realiza mediante una ANOVA 2 x 2, dos factores a dos niveles. Nivel cultural dividido en alto y bajo, y bilingüismo en sí o no.

- El análisis de las diferencias entre niños/as en las tres muestras, se realiza mediante prueba  $\chi^2$  para grupos independientes.

## **RESULTADOS**

### **Muestra A**

- *Comparación de las puntuaciones verbales y manipulativas en la muestra (34 sujetos).*

Se utiliza una prueba *t* de Student para grupos dependientes

$$t = 7,0 \quad t(33, 0,05) = 2,04$$

$$t(33, 0,01) = 2,75$$

Existe una diferencia significativa estadísticamente a favor de la puntuación manipulativa en aproximadamente 10,6 puntos.

- *Comprobación de las diferencias entre las puntuaciones globales verbales, manipulativas y totales con la población normal.*

Puntuaciones verbales:

$$Z = 5,3 \quad Z(0,05) = 1,96$$

$$Z(0,01) = 2,5$$

La muestra presenta diferencias significativas en las puntuaciones verbales respecto a la población normal en 10 puntos por debajo.

## 220 Puntuaciones manipulativas:

$$Z = 0,19$$

La muestra no presenta diferencias significativas con la población normal en las puntuaciones manipulativas.

### Puntuaciones totales

$$Z = 2,6$$

Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del CI total entre la muestra y la población normal.

- *Comprobación de las diferencias entre los subtests verbales de la muestra.* Aplicamos ANOVA 1 factor.

Información	Sx= 1,9	X= 7,5
Comprensión	Sx= 1,9	X= 10,4
Aritmética	Sx= 1,7	X= 9,1
Semejanzas	Sx= 2,5	X= 9,5
Vocabulario	Sx= 1,28	x= 8,5

Utilizamos el análisis de la varianza, previa comprobación de la homogeneidad de varianzas por la prueba F de Snedecor:

$$F(4,165, 0,05) = 2,43$$

$$F(4,165, 0,01) = 3,44$$

Los cinco subtests verbales no son homogéneos entre sí en nuestra muestra.

Utilizando el método Tukey para analizar de dónde provienen las diferencias entre los subtests, encontramos:

Diferencia: I - V = 1; V - 1 = 0,6; Semej - Aritm. = 0,4; C - S = 0,9.

Se aprecia que las diferencias provienen de los subtests entre sí, puesto que existen diferencias significativas entre ellos.

- *Comparación de las diferencias entre los subtests verbales de los sujetos de nuestra muestra con respecto a la población normal.*

$$\text{Información } Z = 7,9 \quad Z(0,05) = 1,96 \\ Z(0,01) = 2,5$$

Hay diferencia significativa entre los sujetos de la muestra en el subtest información, con respecto a los niños de la población normal, en tres puntos por debajo.

$$\text{Comprensión } Z = 0,4$$

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas

$$\text{Aritmética } Z = 4,3$$

Hay diferencias significativas entre la muestra y la población normal en 1,7 puntos por debajo de la primera.

$$\text{Semejanzas } Z = 2,2$$

No existen diferencias estadísticamente significativas.

$$\text{Vocabulario } Z = 4,6$$

La muestra presenta diferencias significativas con la población normal en 1,6 por debajo, en el subtest de vocabulario.

- *Comprobación de las diferencias entre los subtests manipulativos entre los sujetos de la muestra.*

$$\text{Fig. incompletas } Sx = 2,8 \quad X = 11,4$$

$$\text{Historietas } Sx = 2,6 \quad X = 10,11$$

$$\text{Cubos } Sx = 2,3 \quad X = 10,3$$

$$\text{Rompecabezas } Sx = 3,2 \quad X = 10,5$$

$$\text{Claves } Sx = 3,6 \quad x = 9,2$$

Aplicamos un ANOVA de un factor

$$F(4,165, 0,05) = 2,43$$

$$F(4,165, 0,01) = 3,44$$

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los subtests manipulativos, son homogéneos entre sí.

- *Comparación de los subtests manipulativos de la muestra con la población normal.*

$$\text{Fig. incompletas } z = 1,6 \quad (z 0,05) = 1,96$$

$$(z 0,01) = 2,5$$

No hay diferencia estadísticamente significativa.

$$\text{Historietas } z = 1,4$$

No hay diferencias

$$\text{Cubos } z = 0,5$$

No hay diferencias

$$\text{Rompecabezas } z = 0,6$$

No hay diferencias

$$\text{Claves } Z = 2,16$$

Hay diferencias significativas con la población normal con riesgo  $\alpha = 0,05$

- *Análisis del perfil de la muestra*

Con los resultados obtenidos, podemos elaborar un perfil para esta muestra

$$\text{Información: } 7,5 \downarrow \quad \text{Fig. incompletas: } 11,4$$

$$\text{Comprensión: } 10,4 \quad \text{Historietas: } 10,11$$

$$\text{Aritmética: } 9,1 \downarrow \quad \text{Cubos: } 10,3$$

$$\text{Semejanzas: } 9,5 \quad \text{Rompecabezas: } 10,5$$

$$\text{Vocabulario: } 8,5 \downarrow \quad \text{Claves: } 9,2 \downarrow$$

$$\text{CI verbal: } 88,9 \downarrow; \text{ CI manipulativo: } 99,5; \text{ CI total: } 94,0$$

Los subtests verbales que se presentan por debajo de la población normal son, pues, información, aritmética y vocabulario. En el área manipulativa, son las claves las inferiores.



- En un primer análisis de las capacidades compartidas por dos o más subtests que se presenten inferiores a la población normal, obtenemos como *aspectos desfavorecidos* y siguiendo con el modelo de Kaufman:

- Conocimiento adquirido (I, A, V)
- Memoria a largo plazo (I, A, V)
- Acopio de información (I, V)
- Independencia de la distracción (A, C)
- Secuenciación (A, C)
- Capacidad de aprendizaje (V, C)

*Influencias* compartidas por dos o más subtests

Distracción (A, C)

Cantidad de lectura externa (I, V)

Intereses (I, V)

Riqueza del ambiente temprano (I, V)

Aprendizaje escolar (I, A, V)

Vamos a dejar las conclusiones y elaboración de estas capacidades para poder después trabajarlas en comparación con las otras muestras.

### Muestra B

- *Comparación de las puntuaciones verbales y manipulativas en la muestra (33 sujetos).*

Aplicamos *t* de Student para grupos dependientes

$$t(32, 0,5) = 2,0$$

$$t(32, 0,01) = 2,7$$

$$D = N-1 = 32$$

Hay diferencias significativas de 11 puntos a favor del manipulativo en los sujetos de la muestra.

- *Comprobación de las diferencias entre las puntuaciones globales verbales, manipulativas y totales con la población normal.*

Puntuaciones verbales:

$$Z(0,05) = 1,96$$

$$Z(0,01) = 2,5$$

La muestra presenta una diferencia de 11 puntos por debajo respecto de la población sin problemas de aprendizaje

Puntuaciones manipulativas:

$$Z = 0,3$$

La muestra no presenta diferencias significativas con la población normal.

Puntuaciones totales:

$$Z = 0,96$$

La puntuación total de la prueba no difiere en nuestra muestra con respecto a la población normal.

- *Comprobación de las diferencias entre los subtests verbales en la muestra.*

Aplicamos ANOVA 1 factor

$$\text{Información } Sx = 2,2 \quad x = 7,3$$

$$\text{Comprensión } Sx = 2,2 \quad X = 10,0$$

$$\text{Aritmética } Sx = 2,99 \quad X = 11,2$$

$$\text{Semejanzas } Sx = 2,48 \quad X = 10,2$$

$$\text{Vocabulario } Sx = 1,98 \quad X = 7,5$$

Utilizamos el análisis de la varianza, previa comparación de la homogeneidad de la varianza por la prueba F de Snedecor

$$F(4, 160, 0,05) = 2,43$$

$$F(4, 160, 0,01) = 3,44$$

Los cinco subtests de nuestra muestra son homogéneos entre sí.

- *Comprobación de las diferencias entre los subtests verbales de los sujetos de la muestra con respecto a la población normal.*

$$\text{Información } Z = 7,40 \quad Z(0,05) = 1,96$$

$$Z(0,01) = 2,5$$

La muestra presenta una diferencia de tres puntos por debajo de la puntuación en información en los sujetos normales

$$\text{Comprensión } Z = 1,34$$

No existen diferencias significativas con la población normal.

$$\text{Aritmética } Z = 0,67$$

No presenta diferencias el subtest aritmética con la población normal.

$$\text{Semejanzas } Z = 0,3$$

No se evidencian diferencias significativas

$$\text{Vocabulario } Z = 6,5$$

La muestra presenta diferencias significativas en este subtest con respecto a la población normal en 2,6 puntos.

- *Comprobación de las diferencias entre los subtests manipulativos entre sujetos de la muestra.*

ANOVA 1 factor

$$\text{Fig. incompletas } Sx = 2,5 \quad x = 11,4$$

$$\text{Historietas } Sx = 2,8 \quad x = 10,9$$

$$\text{Cubos } Sx = 2,6 \quad x = 10,5$$

$$\text{Rompecabezas } Sx = 2,7 \quad x = 11,5$$

$$\text{Claves } Sx = 2,3 \quad x = 8,4$$

222  $F(4, 160, 0,05) = 2,43$   
 $F(4, 160, 0,01) = 3,44$

Los cinco subtests manipulativos no son homogéneos entre sí en la muestra. Se observa que el subtest clave es el que aporta esta diferencia.

- *Comparación de los subtests manipulativos de la muestra con la población normal.*

Fig. incompletas  $z = 1,4$ . No existen diferencias  
Historietas  $z = 0,4$ . No existen diferencias  
Rompecabezas  $z = 0,7$ . No hay diferencias  
Cubos  $z = 0,8$ . No se aprecian diferencias  
Claves  $z = 1,8/0,45 = 4$ ;  $z(0,05) = 1,96$ ;  $z(0,01) = 2,5$ .  
Se comprueban diferencias estadísticamente significativas con la población normal.

- *Análisis del perfil de la muestra.*

Información = 7,3 ↓ Fig. incompletas = 11,4  
Comprensión = 10 Historietas = 10,9  
Aritmética = 11,2 Cubos = 10,5  
Semejanzas = 10,2 Rompecabezas = 11,5  
Vocabulario = 7,5 ↓ Claves = 8,4 ↓  
CI verbal: 88,9; CI manipulativo: 100,6; CI total: 95,06.

- *Análisis de las capacidades desfavorecidas*

Siguiendo en la línea de Kaufman, destacaremos aquellas capacidades compartidas por dos o más subtests que se encuentren bajo la puntuación normal:

Acopio de información (I, V)  
Capacidad de aprendizaje (V, C)

*Influencias*

Cantidad de lectura externa (I, V)  
Intereses (I, V)  
Riqueza del ambiente temprano (I, V)

### Muestra C

- *Comparación entre las puntuaciones verbales y manipulativas de la muestra (31 sujetos)*

Aplicamos *t* de Student para grupos dependientes.  
 $t(30, 0,05) = 2,04$   
 $t(30, 0,01) = 2,75$

Hay diferencia significativa en 12 puntos a favor del manipulativo en nuestra muestra.

- *Comprobación de las diferencias entre las puntuaciones verbales, manipulativas y totales de la muestra con la población normal.*

Puntuaciones verbales:

$Z = 4,4$   $Z(0,05) = 1,96$   
 $Z(0,01) = 2,05$

La muestra presenta diferencias significativas con la población normal en las puntuaciones verbales en 10,7 puntos por debajo.

Puntuaciones manipulativas:

$Z = 1,2$

No existen diferencias significativas en las puntuaciones manipulativas.

Puntuaciones totales:

$Z = 2,6$

Existen diferencias en las puntuaciones totales entre la muestra y la población normal en 6,5 puntos por debajo.

- *Comprobación de las diferencias en los subtests verbales en la muestra.* Aplicamos ANOVA 1 factor.

Información	$S_x = 2,35$	$x = 7,2$
Comprensión	$S_x = 2,9$	$X = 10,7$
Aritmética	$S_x = 3,5$	$x = 10,5$
Semejanzas	$S_x = 2,3$	$x = 9,8$
Vocabulario	$S_x = 2,9$	$x = 7,7$

Utilizamos el análisis de la varianza, previa comprobación de la homogeneidad de varianzas por la prueba F de Snedecor

$F(4, 145, 0,05) = 2,43$

$F(4, 145, 0,01) = 3,44$

Los subtests verbales en la muestra presentan diferencias significativas, no son homogéneos entre sí. Las diferencias provienen de las varianzas entre los grupos.

- *Comprobación de las diferencias entre los subtests verbales de los sujetos de la muestra con respecto a población normal.*

Información  $Z = 10,9$   $Z(0,05) = 1,96$   
 $Z(0,01) = 2,5$

La muestra presenta diferencias en 4,5 puntos por debajo con la población normal, en el subtest información

Comprensión  $Z = 0,2$

No se evidencian diferencias con la población normal en este subtest.

Aritmética  $Z = 6$

La muestra presenta diferencias con la población normal





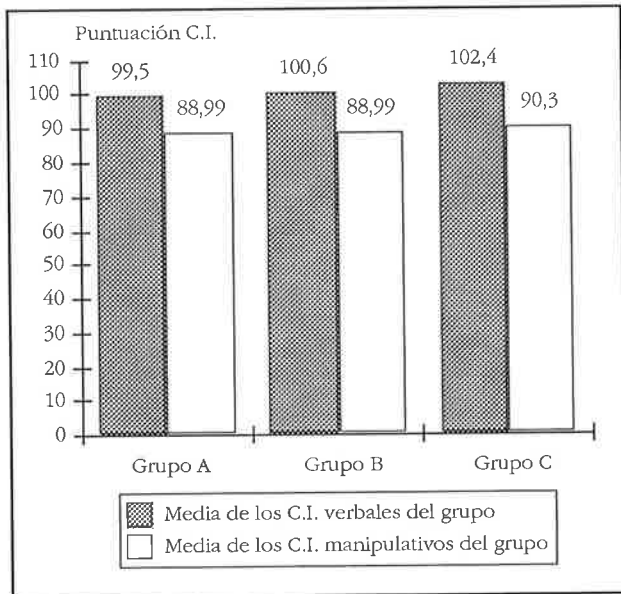


Figura 1. Diferencia entre las puntuaciones verbales y manipulativas de los grupos de la muestra

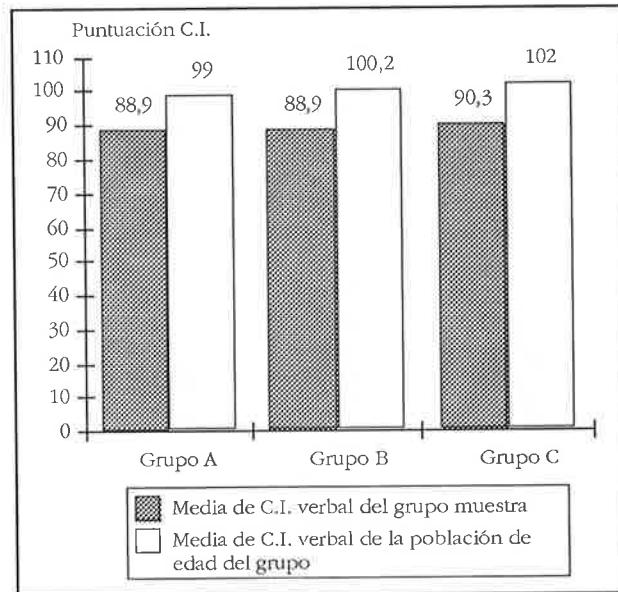


Figura 2. Comparación del C.I. verbal entre la muestra y la población

Semejanzas  $Z = 5,1$

La muestra presenta diferencias significativas con la población normal en este subtest.

Vocabulario  $Z = 3,9$

La muestra presenta diferencias con la población normal en este subtest en dos puntos por debajo.

- Comprobación de las diferencias entre los subtests manipulativos entre los sujetos de la muestra

$F(4, 145, 005) = 2,43$

$F(4, 145, 0,01) = 3,44$

Fig. incompletas  $S_x = 2,03$   $x = 11,1$

Historietas  $S_x = 1,8$   $x = 11,6$

Cubos  $S_x = 2,2$   $x = 10,8$

Rompecabezas  $S_x = 2,5$   $x = 11,8$

Claves  $S_x = 2,02$   $x = 9,5$

Se demuestra en el ANOVA 1 factor que existen diferencias entre los subtests manipulativos en la muestra, no son homogéneos entre sí.

- Comprobación de los subtests manipulativos de la muestra con la población normal.

Fig. incompletas  $z = 1,8$

$z(0,05) = 1,96$ ;  $z(0,01) = 2,5$

No existen diferencias en este subtest con la población normal.

Historietas  $z = 0,2$

No se demuestran diferencias

Cubos  $z = 1$

No hay diferencias en la población normal

Rompecabezas  $z = 2,3$

Hay diferencias significativas a favor de la muestra respecto a la población normal en 1,3 puntos por arriba con un riesgo 0,05.

Claves  $z = 1,3$

No hay diferencias significativas

- Análisis del perfil de la muestra

Información 7,2 ↓ Fig. incompletas 11,1

Comprensión 10,7 Historietas 11,6

Aritmética 10,5 ↓ Cubos 10,8

Semejanzas 9,8 ↓ Rompecabezas 11,8 ↑

Vocabulario 7,7 ↓ Claves 9,5

CI verbal: 90,3 ↓; CI manipulativo: 102,4; CI total: 96,5.

- Análisis de las capacidades desfavorecidas

Comprensión verbal (I, S, V)

Conocimiento adquirido (I, A, V).

Memoria a largo plazo (I, A, V).

Grado de pensamiento abstracto (S, V)

Acopio de información (I, V)

Formación de conceptos verbales (S, V)

224

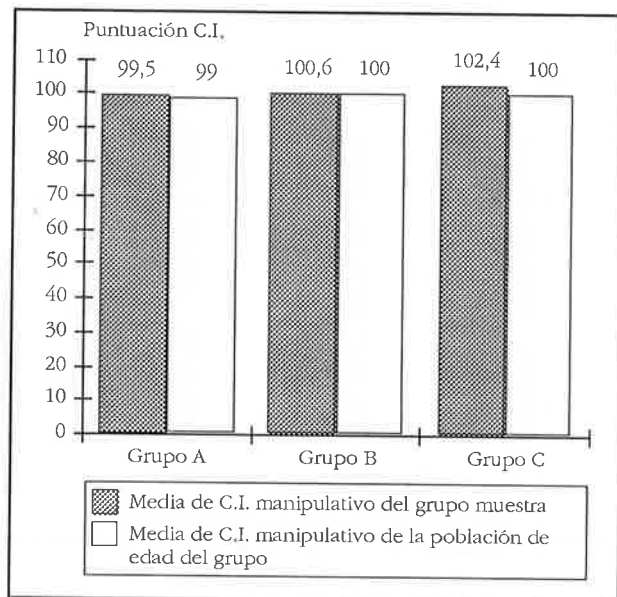


Figura 3. Comparación del C.I. manipulativo entre la muestra y la población

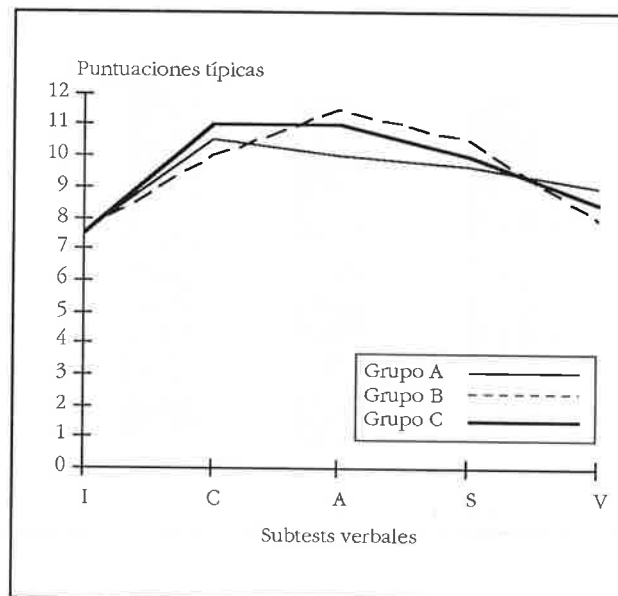


Figura 4. Puntuaciones de los subtests verbales de los diferentes grupos de la muestra

Expresión verbal (S, V)  
 - Capacidades favorecidas  
 Estructuración del espacio (R)  
 - Influencias  
 Cantidad de lectura externa (I, S, V)  
 Intereses (I, S, V)  
 Riqueza del ambiente temprano (I, V)  
 Aprendizaje escolar (I, A, V)

### Análisis de la correlación de las puntuaciones verbales y manipulativas con una prueba de factor "g" entre los individuos de las muestras A, B, y C

#### Correlación con puntuaciones manipulativas

Coefficiente de correlación de Spearman  $rx_y = 0,49$   
 $rx_y (43,2, 0,05) = 0,29$   
 $rx_y (43,2, 0,01) = 0,38$

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dos variables. A medida que aumenta las puntuaciones manipulativas, lo hace en el mismo sentido las puntuaciones en una prueba de factor "g".

- Correlación con puntuaciones verbales  $rx_y = 0,1$   
 $rx_y (4,32, 0,05) = 0,3$

$rx_y (4,32, 0,01) = 0,39$

No existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones verbales con una prueba de factor "g".

### Estudio de la influencia de los factores bilingüismo y nivel socio-cultural sobre el resultado de las pruebas verbales

Aplicamos ANOVA 2 factores a dos niveles:  $2 \times 2$ .

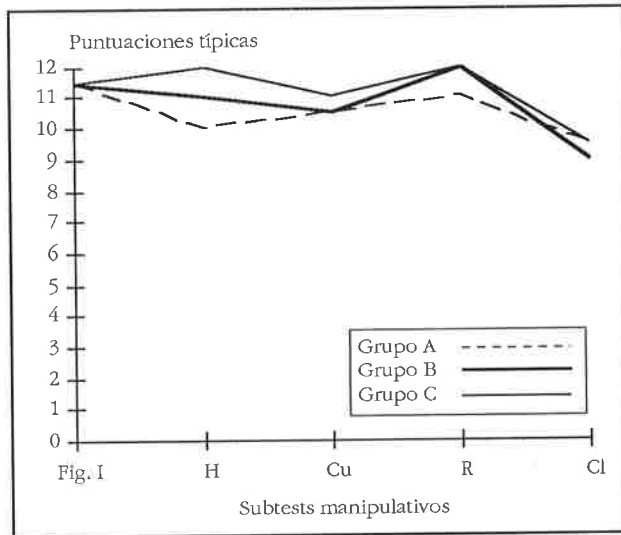
$F (1,36, 0,05) = 4,11$        $F (1,36, 0,01) = 7,39$

$F (3,36, 0,05) = 2,86$        $F (3,36, 0,01) = 4,38$

El factor nivel socio-cultural es el único que se demuestra significativo en relación a las puntuaciones verbales. No así el ser o no bilingüe, que no aporta significación en este estudio, ni la interacción nivel socio-cultural y bilingüismo.

### DISCUSIÓN

De los sujetos que acuden al Servicio por fracaso escolar, predominan los niños en todas las muestras, y van aumentando a medida que avanzan en la edad. Hay un 61% en la muestra A (6, 7 y 8 años) un 69% en muestra B (9, 10 y 11 años) y un 77% en la C (12, 13 y 14 años),



**Figura 5.** Puntuaciones de los subtests manipulativos de los diferentes grupos de la muestra

frente a una disminución progresiva de las niñas, que para las tres muestras respectivas son de un 38,2%, 30,3% y 22,5% en la C. Se demuestran estadísticamente estas diferencias ( $= 6,29$  ( $= (2, 0,05) = 5,9$ ).

Las discrepancias entre el desarrollo de las funciones verbales y manipulativas aumentan con la edad. En la muestra A de 10,6 puntos, a 11,7 en la B y 12,1 en la C, debido esto a un aumento progresivo de las puntuaciones manipulativas que son de un total de 99,5 en A, 100,6 en B y en la muestra C (Fig. 1).

Las diferencias con la población general (p) en puntuaciones verbales aumentan también. Son de 10,1

**Tabla 3** Capacidades desfavorecidas del grupo A de la muestra

- Conocimiento adquirido: (I, A, V)
- Memoria a largo plazo: (I, A, V)
- Acopio de información: (I, V)
- Independencia de la distracción (A, C)
- Secuenciación: (A, C)
- Capacidad de aprendizaje (V, C)

Influencias compartidas por dos o más subtests:

- Distracción: (A, C)
- Cantidad de lectura externa (I, V)
- Intereses (I, V)
- Riqueza del ambiente temprano (I, V)
- Aprendizaje escolar (I, A, V)

**Tabla 2** WISC: perfil del grupo A de la muestra

(I) Información: 7,5 ↓ (10,8)
(C) Comprensión: 10,4
(A) Aritmética: 10,1 ↓ (10,8)
(S) Semejanzas: 9,5
(V) Vocabulario: 8,5 ↓ (10,1)
(FI) Fig. incompletas: 11,4
(H) Historietas: 10,11
(C) Cubos: 10,3
(R) Rompecabezas: 10,5
(C) Claves: 9,2
CI Verbal: 88,9 ↓ (99)
CI Manipulativo: 99,5
CI Total: 94 ↓ (100)

puntos por debajo en A, 11,3 puntos menos en B, y 11,7 en C (Fig. 2).

Las puntuaciones manipulativas en las muestras de niños con fracaso escolar son, aunque no estadísticamente significativa, superiores a la población normal, aumentando en las muestras, de 0,5 puntos por encima en A, 0,6 en B, y 2,4 en C (Fig. 3).

En el análisis de los subtests verbales, se obtiene que: el subtest información es el más desfavorecido en los tres grupos, disminuyendo su puntuación a medida que se avanza en la escolarización; es de 7,5, puntuación típica, en la muestra A, 7,3 en la B y 7,2 en la C. No es tanto la diferencia que se presenta como la no resolución de la desventaja primaria, que incluso se agrava. Las diferencias con la población normal son de 3,3 puntos por debajo en la muestra A, 4,6 en la B, y 3,2 en la C.

**Tabla 4** Perfil del grupo B de la muestra

(I) Información: 7,3 ↓ (10,5)
(C) Comprensión: 10
(A) Aritmética: 11,2
(S) Semejanzas: 10,2
(V) Vocabulario: 7,5 ↓ (10,2)
(FI) Fig. incompletas: 11,4
(H) Historietas: 10,9
(C) Cubos: 10,5
(R) Rompecabezas: 11,5
(C) Claves: 8,4 ↓ (10,2)
CI Verbal: 88,9 ↓ (99)
CI Manipulativo: 100,6
CI Total: 95,06

**Tabla 5 Capacidades desfavorecidas del grupo B de la muestra**

Acopio de información: (I,V)  
 Capacidad de aprendizaje: (V, C1)  
 Influencias  
 Cantidad de lectura externa: (I, V)  
 Intereses: (I, V)  
 Riqueza del ambiente temprano (I, V)

En comprensión no se detectan diferencias significativas.

En Aritmética, se presenta por debajo de la población normal en las muestras A y C, con 9,1 de puntuación en A y 10,5 en C, estando la muestra B dentro de la normalidad con 11,2 puntos.

En Semejanzas (el subtest verbal que más implica razonamiento) se muestra en A y B normal, estando por debajo de la normalidad en C, donde se han acentuado los déficits.

Vocabulario, que mide riqueza y fluidez verbales, aumenta el desfase con las edades. Es de 1,6 puntos por debajo en la muestra A, 2,6 en la B y 2,3 en la C. Obtienen de puntuación típica 8,5 puntos en A 7,5 en B y 7,7 en C. Supondría esto una dificultad expresiva y/o comprensiva en el lenguaje, lo que dificulta la asimilación y expresión de los conocimientos por vía lingüística, predominantemente la utilizada en la escolarización (Fig. 4).

En el análisis de los subtests manipulativos encontramos la única discrepancia en Claves en la muestra A y B

**Tabla 7**

*Capacidades desfavorecidas del grupo C de la muestra*  
 Comprensión verbal: (I, S, V)  
 Conocimiento adquirido: (I, A, V)  
 Memoria a largo plazo: (I, A, V)  
 Grado de pensamiento abstracto: (S, V)  
 Acopio de información: (I, V)  
 Formación de conceptos verbales: (S, V)  
 Expresión verbal: (S, V)  
*Capacidades favorecidas*  
 Estructuración del espacio: (R)  
*Influencias*  
 Cantidad de lectura externa 9I, S, V)  
 Intereses (I,S,V)  
 Riqueza del ambiente temprano (I, V)  
 Aprendizaje escolar (I, A V)

**Tabla 6 WISC: perfil del grupo C de la muestra**

(I) Información: 7,2 ↓ (11,8)  
 (C) Comprensión: 10,7  
 (A) Aritmética: 10,5 ↓ (11,7)  
 (S) Semejanzas: 9,8 ↓ (11,4)  
 (V) Vocabulario: 7,7 ↓ (10,)  
 (FI) Fig. incompletas: 11,1  
 (H) Historietas: 11,6  
 (C) Cubos: 10,8  
 (R) Rompecabezas: 11,8 ↑ (10,4)  
 (C) Claves: 9,5  
 CI Verbal: 90,3 ↓ (102)  
 CI Manipulativo: 102,4  
 CI Total: 96,5 ↓ (101)

con 9, 2 puntos y 8,4 de puntuación típica respectivamente. Aparece el subtest Rompecabezas (estructuración del espacio), superior estadísticamente a la población normal en la muestra C. El resto de los subtests están dentro de las puntuaciones normales (Fig. 5).

Observamos gráficamente, según las muestras, los perfiles obtenidos, indicando con el signo los subtests que están por debajo de la población normal, y entre paréntesis ( ) las puntuaciones obtenidas en la baremación del WISC, es decir, de la población general. Hacer notar sobre el Wisc que la consideramos como prueba que mide factores de aprendizaje, culturales, y no tanto de inteligencia, general aunque trabajamos con sus puntuaciones

**Tabla 8**

*Capacidades desfavorecidas en los grupos A, B y C*  
 Conocimiento adquirido (A, C)  
 Memoria a largo plazo (A, C)  
 Acopio de información (A, B, C)  
 Independencia de la distracción (A)  
 Secuenciación (A)  
 Capacidad de aprendizaje (A, B)  
 Comprensión verbal (C)  
 Grado de pensamiento verbal abstracto (C)  
 Expresión verbal (A, B, C)  
*Capacidades favorecidas*  
 Estructuración del espacio (C)  
*Influencias*  
 Distracción (A)  
 Cantidad de lectura externa (A, B, C)  
 Intereses (A, B, C)  
 Riqueza del ambiente temprano (A, B, C)  
 Aprendizaje escolar (A, C)



**Tabla 9** Correlación entre los C.I. verbal y manipulativo del total de la muestra con el C.I. de una prueba de inteligencia general

C.I. Manipulativo y C.I. Inteligencia general.

$r_{xy} = 0,49$   
 $8 (43,2 005) = 0,29$   
 $0,01) = 0,38$

C.I. Verbal y C.I. Inteligencia general

$r_{xy} = 0,1$   
Correlación estadísticamente significativa entre los C.I. manipulativos y los C.I. de inteligencia general.

**Tabla 10** Análisis de los factores bilingüismo y nivel socio-cultural en punt. verbales

Nivel socio-cultural:  $F = 4,43$

$F ( 1,36, 0,05) = 4, 11$   
Estadísticamente significativo

Bilingüismo:  $F = 0,490$   
No significación estadística

Nivel socio-cultural x bilingüismo:  
 $F = 0,01$   
No significación estadística

para el análisis estadístico, y como indicadores de capacidades.

En la tabla 2 se refleja el perfil de la muestra A. En la tabla 3, se presentan las capacidades desfavorecidas y las influencias negativas a estas capacidades, siguiendo el método de análisis de Kauffman, y que consiste en destacar como aptitudes favorecidas o desfavorecidas aquellas que se muestren estadísticamente significativas y que sean compartidas por dos o más subtests.

En la tabla 4 del grupo B de la muestra, observar que se mantienen las desventajas en Información y Vocabulario, aparecen las Claves en disminución también. Se restituye la deficiencia en Aritmética. Se da, parece, un proceso de normalización respecto a la muestra A. En la tabla 5 se muestran las influencias negativas a los hándicaps.

En la tabla 6, de la muestra C, se acentúa el déficit primario y aparece superior a la población normal el subtest Rompecabezas. Se analiza en la tabla 7 las capacidades favorecidas y desfavorecidas en la muestra C, así como las influencias.

En la tabla 8 se comparan las capacidades en las tres muestras y las influencias que las agravan.

En la tabla 9 se demuestran estadísticamente la correlación positiva entre las puntuaciones manipulativas con una prueba de Factor "g", no así las verbales.

En la tabla 10 se presentan los resultados en el estudio de la varianza de los factores nivel socio-cultural y bilingüismo. Se presenta significativo el nivel socio-cultural sobre las puntuaciones verbales, corroborando los datos de otros estudios. El bilingüismo no se muestra significativo por no ser la muestra estrictamente bilingüe, impartándose las clases principalmente en el idioma materno, el castellano, e introduciéndose el catalán

como segunda lengua, no siempre de la mismo forma e intensidad.

## CONCLUSIONES

De los resultados estadísticos obtenidos en nuestro estudio, y ya comentados, podemos deducir las siguientes conclusiones.

1. La media de inteligencia general de los sujetos con fracaso escolar estudiados, está dentro de los límites de la normalidad de lo cual podemos deducir que el fracasar en la EGB no es consecuencia directa de un déficit intelectual global.

2. El perfil de aptitudes intelectuales de los sujetos de la muestra con fracaso escolar, nos evidencia que presentan un desarrollo disarmónico, estando las áreas manipulativas más favorecidas que las verbales.

3. Existe una correlación altamente significativa entre las puntuaciones de la escala manipulativa de Wechsler y los resultados obtenidos en los tests de inteligencia general de Raven y Columbia, en los tres grupos de sujetos de la muestra. No existiendo correlación entre los resultados de la escala verbal de la misma prueba y los tests de inteligencia general antes citados.

4. Los subtests más desfavorecidos de la escala verbal, en los tres grupos de la muestra estudiada, corresponden a información y vocabulario. Ambos subtests miden aptitudes muy influenciadas por factores culturales y riqueza del medio. Dado que la extracción social de nuestra muestra pertenece a un nivel sociocultural bajo, son por definición congruentes los resultados obtenidos. Una conclusión a destacar sería el que la escuela a lo largo de los tres ciclos de EGB se encuentra ante el mismo

228 patrón de aptitudes en niños con fracaso escolar, lo cual aún sin haber hecho un estudio longitudinal permite suponer que los contenidos y metodología que utiliza no son suficientes para compensar los déficits con los que el niño desfavorecido culturalmente llega a la escuela.

5. En el análisis de las capacidades desfavorecidas tomando los tres grupos conjuntamente, persisten el acopio de información y la expresión verbal. Influencias que agravarían estos déficits también recurrentes en los tres grupos son la cantidad de lectura externa, los intereses y la riqueza del ambiente temprano.

6. Es importante señalar que en el grupo C de la muestra, que correspondería a sujetos de ciclo superior de EGB, aparece como capacidad favorecida en relación a la población normal la estructuración del espacio, lo cual puede facilitar la orientación profesional de estos chicos hacia actividades que impliquen esta capacidad, teniendo en cuenta además que es el grupo en el que se agravan más los déficits verbales iniciales.

7. Se ha constatado en los resultados obtenidos en los subtests manipulativos que implican un procesamiento de la información holista o de tipo Gestalt que los niños con fracaso escolar obtienen mejores puntuaciones, que en aquellos subtests que implican un procesamiento de la información tipo secuencial, analítico y lógico que serían fundamentalmente los medidos en los subtests verbales.

Se hace necesario el que en la escuela se plantee tanto el diseño de contenidos como las metodologías facilitadoras del aprendizaje para niños con distintos estilos cognitivos.

8. El C.I. total de WISC no es un buen indicativo de capacidades intelectuales en los casos en que se da una discrepancia acusada entre C.I. verbal y manipulativo.

9. Encontramos en nuestra muestra un porcentaje significativamente mayor de niños que de niñas. Este hecho es sobradamente conocido y repetidamente reflejado en las publicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona, Masson, 1983.
- 2 Angel C. *Les dificultats d'aprenentatge a l'escola*. Quaderns d'Educació, Ed. Nova Terra, 1975.
- 3 Avanzini G. *El fracaso escolar*. Barcelona, Herder, 1967.
- 4 Delval KJ. *El fracaso escolar* (en prensa) 1986.
- 5 Funes J. Fracàs escolar: Alguns conceptes fonamentals. *Perspectiva Escolar* nº 64, 1982.
- 6 Hallahan O, Kauffman J. *Las dificultades en el aprendizaje*. Anaya, 1978.
- 7 Kauffman A. *Psicometría razonada con el WISC-R*. Ed. El Manual moderno.
- 8 Martínez A. Indicadores didácticos del fracaso en la escuela. *Estudios de Pedagogía* nº 11, 1983.
- 9 Martínez B. *La familia ante el fracaso escolar*. Narcea, 1981.
- 10 Ornella, Andreani, Dentici. *Aptitud mental y rendimiento escolar*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, 1981.
- 11 Pérez Serrano, G. *Origen social y rendimiento escolar*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, 1981.
- 12 Tierno Jiménez B. *El fracaso escolar*. Ed. Plaza y Janés. 1984.
- 13 Bernaldo de Quirós J. *Diagnósticos de los trastornos del desarrollo del lenguaje*. XVI Congreso Internacional de Logopedia y Foniología. Interlaken, Suiza (agosto, 1974).
- 14 Funca J. Fracàs escolar: alguns conceptes fonamentals. *Perspectiva escolar* Abril, 1982.
- 15 Miquel Torrens C, Prats Duaygües P. El fracàs escolar vist des d'un Servei hospitalari de psiquiatria i psicologia infantil amb la orientació dinàmica. *Perspectiva escolar*.
- 16 Smith SL. *Los niños con dificultades en el aprendizaje: quiénes son y cómo les impartimos la enseñanza*. Material proporcionado por el fondo de documentación del SIIS.

**V. Rubio Larrosa<sup>1</sup>**  
**E. Heras López<sup>2</sup>**  
**E. Bardina Tremps<sup>3</sup>**  
**A. Solans García<sup>4</sup>**

## Trastornos psicopatológicos de aparición retardada en niños adoptados

1 Psiquiatra. Jefe de Servicio.  
2 Psicóloga. Terapeuta.  
3 Psicólogo. Logopeda.  
4 Diplomada en Enfermería  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia  
Zaragoza

## *Psychopathological disorders of retarded onset in adopted children*

### RESUMEN

Los autores realizan un análisis de las historias clínicas de todos los niños adoptados que han sido vistos en su Servicio, así como en el Servicio de Infancia de la Diputación Provincial de Zaragoza y en Asociaciones privadas.

Se enumeran las patologías psiquiátricas que aparecen, así como las diversas variables psicosociales que influyen en la aparición de trastornos, una vez que han sido adoptados o están en situación de acogimiento familiar.

Los resultados les hace pensar que la adopción en determinadas edades es una causa generadora de patología psíquica, bien por desencadenar situaciones latentes, bien por mala adaptación al nuevo medio familiar tras experiencias traumáticas o dilaciones en el proceso de adopción.

### PALABRAS CLAVE

Psicopatología; Variables psicosociales; Prevención; Adopción.

### ABSTRACT

*This is a review of all the clinical cases on adopted children that have been studied in our Psychiatric Service, as well as in the Children Service of the D.P.Z. and in private Associations.*

*Here we list all the psychiatric pathologies found as well as the different psychosocial variables that have influence on the onset of the disorders, no matter if the child has been adopted yet or if he/she are only taken in by a family.*

*The results make us think that adoption at certain ages is a generating factor of psychic pathology. This may be due to the break out of latent situations or to a bad adaptation to the new familiar environment after traumathic experiences or delays in the adoption process.*

### KEY WORDS

*Psychopathology; Psychosocial variables; Prevention; Adoption.*

## 230 INTRODUCCIÓN

La adopción de niños en situación de abandono si bien es un sistema eficaz, posiblemente el mejor, para resolver la carencia afectiva de dichos niños, nadie duda que en dependencia de una serie de influencias y circunstancias, la población infantil susceptible de ser adoptada, presenta una serie de acontecimientos vitales que hacen que estos niños tengan una serie de factores de riesgo que muchas veces condiciona el normal desarrollo evolutivo y psicoafectivo de los mismos.

En efecto, son muchos los estudios que, en un principio, apoyan la idea de que el niño adoptado tiene mayores probabilidades de padecer una patología psíquica; Heuyer y cols.<sup>(1)</sup> nos indican que revisando historias clínicas de niños adoptados aparecen trastornos como debilidad intelectual, inestabilidad, trastornos de carácter, etc.; Humphey y Ounsted<sup>(2)</sup> señalan cómo la proporción de niños adoptados visitados en un Servicio de Psiquiatría del área de Oxford era el doble de la que presentaba la población general. Nuestra propia experiencia clínica en un Servicio de Infancia marginada<sup>(3)</sup> nos aporta datos de la difícil adaptación de niños en ambientes familiares adoptados.

Por otra parte son también varios los trabajos que nos indican que las tasas de patología psiquiátrica de los niños adoptados son semejantes que las de la población general.

Es evidente pues que el hecho en sí de la adopción no provoca patología, sino que es el estado previo de cada uno de los sujetos que intervienen en la adopción y su interrelación, o sea, el niño y los adoptantes.

Como es lógico suponer, el hecho de que un niño sea adoptado supone ya una serie de condiciones y de factores que hacen que ese niño se diferencie de otros de la población general: abandono, malos tratos, hijo ilegítimo, etc.

Por otra parte vemos cómo, en la actualidad, el número de niños que pueden ser adoptados disminuye notablemente, principalmente el de neonatos. Este dato viene determinado por la menor presión social hacia las madres solteras y hacia los denominados hijos ilegítimos, el mayor apoyo a los mismos, el reconocimiento de sus derechos y una mayor flexibilidad en materia sexual. Todo ello hace que ese gran número de niños abandonados por ser ilegítimos disminuya prácticamente a cero. Por el contrario los

niveles de marginación y las situaciones de pobreza aumentan, así como los malos tratos y abusos de niños. Esto hace que muchas decisiones judiciales priven de la patria potestad a muchos padres que no ejercen como tales pasando sus hijos a la situación de poder ser adoptados. Con lo cual nos encontramos con la circunstancia de que hoy en día los niños disponibles para la adopción tienen ya en sus vidas una serie de situaciones vitales y experiencias que en mayor o menor medida condicionan su futuro psiquismo.

Por otra parte son cada vez más nutridas las listas de espera de futuros padres adoptantes, los cuales muchas veces deben pasar largos períodos de tiempo hasta conseguir su "deseado hijo" con el deterioro consiguiente y la oportuna carga de frustración que toda espera conlleva.

## PSICOPATOLOGÍA. MEDIDAS PREVENTIVAS

Analizaremos pues los problemas psicológicos y sus posibles medidas preventivas que la adopción tiene, estudiando sus tres variables: el niño, los adoptantes y el proceso de adopción.

### El niño

Ya hemos comentado cómo el solo dato de poder ser adoptado supone un importante factor de riesgo. Así mismo hemos indicado que cada vez son más conflictivas las situaciones por las que un niño llega a una situación de adopción.

Veremos pues cómo, en el mejor de los casos, un niño recién nacido abandonado por su madre, puede pasar a ser adoptado en breve tiempo (en dependencia de la legislación de cada país); es de suponer que si los padres biológicos son sanos no haya que sospechar problema alguno, salvo que haya sido un niño no deseado. Si pasa de inmediato a ser adoptado no tiene por qué tener ninguna repercusión. Bien sabido es cómo muchos hijos de familias "normales" no son deseados en su gestación.

El problema surge cuando la madre duda en tomar la difícil decisión de desprenderse de su hijo, pasando varios meses hasta que la situación se le hace insostenible y posteriormente decide abandonarlo y dejarlo en adopción. Aquí es cuando ya el factor tiempo comienza

a contar en contra. En nuestra tesis doctoral<sup>(4)</sup> comprobamos cómo durante los nueve primeros meses de vida del niño, las repercusiones de la carencia afectiva eran mínimas si posteriormente eran palabradas, pero que a partir de los 12 o 13 meses de vida estas carencias comenzaban a dejar una serie de secuelas en el desarrollo evolutivo del niño que se irán haciendo más graves y más irreversibles en función del aumento de edad y del niño.

Si añadimos que ese niño que posteriormente va a ser abandonado, crece en un ambiente impropio, no deseado, con poca o nula estimulación ambiental, malos ejemplos, malos tratos, mendicidad, situaciones de pobreza, desnutrición, etc., es fácil adivinar que el paso del tiempo dificultará la adaptación del niño a su nuevo ambiente; también puede darse el caso que los padres biológicos dejen al niño en una institución infantil en situación de semiabandono, sabido es las negativas repercusiones que muchos autores han encontrado en los niños alojados en estos centros, incluso como lo demuestran recientemente<sup>(5)</sup> las experiencias de institucionalización en grupos organizados con estructura familiar.

Así pues y en un reciente estudio que realizamos<sup>(6)</sup> recogiendo la evolución de 96 niños que había sido adoptados en estos últimos 11 años, pudimos encontrar cómo en función de la edad en que el niño era adoptado, aparecía patología psíquica. Así vimos cómo los adoptados antes de los tres años presentaban trastorno psíquico el 6%, a los cuatro años el 8%, a los cinco años el 13%, a los seis años el 14%, a los siete años el 26%, a los ocho años el 29%, a los diez años el 36% y a los 11 años el 47% de los niños presentaban algún trastorno.

Analizando los trastornos que estos niños habían presentado vimos cómo:

- Distimias y trastornos depresivos en el 29%
- Trastornos psicóticos el 5%.
- Trastornos delirantes el 8%.
- Toxicomanías el 12%.
- Trastornos de ansiedad y somatizaciones el 31%, y
- Trastornos de la conducta en el 29%.

coincidiendo con los factores predisponentes de este cuadro tal y como indica el DSM-III-R<sup>(7)</sup>, así como presentaban algún tipo de fracaso escolar el 56%, datos estos últimos que coinciden con otros autores<sup>(8)</sup>.

Es evidente, pues, llegar a la conclusión que es imprescindible favorecer la adopción temprana, ya que evitaremos los factores de riesgo que provoca

una larga e innecesaria institucionalización o una situación de desamparo en el niño que si se prolonga provoca la aparición de importantes trastornos psicopatológicos.

### Los adoptantes

Si hemos comentado que el niño susceptible de ser adoptado, por el hecho de serlo es un niño que presenta factores de riesgo, no es menos cierto que los individuos candidatos a ser adoptantes presentan también una serie de peculiaridades, características que condicionarán la interrelación con el niño.

El ideal de todo adoptante es el encontrar un niño recién nacido, sano y perfecto, que haya tenido una madre sana, "normal", etc. Ya hemos comentado también cómo el niño con las características antes referidas es ya difícil de encontrar.

En la mayoría de las parejas adoptantes se da la circunstancia de que uno o ambos presentan algún tipo de esterilidad, lo que conlleva un proceso interno muchas veces mal asumido que se une al desgaste y frustración que les ha ocasionado los numerosos intentos fallidos de conseguir descendencia bien por sistemas naturales o inducidos. Otras veces la decisión de adoptar obedece a la intención de sustituir a un hijo fallecido, llenar un vacío o buscar una futura ayuda en parejas arias, así como otras circunstancias ya más patológicas que motivan a algunas personas a adoptar, siendo éstas francamente neuróticas o desestructuradas.

En función de todo ello será conveniente pues buscar los adoptantes idóneos, abandonando, de entrada, la vieja costumbre de entregar niños en adopción a parejas con buena posición económica, siendo el aspecto material el mismo que se tenía en cuenta. En la actualidad y en todas las instituciones de atención a la infancia se dispone de procesos de selección y de personal especializado que orienta y decide qué personas son las idóneas para adoptar a un determinado niño.

Lo primero, pues, que habrá que sondear en los aspirantes a adoptantes será su estado emocional y su equilibrio psíquico, preguntar sus motivaciones, sus expectativas, su madurez y estabilidad personal y afectiva, su nivel de formación, sus actitudes educativas, etc.; superado esto deberán de reunir una mínimas condiciones económicas y materiales que ofrezcan una cierta seguridad.

232 Posteriormente se sondeará la motivación última, desechando los aspirantes que pretendan adoptar por presentar una tendencia sustitutiva o compensativa, habrá que desechar ideas obsesivas o predisponentes (color de ojos, de pelo, etc.).

Será también función de ese equipo de selección, una orientación informativa de las características de estos niños: sus vidas anteriores, antecedentes, etc.

Con respecto a los adoptantes hemos podido comprobar cómo es imprescindible una selección de los mismos, bien para aportar demandas patológicas o realizadas en momento de reacción emocional, en definitiva evitar demandas que no sean lo suficientemente sólidas, maduras y reflexionadas como para que la decisión de adoptar a un niño se convierta en un hecho lamentable y de repercusiones negativas e irreparables para el niño y sus nuevos padres. A este respecto y con referencia a nuestro trabajo ya citado<sup>(6)</sup> hemos podido constatar cómo se aprecia menor patología psíquica en los niños que han sido adoptados por parejas seleccionadas por equipos o instituciones especializadas, que en los niños que fueron adoptados por parejas que accedieron al niño por medios ilegales o extraoficiales y que por consiguiente no pasaron por un proceso de selección, orientación e información.

Otro dato de interés con respecto a los adoptantes es que cuanto mayor es la diferencia de edad entre éstos y el niño adoptado, mayor es la incidencia de patología psíquica, así como que un mayor nivel cultural y educativo repercute positivamente en la mejor adaptación del niño.

### El proceso de adopción

Denominamos así el período que comienza en el momento que el niño es legalmente reconocido como hijo de los adoptantes; es cuando los antecedentes, motivaciones y expectativas de éstos comienzan a interrelacionarse con los antecedentes y características del niño.

Curiosamente lo que nosotros llamamos proceso de adopción se inicia cuando la adopción es ya un hecho legal y su duración que normalmente es de años termina cuando ambas partes son conscientes y asumen su rol de adopción y adoptantes, de padres y de hijos, plenos en su relación, pero asumiendo el proceso evolutivo que los ha llevado hasta allí.

Por lo general los padres van a ver realizando su sueño de llenar el anhelado hueco; ello implicará una hipervisibilidad hacia el niño que conlleva una cierta sobreprotección. Los nuevos padres estarán muy pendientes de descubrir las alteraciones que el niño puede tener, psiquiatrizando muchas situaciones que no se darían en familias biológicas. Este dato podría explicar el por qué se ven más niños adoptados en las consultas psiquiátricas que niños de la población general.

Cuando el niño es muy pequeño el proceso de interrelación lo podemos considerar normal salvo esa hipervisibilidad, pero cuando el niño es adoptado con cinco o seis años y viene ya con una estructura vivencial concreta, muchas de las veces premórbida, los padres adoptantes quieren modular al niño según las expectativas que tendrían con un bebé, sufriendo choques esta interrelación.

Otra reacción, que también encontramos, es el intento de supresión de la vida anterior a la adopción que el niño ha tenido muchas de las veces "vergonzosa"; esto hace que el niño viva una situación de amor-odio que le es difícil elaborar.

Cuando el niño ha sido adoptado por encima de los tres años de edad ocurre una situación que hemos observado con frecuencia y que también hemos visto recogida por otros autores; aparece como promedio a los 18 meses de la adopción, realizando el niño una conducta provocadora hacia los padres, muchas de las veces con gran crueldad; es como si quisiera poner a prueba el cariño de los nuevos padres, sería una prueba de madurez, de paciencia, es como si el niño pensase que si los padres soportan estas conductas es seguro que le quieren y que por lo tanto no se verá abandonado de nuevo. Esta etapa, que hemos comprobado que suele remitir por sí sola, suele tener una duración de 6-12 meses, es crítica para los adoptantes ya que se ven por tierra no sólo las expectativas previas a la adopción sino también todo el esfuerzo y dedicación hacia el niño. Casi la totalidad de las adopciones fracasadas se deben a la no resolución de esta etapa, bien por abandono durante la misma o por establecerse una serie de relaciones viciadas de permisividad que hacen que el niño se apodere de la situación y se configuren en él conductas que conformarán un trastorno antisocial de la personalidad.

Otra circunstancia importante y que influye en el proceso de adopción es lo que Ajuriaguerra llama *la*

revelación, o lo que es lo mismo, la conveniencia o no de informar al niño su condición de adoptado; coincidimos con Ajuriaguerra en afirmar la gran dificultad que tienen las parejas estériles en informar al niño, viviendo su esterilidad como una impotencia sexual, siendo la revelación como una amenaza hacia su calidad de padres adoptivos.

La conveniencia de informar al niño de su condición de adoptivo es buena para él y así era recomendado ya en el Coloquio de Londres de 1952 sobre niños privados de familia donde en las conclusiones sobre adopción en su punto 11 dice..... "Los niños adoptados deben muy pronto, alrededor de los tres años, ser puestos ante la evidencia de su adopción".

Nuestra experiencia nos dice que la posibilidad de mantener la adopción en secreto es prácticamente imposible y hemos conocido tentativas suicidas en adolescentes y preadolescentes que se enteraban de su adopción, vivenciando su vida como un engaño. Por el contrario el niño al cual se le informa paulatina y progresivamente de su situación, hemos observado cómo asume y asimila ésta.

Consideramos de interés hacer referencia a algunos casos que hemos seguido de niños adoptados por parejas que ya tenían hijos biológicos o que eran adoptados por alguien que ya había adoptado previamente a otros niños. Su evolución ha sido completamente favorable y sin rasgos patológicos por el momento, si bien hay que decir que con estas características sólo teníamos siete casos y no consideramos apropiado generalizar nuestros resultados, aun cuando es cierto que ya en 1962 Jerónimo de Moragas aconsejaba la adopción especialmente entre aquellas familias con hijos que hubieran demostrado su capacidad para la educación y el sacrificio.

La otra cara de la moneda en nuestra casuística ha sido de tres casos que fueron adoptados por parejas

supuestamente estériles y que tras la adopción tienen un hijo biológico, pasando el adoptado a una situación de secundariedad que hizo fracasar dos de las adopciones y repercutir muy negativamente en el tercer caso.

## CONCLUSIONES

Concluyendo pues propondremos como medidas que favorezcan la prevención de aparición de trastornos psicológicos en la adopción las siguientes:

1. Debe procurarse que la adopción se lleve a efecto en los primeros momentos evolutivos de la vida del niño, teniendo en cuenta que si bien podemos considerar que las repercusiones psicopatológicas producidas por la edad del niño son escasas hasta los tres años, éstas se van haciendo más numerosas conforme el niño se va haciendo mayor, considerando ya una edad-riesgo para la adopción cuando el niño supera los siete años.
2. Es imprescindible la creación de equipos multidisciplinares de profesionales especialistas en el tema, para que exploren, orienten y asesoren a los adoptantes.
3. La diferencia de edad entre adoptantes y adoptado no debe ser excesiva, recomendando, según nuestra experiencia, para un niño de un año unos padres de 26-30.
4. Se debe impedir la adopción fuera de las instituciones especializadas, para evitar la entrega de niños en condiciones inadecuadas.
5. Se debe potenciar y favorecer la adopción de niños por familias con más hijos, sean éstos biológicos o adoptados.
6. Es imprescindible informar paulatina y progresivamente al niño de su condición de adoptado.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Heuyer y cols.. Citado en J. de Ajuriaguerra. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray-Masson 3ª ed. Barcelona, 1976
- 2 Humphrey M, Ounsted CH. Citado en Seya Díaz A. *Salud Mental Evolutiva*. Pórtico. Zaragoza, 1983.
- 3 Rubio-Larrosa V y cols. *Memoria de Servicio de Infancia de la Diputación Provincial de Zaragoza*. Zaragoza, 1986.
- 4 Rubio-Larrosa V. *Estudio de carencias afectivas y la posible influencia negativa futura*. Ministerio de Justicia. Madrid, 1985.
- 5 Anso Llera JL, Lastón Muñoz JM, Giménez Elvira JA. *Estudio de la evolución de los niños situados en acogida familiar*. *Actas del Congreso sobre psicopatología de la marginación*. Serv. Prof Hospital Prov. de Ntra. Sra. de Gracia. Zaragoza, 1990.

---

V. Rubio Larrosa  
E. Heras López  
E. Bardina Tremps  
A. Solans García

Trastornos psicopatológicos de aparición retardada en niños adoptados

- 234 6 Rubio Larrosa V, Heras López E. *Características y evolución de la salud mental de niños adoptados. Actas del Congreso sobre psicopatología de la marginación.* Servicio de Psiquiatría del Hospital Real y provincial de Ntra. Sra. de Gracia. Zaragoza, 1990.
- 7 Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-III-R.* Masson, Barcelona 1988:66.
- 8 Stucki JD. *Dinámica familiar del fracaso escolar. Confrontaciones psiquiátricas* nº 23. Rhone-Poulenc, 1983. Madrid, 1988



**R. Escobar Giraldo**  
**J.M. Haro Abad**  
**J. Castro**  
**J. Toro**

## Sintomatología depresiva en adolescentes anoréxicas y depresivas

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona  
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil

**Correspondencia:**

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona  
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil  
Rosellón 161. 08036 Barcelona

## *Depressive symptoms in adolescents with major depression or anorexia nervosa*

### RESUMEN

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno del comportamiento alimentarios que frecuentemente se asocia a síntomas depresivos. En ocasiones puede resultar particularmente difícil determinar si un adolescente que presenta pérdida de peso tiene una AN o una depresión. En el presente trabajo se realiza una descripción del perfil de respuesta del Children's Depression Inventory (CDI) de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa y se compara con el de pacientes deprimidos. Se ha estudiado un total de 55 pacientes mujeres, 31 con anorexia nerviosa y 24 con depresión mayor según criterios DSM-III-R. La puntuación media total del CDI fue del 16,2 en las pacientes con anorexia y de 26,6 en las deprimidas. Esta diferencia es significativa al nivel de  $p < 0,001$ . Se discute el perfil de respuesta del instrumento en los dos grupos y los factores que influyen en la validez de los resultados.

### PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa; Depresión; Clinical depression inventory (CDI).

### ABSTRACT

*Anorexia nervosa (AN) is an eating disorder often associated to depressive symptoms. Occasionally it can be very difficult to differentiate AN from a depression if the adolescent has weight loss. This article describes the results obtained from the Children's Depression Inventory (CDI) of AN patients and is compared with the results of major depression patients. A total of 55 girls, 31 cases of AN and 24 cases of major depression (DSM III-R criteria) were studied. The CDI mean total-score was 16.2 for AN and 26.6 for major depression. The difference is significant ( $p < 0.001$ ). Findings about inventory results in both groups and validity of the results are discussed.*

### KEY WORDS

*Anorexia nervosa; Depression; Clinical depression inventory (CDI).*

## 236 INTRODUCCIÓN

La *anorexia nerviosa* (AN) es un trastorno del comportamiento alimentario que empieza en la mayoría de los casos en la adolescencia aunque su inicio puede darse desde la prepubertad hasta el comienzo de la tercera década<sup>(1)</sup>. Algunos estudios de comorbilidad psiquiátrica han asociado la AN con depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad<sup>(2)</sup>. Los pacientes con AN a menudo presentan sintomatología depresiva como tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, etc.<sup>(3)</sup>, encontrándose tasas de prevalencia vida de depresión en comorbilidad con AN que varían desde 36%<sup>(4)</sup> hasta 69%<sup>(5)</sup>.

En ocasiones puede resultar particularmente difícil determinar si un adolescente que presenta pérdida de peso tiene una AN o una depresión. Así, muchos cuadros de anorexia nerviosa son diagnosticados inicialmente como depresiones, llegando incluso a recibir tratamiento farmacológico. Esto es particularmente importante si consideramos que la clínica depresiva puede deberse a la pérdida ponderal y mejorar con la recuperación de peso.

Existen diversos instrumentos, para la medición de síntomas depresivos en población infantil, como la *CDS* (Children's Depression Scale) de Lang y Tisher, la *CDRS* (Children's Depression Rating Scale) de Poznanski y la *CDI* (Children's Depression Inventory) de Maria Kovacs<sup>(6)</sup>. El CDI es un instrumento autoadministrado para niños hasta de 16 años que evalúa sintomatología depresiva. Consiste en 27 ítems puntuados de 0 a 2 en función del síntoma depresivo. Este instrumento se originó a partir de una modificación del BDI (Beck Depression Inventory) y la versión final fue realizada en 1977 y publicada en 1982. El CDI ha sido ampliamente utilizado en múltiples investigaciones publicadas y ha mostrado una buena validez y fiabilidad<sup>(7,8)</sup>. En España han sido valoradas las propiedades psicométricas de este instrumento por Polaino y Domènech, encontrándose que diferencia significativamente entre niños con depresión mayor y niños con sintomatología de trastorno distímico<sup>(9)</sup>. Sin embargo la utilización de este instrumento en pacientes con anorexia nerviosa no se ha descrito en la literatura. En el presente trabajo se realiza una descripción del perfil de respuesta del CDI de los pacientes con

diagnóstico de anorexia nerviosa y se compara con el de pacientes deprimidos. Se pretende verificar si el CDI es un instrumento útil para diferenciar la sintomatología depresiva de pacientes anoréxicos y depresivos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha estudiado un total de 55 pacientes mujeres atendidas en la Sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Treinta y una de esos casos eran chicas diagnosticadas de anorexia nerviosa según criterios DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Las 24 restantes eran pacientes con un diagnóstico de depresión mayor siguiendo los criterios del mismo manual.

Las pacientes seleccionadas habían completado el CDI durante el período en que se diagnosticó el trastorno. Aquéllas cuyo CDI estaba incompleto al faltar alguna respuesta o algunos ítems estaban contestados de manera doble fueron excluidas previamente. Debido a que cada ítem del CDI puede ser puntuado 0, 1 o 2, se decidió considerar en este estudio sólo aquellas respuestas puntuadas con 2. Se estableció un criterio de positividad para evaluar cada ítem individualmente, estableciéndose el valor máximo ("2"), considerándose las respuestas de 0 y 1 como de referencia.

La edad media de las pacientes anoréxicas fue de 14,5 ( $\pm 1,3$ ) años y la de las pacientes deprimidas de 13,3 ( $\pm 1,8$ ) años. Esta diferencia de edad era significativa con una  $p < 0,01$ . Debido a esto, comparamos la puntuación total del CDI dentro del grupo de pacientes deprimidas las mayores de 12 años respecto a las menores, encontrándose una puntuación media de 24,7 y de 29,8 respectivamente. Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

La altura media de las pacientes anoréxicas era de 160,3 ( $\pm 7,5$ ) cm, el peso medio de 40,8 ( $\pm 7,5$ ) kilos y la pérdida ponderal media fue del 22%.

El análisis estadístico se realizó mediante la comparación de medias con la prueba *t* de Student para las variables continuas. Para las variables discretas se construyeron tablas de contingencia, empleándose la prueba exacta de Fisher.

Se emplearon siempre pruebas de hipótesis bilaterales. Se empleó el programa estadístico SAS.

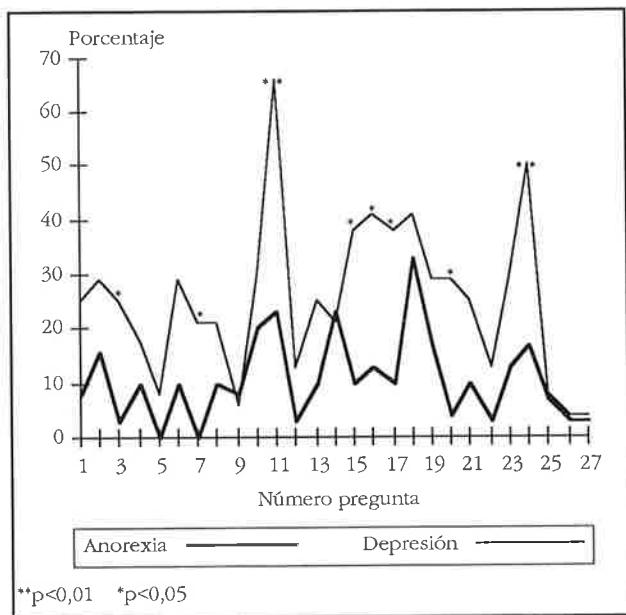


Figura 1. Porcentajes de pacientes anoréxicas y depresivas que han puntuado "2" en cada uno de los ítems del CDI.

## RESULTADOS

La puntuación media total del CDI fue de 16,2 en las pacientes con anorexia y de 26,6 en las depresivas. Esta diferencia es significativa al nivel de  $p < 0,001$ .

La figura 1 muestra el perfil de las respuestas en el CDI con puntuación máxima en los dos grupos de pacientes. Para cada ítem se determinó la significación estadística entre el porcentaje de respuestas de cada grupo. Las respuestas que más significativamente diferencian ambos grupos desde un punto de vista estadístico ( $p < 0,01$ ) fueron (Tabla 1): (a) "Las cosas me preocupan siempre", contestada positivamente por el 66,7% de las pacientes depresivas frente al 22,6% de las pacientes con anorexia; y (b) "Nunca podré ser tan bueno como los otros niños", señalada por el 50% de las pacientes depresivas y por sólo el 16,1% de las anoréxicas.

Existe otro grupo de seis ítems cuyo diferente porcentaje de respuesta entre los dos grupos resulta significativo al nivel de 0,05. Éstos son: "Todo lo hago mal", "Me odio", "Siempre tengo que esforzarme para ponerme a hacer los deberes", "Tengo problemas para dormir cada noche", "Estoy cansado siempre", "Me siento solo siempre".

Algunas respuestas llamaron la atención por ser puntuadas de manera similar entre los dos grupos de pacientes. Éstas son: "Me quiero matar", "Soy feo", "Nadie me quiere", "Nunca hago lo que se me dice", y "Me peleo siempre". Todas ellas tuvieron puntuaciones bajas. Ninguna de las respuestas fue significativamente más alta en el grupo de los anoréxicos.

## DISCUSIÓN

El resultado de este trabajo refleja que ante un cuestionario específico de sintomatología depresiva como es el CDI, las pacientes anoréxicas se diferencian claramente de las pacientes depresivas.

Las respuestas "Nunca podré ser tan bueno como los otros niños", "Todo lo hago mal", y "Me odio", marcan diferencias entre el grupo de pacientes anoréxicas y el de depresivas, mostrando cómo la autoimagen negativa de las anoréxicas está centrada principalmente en el grupo y no en características psicológicas y emocionales como en el grupo de depresivas.

El perfeccionismo obsesivoide de las pacientes con AN las lleva a estudiar intensamente. Pese a ello este grupo de pacientes no tiene conciencia de esfuerzo excesivo, puntuando menos en "Siempre tengo que esforzarme para ponerme a hacer los deberes" respecto a las depresivas.

Además en la AN, la hiperactividad y el grado importante de desnutrición no se perciben como fatiga, en forma contraria a lo que aparece en las pacientes depresivas como se aprecia en la respuesta "Estoy cansado siempre".

A pesar de que las anoréxicas presentan frecuentemente un aislamiento progresivo no se quejan de soledad, inversamente a lo ocurrido con las depresivas ("Me siento solo siempre"). Este perfil de respuestas parece indicar la escasa conciencia de las anoréxicas en lo que no está en su ciclo de preocupación básica: Cuerpo/peso/alimento.

Es importante señalar que la diferencia de edad significativa entre los dos grupos de pacientes pudiera constituir un factor distorsionador de los resultados. Sin embargo el hecho de que no existan diferencias significativas entre los pacientes mayores y menores de 12 años en el grupo de depresivas indica que este efecto, de producirse, es de escasa magnitud.

## 242 Comparación grupos A, B y C

En el grupo A los porcentajes son similares a los totales, mientras que en el C el 70% de las niñas están incluidas en la categoría de depresión (leve o moderada). Por tanto, podríamos decir que a medida que la edad de ingreso es mayor, aumenta el porcentaje de depresión, aunque las diferencias halladas no son significativas.

### Discusión de los resultados

Ya habíamos visto que la privación familiar es, para muchos autores, uno de los factores de riesgo importantes en la aparición de depresiones infantiles<sup>(11, 12, 16)</sup>.

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan totalmente con las conclusiones a las que han llegado autores como Bowlby<sup>(4, 8)</sup>, Polaino-Lorente y cols.<sup>(14)</sup>, Alan Scroufe<sup>(1)</sup>, o Niessen<sup>(13)</sup>; en cuanto a que existe un mayor índice de depresión en aquellas niñas que en algún momento de su vida han sido separadas de sus familias.

## CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos, podemos concluir que:

1. El nivel de depresión es significativamente más alto en las niñas tuteladas, con relación a las que no sufren privación familiar.
2. Observamos porcentajes progresivamente mayores de depresión a medida que la edad de ingreso en los centros es más alta, aunque las diferencias no son significativas.

Lo que no podemos afirmar, tras ver los resultados obtenidos, es si las diferencias son causadas por la separación familiar en sí, o por el hecho de que estas niñas provienen de familias desunidas, con problemas de alcoholismo, prostitución, patología psiquiátrica..., en las que los malos tratos son frecuentes, y en las que se observa una gran carencia afectiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alan Scroufe L. Appraisal: Bowlby's contribution to Psychoanalytic Theory and Developmental Psychology; Attachment: Separation: Loss. *S Child Psychol Psychiat* 1986;27(6):841-849.
- 2 Almqvist F. Sex differences in adolescent psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:295-306.
- 3 Beck AT. *Depression: Clinical experimental and Theoretical aspects*. Harper and Row, 1967.
- 4 Bowlby J. *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization. Geneva, 1951.
- 5 Bowlby J. *Cuidado maternal y amor*. Fondo de Cultura Económica. México, 1972.
- 6 Bowlby J. *El vínculo afectivo*. Paidós. Buenos Aires, 1976.
- 7 Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Paidós. Buenos Aires, 1983.
- 8 Bowlby J. *La separación afectiva*. Paidós. Buenos Aires, 1985.
- 9 Brown G, Harris T, Bifulco A. Long-Term effects of early Loss of Parent. En: Rutter M, Izard C, Read P, eds. *Depression in Young People*. New-York. Guilford Press, 1986:252-296.
- 10 Chess A, Thomas A. Infant Bonding: Mystique and Reality. *Amer J Orthopsychiat* 1982;52(2).
- 11 Kashani JH, Carlson GA. Seriously Depressed Preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987;144:348-350.
- 12 Livingston R, Nugent H, Rader L, Smith R. Family Histories of Depressed and Severely Anxious Children. *Am J Psych* 1985;142:1497-1499.
- 13 Niessen G. *El niño depresivo* Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1983.
- 14 Polaino Lorente A y cols. *Las depresiones infantiles*. Morata. Madrid, 1988.
- 15 Rodríguez Sacristán y cols. Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles. (C.E.D.I) modificado de Kovaks y Beck. *Rev de Neuropsiq Infantil* 1984;2:65-74.
- 16 Velilla Picazo JM y cols. Algunos factores de la depresión del niño y del adolescente. *Comunicación Psiquiátrica* 1981;3:121-139.
- 17 Watson J. *Psychological Care of the Infant and Child*. Norton. New York, 1928.

**F. Rey Sánchez<sup>1</sup>**  
**L. Elvira Peña<sup>2</sup>**  
**J. Salazar Veloz<sup>3</sup>**

Relación entre cromosoma Y  
largo y autismo: presentación de  
tres nuevos casos

- 1 Médico Psiquiatra Adjunto  
Servicio de Psiquiatría  
Unidad de Psiquiatría Infantil  
Complejo Hospitalario de Salamanca.
- 2 Médico Psiquiatra Adjunto  
Servicio de Psiquiatría Hospital "Infanta Cristina" Badajoz.
- 3 Médico Biólogo  
Sección de genética. Complejo Hospitalario de Salamanca.

*Relationship between long Y  
chromosome and autism: three  
new cases*

**Correspondencia:**

Francisco Rey Sánchez. C/ San Pablo 5-11, 2º B. 37001. Salamanca

**RESUMEN**

Cada vez es mayor la evidencia de que factores orgánicos son relevantes en la etiología del autismo infantil. Diversos hallazgos sugieren una relación, aún no claramente establecida, entre el autismo y anomalías cromosómicas (X frágil, XXY, Y isodiccéntrico e Y largo).

El presente trabajo aporta tres nuevos casos de autismo asociado a un cromosoma Y largo (Yq+), y demuestra similares alteraciones en el cariotipo de los padres varones de estos pacientes.

Se discute la implicación de estos hallazgos en la comprensión etiológica del autismo infantil.

**PALABRAS CLAVE**

Autismo; Alteraciones cromosómicas; Cromosoma Y largo.

**ABSTRACT**

*We are having increasing evidence about the importance of organic factors in the etiology of infantile autism. Some findings suggest a relation, not yet clearly established, between autism and chromosomal abnormalities (fragile X, XXY, isodicentric Y and long Y).*

*This paper presents three new cases of autism associated with a long Y chromosome (Yq+), and shows similar alterations in the cariotype of this patients' parents and brothers.*

*We discuss the implications of these findings in the understanding of the etiology of child autism.*

**KEY WORDS**

*Autism; Chromosomic alterations; Long Y chromosome.*

## 244 INTRODUCCIÓN

Durante bastante tiempo, las psicosis infantiles han sido consideradas como determinadas por factores predominantemente psicogénicos. No obstante, la investigación reciente ha demostrado la importancia de los factores orgánicos en estos trastornos, y especialmente en el autismo infantil o trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Aunque hasta ahora no se ha encontrado una causa específica, existe la evidencia de que factores hereditarios<sup>(1,2)</sup> y/o daño pre-perinatal<sup>(3)</sup> son de importancia etiológica en la mayoría de los casos<sup>(4)</sup>.

Las anomalías cromosómicas han sido poco estudiadas entre los factores etiológicos de las psicosis infantiles. Algunos hallazgos sugieren una relación entre autismo y defectos cromosómicos. Varios informes de casos asocian anomalías en cromosomas sexuales con psicosis infantil<sup>(4)</sup> -e.g. el síndrome XYY<sup>(5-7)</sup>, cromosomas Y largos<sup>(8,9)</sup>, cromosoma Y dicéntrico<sup>(10)</sup> y el síndrome de triple X<sup>(11)</sup>.

Cuando en 1982 Brown y cols.<sup>(12)</sup>, y Meryash y cols.<sup>(13)</sup> informaron de forma independiente de la concurrencia entre el Xq27 frágil -fra(x)(q27)- y el autismo infantil, aumentó el interés por valorar las aberraciones cromosómicas como posibles causas del síndrome conductual autista<sup>(4)</sup>. En 1980 Turner y cols.<sup>(14)</sup> habían descrito un varón fraXq27 autista, y más de diez años antes Sankar<sup>(15)</sup> informó de un incremento de la frecuencia de rotura de cromosomas en cultivos de leucocitos de niños autistas.

Otras anomalías cromosómicas han sido identificadas en sujetos con TGD; la mayoría son raras y su significado clínico permanece oscuro<sup>(16)</sup>:

- Aneuploidías autosómicas
  - 46, XY + 47, XY + 8 (mosaico de trisomía 8)
  - Trisomía 21
- Anomalías estructurales de autosomas
  - Fra (6) (q26)
  - 9h+
  - Fra (16) (q23)
- Aneuploidías de cromosomas sexuales
  - XXX
  - Mosaicismo WY (Y largo e Y corto)
  - XYY
- Anomalías estructurales de cromosomas sexuales
  - Y largo (Y = F)
  - Fra (X) (p22)
  - Fra (X) (q27)

Actualmente se tiende a apoyar la noción de que el autismo tiene en ocasiones un componente hereditario y que el estrés perinatal está relacionado en algunos casos<sup>(17)</sup>.

Los estudios familiares y gemelares sobre el autismo sugieren la importancia de los genes, pero un modelo simple de herencia no puede dar cuenta de todos los casos de autismo. La definición clínica de autismo podría no ser un fenotipo conductual válido. De los estudios familiares se refleja una heterogeneidad genética, con la sugerencia de una herencia autosómica recesiva en algunas familias con varios casos de autismo<sup>(18)</sup>.

El efecto de cromosomas Y largos ha sido ampliamente discutido. Nielsen y Friedrich<sup>(19)</sup> encontraron una conexión entre cromosomas Y largos y criminalidad, pero otros autores<sup>(20)</sup> no pudieron confirmar estos hallazgos. Christensen y Nielsen<sup>(21)</sup> demostraron una alta proporción de cromosomas Y largos entre los niños atendidos en una unidad de psiquiatría (14,8%). Axelsson y Wahlström<sup>(22)</sup> informaron un ratio Y/F > 1 en 7,4% de varones con psicosis paranoide admitidos en una unidad de psiquiatría. En 1977 Akesson y Wahlström<sup>(20)</sup> indican la ocurrencia de cromosoma Y largo en el 2% de varones normales. Gillberg y Wahlström<sup>(4)</sup> informan de un 14% de niños psicóticos con un ratio Y/F > 1. El hallazgo de un alto porcentaje de anomalías en cromosomas sexuales, particularmente en relación con una relativa "reducción" en la influencia "femenina" normal (X dañado, cromosomas Y supernumerarios, Y largo) ofrece algún soporte a la especulación de Wing<sup>(23)</sup> de que el autismo podría ser en algunas ocasiones el resultado de una influencia "masculina" patológicamente exagerada<sup>(4)</sup>.

Se han descrito casos aislados de psicosis infantiles tempranas en varones XYY<sup>(6)</sup>. La asociación del síndrome XYY y el autismo, aunque muy infrecuente, podría ser algo más que una coincidencia. La posibilidad de una conexión patogénica entre ambas entidades debe ser considerada seriamente a la luz de las aportaciones teóricas de Wing<sup>(23)</sup>, la asociación entre autismo y el fra (X) y el hallazgo de cromosomas Y largos en una frecuencia mayor de la esperada entre niños autistas. El cromosoma Y largo también ha sido asociado a psicosis paranoides, lo que podría indicar más que una ligazón directa entre Y largo y autismo, una predisposición general para el desarrollo de una psicosis. Es claro que el síndrome fra (X), el síndrome XYY y los cromosomas Y largos son

condiciones distintas, aunque las tres están relacionadas con los cromosomas sexuales y representan un "exceso" de material cromosómico masculino o un "defecto" de material femenino. Sólo una minoría de varones XYY son autistas o psicóticos y por tanto se podría concluir que el cariotipo XYY aisladamente no puede ser la causa de autismo. No obstante, algunos estudios sugieren que el retardo en el lenguaje es con mucha frecuencia primariamente concomitante con el síndrome XYY<sup>(24)</sup>. Nielsen y cols.<sup>(6)</sup> encuentran "dificultades en establecer contacto con otros" en el 64% de los pacientes XYY comparados con el 17% del grupo control (varones criminales). Forsmann y cols.<sup>(25)</sup> sostienen que el síndrome XYY predispone a la inmadurez cerebral: el síndrome parece asociado a un enlentecimiento del EEG, reflejo de la inmadurez cerebral. Otros aspectos parecen asociados al síndrome XYY: las habilidades visuoespaciales se desarrollarían mejor que la inteligencia verbal; un cromosoma Y extra podría predisponer al niño a sufrir daño cerebral orgánico; tendencia a la aparición de ataques de mal humor<sup>(7)</sup>. Sumando las evidencias y argumentos señalados por diversos investigadores, es tentador sugerir que el cariotipo XYY podría predisponer a la aparición de retrasos en el habla-lenguaje en el niño, dificultades en el establecimiento de relaciones sociales e inmadurez global del desarrollo cerebral. Todos estos aspectos son característicos del autismo, pero en el autismo hay otra dimensión del problema: su cualidad y severidad. La constitución XYY *per se* no es causa de autismo, pero podría predisponer al niño a trastornos moderados del lenguaje y sociabilidad, con el efecto añadido de la predisposición a sufrir daño cerebral en el nacimiento o durante el primer año de vida<sup>(7)</sup>.

El Y isodiccéntrico podría considerarse una variación del XYY, con características clínicas similares. No está claro cómo las deleciones o duplicaciones de varios segmentos del cromosoma Y pueden afectar al fenotipo o a la conducta. Ya que el impacto genético de las alteraciones del cromosoma Y suelen estar relacionadas con el brazo corto, parece probable que el niño descrito por Blackman y cols. (Y isodiccéntrico) sería similar a un varón 47 XYY<sup>(10)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un total de 32 pacientes a los que se les realizó estudio cariotípico, que acudieron a las consul-

tas de Psiquiatría Infantil del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Salamanca. El estudio del cariotipo de estos niños fue motivado por la presencia de síntomas psicóticos o bien trastornos de la conducta potencialmente ligados a trastornos somáticos o fenotípicos.

Dividimos esta muestra de 32 niños en dos grupos. El primero de ellos (grupo A) está constituido por aquellos pacientes que recibieron un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo o de Esquizofrenia, según los criterios de la DSM-III-R<sup>(26)</sup>; este grupo A lo componen cuatro pacientes con TGD (todos varones, edad media de 4,0 años) y cinco esquizofrénicos (cuatro varones y una hembra, edad media 11,6 años). El segundo grupo (grupo B) lo componen 23 pacientes que recibieron otros diagnósticos o en los que no se demostró un trastorno psiquiátrico.

Cuando en el cariotipo de alguno de estos pacientes detectamos la aparición de un cromosoma Y largo (XYq+), se realizó cariotipo de los padres y hermanos varones.

## Metodología genética

El estudio citogenético se realizó en sangre periférica<sup>(27)</sup>, se utilizó como sustancia hipotónica CLK. Las metafases fueron marcadas con bandas GTG<sup>(28)</sup> y QFQ<sup>(29)</sup>. De cada paciente se analizaron 20 metafases.

La variación de tamaño del cromosoma Y es conocida desde 1961 cuando se describió el primer gonosoma Y largo en el hombre<sup>(30)</sup>. La longitud del cromosoma Y presenta variaciones interracial<sup>(31)</sup> e intrarracial<sup>(32)</sup>, e incluso se ha descrito un gradiente norte-sur para la longitud de dicho cromosoma, de modo que los nórdicos tienen un cromosoma Y más corto que los mediterráneos<sup>(33)</sup>.

## RESULTADOS

El estudio cromosómico de ambos grupos mostró los resultados que aparecen en la tabla 1.

Por tanto, tres de los cuatro niños autistas (75%) -un tercio de los pacientes psicóticos-, presentaron un XYq+. En este grupo A no se demostró otro hallazgo cromosómico patológico. Ninguno de los cinco pacientes esquizofrénicos mostró alteraciones cariotípicas.

**Tabla 1** Resultado del cariotipo de la muestra

Cariotipo	Diagnóstico
<b>Grupo A</b>	
XYq+	Autismo
XYq+	Autismo
XYq+	Autismo
XY	Autismo
XY	Esquizofrenia
XY	Esquizofrenia
XY	Esquizofrenia
XY	Esquizofrenia
XY	Esquizofrenia
XX	Esquizofrenia
<b>Grupo B</b>	
XYq+	N*
XY tras 4	Retraso mental
YYY	Trastorno de conducta
YYY	Obesidad
XXX	Retraso mental
XO	Síndrome de Turner
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XY	N
XX	N
XX	N
XX	N

\*N: Otros diagnósticos o sin diagnóstico psiquiátrico.

De las diversas alteraciones cromosómicas halladas en el grupo B destacamos la presencia de un paciente con XYq+ sin diagnóstico psiquiátrico, y dos casos de YYY, uno correspondiente a un niño con trastorno de conducta de tipo solitario agresivo, y el otro a un niño obeso.

En ningún caso, la presencia de un cariotipo XYq+ se asoció a un fenotipo anómalo o específico.

El estudio del cariotipo de los padres y hermanos varones de los niños con XYq+ arrojó los resultados que se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2** Cariotipos de los padres y hermanos varones de los niños XYq+

Paciente		Padre		Hermanos	
Cariotipo	Diagnóstico	Cariotipo	Diagnóstico	Cariotipo	Diagnóstico
XYq+	Autismo	XYq+	N <sup>1</sup>	*	*
XYq+	Autismo	XYq+	N	XYq+	N
				XYq+	N
XYq+	Autismo	XYq+	N	XYq+	N
XYq+	N	XYq+	N	#	#

<sup>1</sup>N: Sin diagnóstico psiquiátrico.

\*No tiene hermanos varones, # Hijo único.

Como vemos, en todos los casos los padres de los niños con XYq+ tenía a su vez un cariotipo XYq+, así como todos los hermanos varones. En ningún caso estos hallazgos cariotípicos estaban asociados a trastornos psicopatológicos o fenotipos específicos.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo, el 75% de los niños autistas, todos los varones, presentaron un cromosoma Y largo en su cariotipo, mientras que no apareció dicha alteración entre los esquizofrénicos. Por tanto, un tercio de los niños psicóticos (grupo A) mostraron un cariotipo XYq+. Estos hallazgos refuerzan los ofrecidos por otros informes, como el de Gillberg y Wahlström<sup>(4)</sup> en el que el 47% de los niños psicóticos presentaron algún tipo de marcador cromosómico o anomalía. La frecuencia de anomalías cromosómicas en las niñas psicóticas fue más baja que entre los niños. En el citado estudio, encontraron un cromosoma Y largo en un 13% (5/40) de los niños autistas y en un 20% (3/15) de los niños con otras psicosis. Dos de los niños con Y largo del grupo autista tenían también un fraXq27, mientras que los tres restantes no presentaban otras anomalías.

Como señalan otros autores<sup>(10)</sup>, no se puede definir un fenotipo característico asociado al cariotipo XYq+.

En el grupo B encontramos un total de seis sujetos con alteraciones cromosómicas, que suponen un 26% de este grupo (6/23). Un varón presentó un XYq+ (5,5%, 1/18) y dos un cariotipo YYY (11,1%, 2/18). Se ha informado de la aparición de cromosoma Y largo en alrededor de un 15% de los pacientes



atendidos en una Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Infantil<sup>(21)</sup>.

Judd y Mandell<sup>(8)</sup> realizaron un estudio con el fin de llevar a cabo un análisis cromosómico de un grupo homogéneo seleccionado de 11 niños afectados de autismo. Tres de los niños estudiados presentaban un cromosoma Y largo (dos de ellos son hermanos). En la clínica no existían síntomas que diferenciaron el cuadro de los tres niños con el Y largo del resto de la muestra. Los estudios cromosómicos del padre (no autista, física y emocionalmente sano) de dos de estos niños reveló un cromosoma Y largo similar, lo cual tendería a eliminar una conexión causal entre esta variación cromosómica y el autismo. Un cromosoma Y largo podría ser una variante de la normalidad, no patológica, pero hereditaria. La conclusión de los autores del trabajo es que el hallazgo de un cromosoma Y largo en tres de los sujetos de la muestra es accidental, no relacionado causalmente con el autismo, sino que realmente representaría una variación cromosómica normal heredable<sup>(9)</sup>. En nuestro estudio, todos los hermanos varones y los padres de los niños con XYq+ presentan así mismo este cariotipo, en la línea de los hallazgos de Judd y Mandell. No obstante es difícil dilucidar si el cromosoma Y largo es simplemente una variante de la normalidad o podría representar un factor predisponente para el desarrollo del autismo.

Las investigaciones futuras que utilicen datos familiares y gemelares para la identificación de modelos de herencia necesitan incluir definiciones más amplias del fenotipo conductual y considerar modelos más complejos de herencia en el autismo. Los datos preliminares acerca de déficits cognitivos y sociales en parientes de sujetos autistas sugieren que el autismo puede ocurrir a través de la interacción de factores genéticos parcialmente independientes. Una hipótesis de trabajo sugiere

la existencia de dos umbrales (reflejando varones y hembras) presentes en la escala de déficits cognitivos, mientras que un único gen (quizás autosómico recesivo) subyace en los déficits sociales.

La asociación de autismo con trastornos genéticos simples, como la esclerosis tuberosa o la fenilcetonuria no tratada, y con anomalías cromosómicas, la más notable el fra X, ilustra claramente la presencia de heterogeneidad genética en el autismo. En qué medida subyace en estas asociaciones una patofisiología común o influencias genéticas compartidas permanece sin aclarar<sup>(10)</sup>.

## CONCLUSIONES

De los resultados presentados no se pueden extraer conclusiones definitivas acerca de la importancia de las anomalías cromosómicas en la génesis primaria de las psicosis infantiles. Debe ser tenido en cuenta que aparecen anomalías cromosómicas en un alto porcentaje de la población estudiada. No es probable que las anomalías cromosómicas por sí mismas sean la causa de la conducta psicótica en la mayoría de los casos. No obstante, en interacción con otros factores, es posible que algunas de las anomalías cromosómicas sean importantes en la patogénesis de estos trastornos<sup>(4)</sup>.

La importancia de los hallazgos presentados es alertar a los clínicos de la posibilidad de una anomalía del cromosoma Y (además del fraX) en los niños autistas. Se debería considerar un estudio cromosómico en todos los niños que cumplan los criterios estrictos de autismo. Si los cariotipos de niños autistas fueran estudiados rutinariamente, podría clarificarse su relación con las alteraciones del cromosoma Y<sup>(10)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Folstein S, Rutter M. Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *J Child Psychol Psychiatry* 1977;**20**:119-128.
- 2 Ritvo ER, Ritvo EC, Brothier AM. Genetic and immunohematologic factors in autism. *J Autism Dev Disord* 1982;**12**:109-114.
- 3 Gillberg C, Gillberg IC. Infantile autism: a total population study of reduced optimality in the pre, peri- and neonatal period. *J Autism Dev Disord* 1983;**13**:153-166.
- 4 Gillberg C, Wahlström J. Chromosome abnormalities in infantile autism and other childhood psychosis: a population study of 66 cases. *Develop Med Child Neurol* 1985;**27**:293-304.
- 5 Forsins H, Kaski U, Schröder J, de la Chapelle A. Is there a common psychopathology of XYY boys? A clinical report on three cases of XYY and one XY/XYY. *Acta Paedopsychiatr* 1972;**39**:28-41.
- 6 Nielsen KB, Christensen KR, Friedrich U, Zenthen E, Ostergaard O. Childhood of males with the XYY syndrome. *J Autism Childhood Schizophrenia* 1973;**3**:5-26.
- 7 Gillberg C, Winnergard I, Wahlström J. The sex chromosomes-one key to autism. An XYY case of infantile autism. *App Research Ment Retardation* 1984;**5**:353-360.

- 248 8 Judd I, Mandell AJ. Chromosome studies in early infantile autism. *Arch Gen Psychiatry* 1968;18:450-457.
- 9 Hoshino Y, Yashima Y, Tachibana R, Kaneko M, Watanabe MA, Kumashiro H. Sex chromosome abnormality in autistic children-long Y chromosome. *Fukush J Med Scienses* 1979;26:31-42.
- 10 Blackman JA, Selzer SC, Patil S, Van Dyke DC. Autistic disorder associated with an iso-dicentric Y chromosome. *Develop Med Child Neurol* 1991;33:153-166.
- 11 Woodhouse WJ, Holland AJ, McLean G, Reveley AM. The association between triple X and psychosis. *Br J Psychiatry* 1992;160:554-557.
- 12 Brown WT, Jenkins EC, Friedman E, Brooks J, Wiskiewshi K, Raguthu S, French J. Autism is associated with the fragile-X syndrome. *J Autism Dev Disord* 1982;12:303-308.
- 13 Meryash DL, Saymanky LS, Gerald PS. Infantile autism associated with fragile-X syndrome. *J Autism Dev Disord* 1982;12:295-301.
- 14 Turner G, Daniel A, Frost M. X-linked mental retardation, macroorchidism and the Xq 27 fragile site. *J Pediatrics* 1980;96:837-841.
- 15 Sankar S. Chromosome breackage in infantile autism. *Dev Med Child Neurol* 1970;12:572-575.
- 16 Young JG, Newcorn JH, Leven LI. Pervasive developmental disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* / V. 5ª ed Williams & Wilkins, Baltimore, 1989. Vol II:1775-1776.
- 17 Steffenburg S, Gillberg Ch, Hellgren L, Andersson L, Gillberg IC, Jakobson G, Bokman M. A Twin Study of Autism in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden. *J Child Psychol Psychiatry* 1989;3:405-416.
- 18 Smalley SL. Genetic influences in autism. En: Pervasive Developmental Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1991;14(1):125-139.
- 19 Nielsen KB, Friedrich V. Length of the Y chromosome in criminal males. *Clin Genet* 1972;3:281-285.
- 20 Akesson HO, Wahlström J. The length of the Y chromosome in men examined by forensic psychiatrists. *Hum Genet* 1977;39:1-5.
- 21 Christensen KR, Nielsen J. Incidence of chromosome aberrations in a child psychiatric hospital. *Clin Genet* 1974;5:205-210.
- 22 Axelsson R, Wahlström J. Chromosome aberrations in patients with paranoid psychosis. *Hereditas* 1984;100:29-31.
- 23 Wing L. Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psych Reseach* 1981;5:129-137.
- 24 Ratcliffe SG, Field MA. Emotional disorder in XYY children: four case reports. *J Child Psychol Psychiatry* 1982;23:401-406.
- 25 Forsmann H, Washström J, Wallin L, Akesson HO. *Males with double Y chromosomes*. Scandinavian University Books, Göteborg, 1975.
- 26 American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 3ª ed. revisada. Masson, Barcelona, 1988.
- 27 Arakaki DT, Sparkes RS. Microtechnique for culturing leucocytes from whole blood. *Cytogenetics* 1963;2:47-60.
- 28 Seabright M. The use of proteolytic enzymes for mapping of structural rearrangements in the chromosomes of man. *Chromosoma* 1972;36:204-210.
- 29 Caspersson T, Zech L, Johanson C. Differential banding of alkylating fluorochromes in human chromosomes. *Exp Cell Res* 1970;60:315-319.
- 30 Bender M, Gooch PC. An unusually long human Y chromosome. *Lancet* 1961;2:463.
- 31 Cohen MM, Shaw MW, McLuer JW. Racial differences in the length of the human Y chromosome. *Cytogenetics* 1966;5:34-52.
- 32 Valls A. La longitud del cromosoma Y en vascos y españoles. *Bol R Soc Esp His Nat* 1968;66:65-73.
- 33 Lubs H, Patil S. Mediterranean origin of long Y chromosome in caucasians. *Am J Hum Genet* 1975;27:60.

**C. Puig Rovira**

Dificultades diagnósticas en el  
síndrome de Gilles de la  
Tourette: estudio de tres casos

Barcelona

*Difficulties when diagnosing  
Gilles de la Tourette syndrome*

**RESUMEN**

Se exponen tres casos clínicos de Síndrome de Gilles de la Tourette. Ambos casos tienen en común la aparición de un trastorno de ansiedad previo a la aparición de los síntomas que permitieron dicho diagnóstico.

En el primer caso, un rechazo escolar, y posteriormente un trastorno obsesivo, precedieron a los síntomas de tics.

En el segundo y tercer caso, fue una fobia escolar con y sin ansiedad de separación.

Se revisan en la literatura, las formas de aparición del Síndrome de Gilles de la Tourette, confirmándose la aparición de trastornos de ansiedad precediendo a los tics simples o complejos. En tales casos el diagnóstico no es posible hasta la aparición de dicha sintomatología.

**PALABRAS CLAVE**

Gilles de la Tourette; Sintomatología de inicio;  
Trastornos de ansiedad

**ABSTRACT**

*This is a work on two clinical cases of Gilles de la Tourette Syndrome. Both cases have in common the appearance of a previous anxiety disorder to the symptoms that led us to the diagnostic.*

*In the first case, tics were preceded by, firstly, school rejection and afterwards by an Obsessive Disorder. In the second case, an hypochondriac disorder went before the tics.*

*It is confirmed the presence of Anxiety Disorders preceding both simple or complex tics when it is reviewed the bibliography on the various ways of onset of the Gilles de la Tourette Syndrome. In such cases, diagnosis can not be made until it appears such symptomatology.*

**KEY WORDS**

*Gilles de la Tourette; Anxiety Disorder; Onset Symptomatology.*

## 250 INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Gilles de la Tourette es un síndrome complejo, por la gran variedad de síntomas que puede presentar conjuntamente con los tics (Tolosa, Kalisevski, en prensa).

En la tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos del síndrome

Bayes y Tolosa<sup>(2)</sup>, en una muestra de 50 pacientes muestran la existencia de otra sintomatología acompañante: los síntomas obsesivo-compulsivos<sup>(2,3)</sup> (Tabla 2).

En la misma muestra describen la presencia de impulsiones que se parecen a los actos compulsivos, pero que son realizados de forma automática, sin la finalidad específica de reducir la ansiedad propia de las compulsiones del obsesivo (Tabla 3).

El síndrome de la Tourette, en ocasiones, va asociado a trastorno por déficit de atención con hiperactividad<sup>(4)</sup>, trastorno autoagresivo, trastorno explosivo intermitente y otros trastornos de conducta, que pueden llevar a estos enfermos a realizar actos peligrosos para ellos mismos o para los demás<sup>(2)</sup>.

En la misma muestra antes mencionada, aparecen los siguientes síntomas por orden de frecuencia (Tabla 4).

## MATERIAL

A continuación se describen tres casos de Síndrome de la Tourette que iniciaron el trastorno sin la presencia de tics, por lo cual el diagnóstico inicial fue distinto al diagnóstico final de síndrome de la Tourette.

### Caso 1

Varón de 14 años de edad que acude a la consulta por presentar un trastorno hipocondríaco grave con dolor torácico, sensación de pinchazo y de falta de aire por lo que respira profundamente. Con esta sintomatología había acudido en dos ocasiones a un servicio de urgencias, desde donde lo remitieron a un servicio de psiquiatría.

En el momento de la consulta, presenta:

- *Sintomatología ansiosa*: boca seca, taquicardia, sudoración.....

- *Miedo intenso* a oír hablar de enfermedades fundamentalmente de infartos.

**Tabla 1 Criterios diagnósticos en el síndrome de Gilles de la Tourette**

- Inicio de la enfermedad entre los 2 y los 15 años de edad.
- Presencia de movimientos motores sin finalidad recurrentes, involuntarios, rápidos y repetitivos, que afectan multitud de grupos musculares.
- Tics vocales múltiples.
- Posibilidad de suprimir los movimientos de unos minutos a unas horas.
- Variaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo de semanas o meses.
- Más de un año de duración

**Tabla 2 Síntomas obsesivo-compulsivos más frecuentes en una serie de 50 pacientes estudiados en Cataluña**

Síntomas	Número de pacientes
Revisión de actos	15
Temor irracional	9
Preocupación por la limpieza/contaminación	4
Ideas repetitivas incontrolables	19
Otros rituales asociados a duda/ansiedad	12

- *Conductas de evitación*: no consumir alimentos con colorantes, conservantes, latas, de las que comprueba la fecha de caducidad; no ver películas sobre temas de salud; evitar la asignatura y el libro de ciencias naturales (concretamente los capítulos relacionados con el cuerpo humano).

*Diagnóstico inicial*: trastorno obsesivo-compulsivo.

*Tratamientos*: pactos con el chico, para favorecer la exposición a las situaciones ansiógenas, y dejar de realizar progresivamente todas las conductas de evitación. Tratamiento farmacológico con Clomipramina 75 mg/día y alprazolam 0,25 mg tres veces al día.

*Evolución*: se observa una mejoría en los cuatro meses siguientes, apareciendo posteriormente tics como arrugar la nariz, hacer muecas con la cara, respirar entrecortadamente y abrir la boca de forma forzada.

La madre en aquel momento dice recordar que de pequeño ya había tenido algunos tics.

Aparecen, también comportamientos reiterativos: ecolalias, dificultad para decidirse y comprobar repetidamente que las puertas están cerradas, presionándolas varias veces. Al mismo tiempo aparece coprolalia, dice palabrotas y las piensa.

**Tabla 3 Impulsiones más frecuentes**

Síntomas	Número de pacientes
Toquetear	30
Escupir	5
Oler	5
Revisión de actos (sin ansiedad/duda)	3
Lavarse repetidamente	2
Leer carteles	2
Aritmomanía	1
Otros rituales	4

*Diagnóstico final:* síndrome de Gilles de la Tourette.

*Tratamiento:* haloperidol, y asesoramiento a los padres para tratar los problemas de comportamiento asociados.

## Caso 2

Varón de 12 años, entre cuyos antecedentes familiares se encuentran: la madre que padece crisis de ansiedad y claustrofobia (fobia a los ascensores) y el padre con insomnio de conciliación desde hace meses y que se halla en tratamiento con ansiolíticos.

*Motivo de consulta:* ha dejado de asistir a la escuela desde hace 15 días, se ha mareado en dos ocasiones y teme que le vuelva a ocurrir, fundamentalmente en las clases de ciencias naturales, en los temas relacionados con el cuerpo humano.

*Antecedentes personales:* a los ocho años, abdominalgias antes de ir al colegio. A los 10 años temor a la asignatura de ciencias naturales en temas del cuerpo humano. Unos meses antes de la consulta, manifestó miedo a morir a raíz de una faringitis. Miedo a la oscuridad, siempre ha dormido con una luz encendida. Claustrofobia, que se manifiesta con miedo al ascensor y a meterse en la bañera. Tics simples: parpadeo y torcer el cuello.

*Diagnóstico inicial:* fobia escolar.

*Tratamiento:* desensibilización en vivo de la fobia al cuerpo humano, la fobia escolar y la ansiedad por separación. Entrenamiento en relajación. Entrenamiento encaminado a controlar la reacción vagal cuando se mareo, mediante contracción muscular. Asesoramiento a los padres con el objetivo de incrementar los hábitos de autonomía propios de su edad. Desaparece la sintomatología fóbica en los cinco meses siguientes.

**Tabla 4 Frecuencia de síntomas en 50 pacientes observados**

Síntomas	Número de pacientes	%
Tics motores simples	50	100
Tics verbales	50	100
Tics motores complejos	34	68
Coprolalia	23	46
Palilalia	20	40
Ecolalia	17	34
Ecopraxia	12	24
Copropraxia	13	26
Autoagresión	34	68
Trastorno obsesivo-compulsivo	22	44
Conducta compulsiva	41	82
Trastorno del control de los impulsos	10	20

Al cabo de un año consultan de nuevo por presentar: insomnio de conciliación, que la madre trata con cloracepato dipotásico, por iniciativa propia. Miedos: a tirarse por la ventana porque cree que es sonámbulo, a estar enfermo, a que no le llegue oxígeno a la cabeza. Problemas de comportamiento: esconde comida, esconde paquetes con heces dentro de la habitación. Conducta obsesiva compulsiva, se cambia de calzoncillos tres o cuatro veces al día.

Coincidiendo con las vacaciones de verano, dejan de asistir a la consulta, volviendo en septiembre con la misma sintomatología anterior, más:

- Otros problemas obsesivos: pensamientos reiterativos de que se tragará objetos pequeños mientras duerme (cochecitos, monedas), preguntas reiterativas, fundamentalmente a la madre; coger y dejar un mismo objeto varias veces; volver a escribir encima de lo que ya había escrito; coger cualquier cosa de comida, siempre con una servilleta de papel; oler cosas como zapatos, jerseys y cada cucharada de comida que se lleva a la boca.

- Tics: además de los descritos en la primera visita, aparecen otros nuevos como carraspeo y ruidos con la garganta.

*Diagnóstico final:* síndrome de Gilles de la Tourette.

*Tratamiento:* prevención de respuestas para los comportamientos obsesivos, que lleva a la práctica la madre. Tratamiento farmacológico con clomipramina 75 mg/día, con lo que mejoró la sintomatología obsesiva pero no los tics.

**252 Caso 3**

Varón de 11 años, entre cuyos antecedentes familiares se encuentran: madre agorafóbica y obsesiva; abuela materna y dos hermanos de la madre en tratamiento por trastornos de ansiedad.

*Motivo de consulta:* desde hace dos meses presenta cefaleas en la escuela, por lo que llama a sus padres y vuelve a casa. Cuando va al cine, sale tres o cuatro veces para ir a su casa y ver a sus padres. Hacía una semana, había presentado una crisis de ansiedad, después de llamar a su casa y no encontrar a nadie. Sale a jugar con los amigos con menos frecuencia que antes de iniciar el cuadro. Se niega a asistir al colegio, y si lo hace presenta sintomatología ansiosa con quejas, lloros, palidez y sudoración.

*Antecedentes personales:* siempre fue un niño miedoso, con insomnio de conciliación y mantenimiento cuando duerme solo. Acostumbra a dormir con la madre. Fobia a los ascensores. Miedo a quedarse solo en casa. Miedo a la oscuridad.

*Diagnóstico:* ansiedad por separación con fobia escolar.

*Tratamiento farmacológico:* con cloracepato dipotásico 15 mg/día repartidos en tres dosis e imipramina 75 mg/día.

- Asesoramiento a los padres en los siguientes aspectos: obligar al niño a ir al colegio todos los días. Hacer extinción ante las quejas y no hacer preguntas sobre cómo se encuentra. El niño puede llamar a casa desde la escuela a media mañana. Dejar de dormir con la madre, aunque al principio se le permite dormir con el padre, luego con el hermano y finalmente solo. Por ser la ansiedad al ir a la escuela mayor si sabe que la madre no estará en casa, inicialmente se le garantiza que esto no ocurrirá, posteriormente se le va informando de las salidas que irá haciendo la madre. Ir a comer a casa

de los abuelos, para conseguir pasar el día entero fuera de casa. Favorecer que los padres hagan salidas nocturnas y él permanezca en casa con el hermano.

*Evolución:* desaparece la sintomatología de ansiedad por separación y fóbica en los cuatro meses siguientes y posteriormente aparecen comportamientos obsesivos: lavado de manos, cambiarse de calzoncillos cada vez que va al baño, tocar las cosas primero con una mano y luego con la otra, también con un pie y luego con el otro, ponerse los dos zapatos al mismo tiempo, arrastrar los pies, dar unos pasos hacia adelante y otro hacia atrás, coprolalia -dice palabrotas e insultos-, huele objetos que toca, escupe, chasquea la lengua. Toda esta sintomatología aparece de forma progresiva y simultáneamente se evidencia un trastorno de hiperactividad con déficit de atención. Hasta el momento de diagnóstico de Gilles de la Tourette, el tratamiento siempre había sido sintomático, mediante extinción de conductas compulsivas, ahondando escolarmente debido al problema atencional y dando soporte y asesoramiento a los padres.

**DISCUSIÓN**

Se han escogido estos tres casos de Síndrome de Tourette porque son ilustrativos del problema que se plantea al principio: la dificultad para diagnosticar un trastorno cuyo síntoma fundamental descrito en el DSM-III R son los tics.

En unos casos este síntoma no aparece desde el principio del trastorno. En otros casos pueden aparecer desde el inicio del cuadro, pero con una importancia mucho menor a lo que es el motivo de consulta, y sin que en aquel momento los tics tengan ninguna relevancia para el paciente, que no suele mencionarlos si no se interroga insistentemente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Shapiro AK, Shapiro ES, Bruun RD, Sweer RD. *Gilles de la Tourette Syndrome*. New York: Raven Press, 1978.
- 2 Bayés S, Tolosa E. *Tics i malaltia de Gilles de la Tourette*. Col·lecció Punt de Referència. Barcelona, Edicions de la Generalitat de Catalunya, 1992.
- 3 Grad LR, Pelcovitz D, Olson M. Obsessive-Compulsive Symptomatology in children with Tourette Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;16(1).
- 4 Scerd J, Curley AD, Jardorf L, Volkensz L. Behavior Disorder and attention deficits in boys with Tourette Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27(4).
- 5 Bayés A, Tolosa E. Los tics. *JANO* 1985;2-13.

A. Polaino-Lorente<sup>1</sup>  
P. Martínez Cano<sup>2</sup>

1 Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense. Madrid  
2 Psicólogo. Becario del Instituto de Ciencias para la Familia.  
Universidad de Navarra. Pamplona.

Adaptación familiar y psicopatología infantil: alcance, validez y significación de la subescala "adaptación" en el cuestionario FACES III de Olson, Portner y Lavee

*Family adaptation and childhood psychopathology: extent, validity and significance of the subscale "adaptation" in the scale FACES III of Olson, Portner and Lavee*

## RESUMEN

Los estudios relativos a la influencia de los estilos educativos en los niños es un reciente ámbito de investigación. Los autores que desde principios de siglo se ocuparon de la interacción padres-hijos, afirman que las experiencias vividas en la infancia, junto a los padres, pueden ser determinantes en el desarrollo de ciertas características de la personalidad de tipo desadaptado, así como de otras manifestaciones psicopatológicas.

Según lo anterior, parece que la mala adaptación familiar -sea provocada por un estilo educativo desadaptativo o sea provocada por alguna psicopatología paterna-, pueda crear problemas muy graves en el funcionamiento familiar. Muy probablemente, si se pretende eliminar un problema psicopatológico infantil derivado de una mala adaptación será necesario cambiar la dinámica disfuncional de la familia.

Queremos aprovechar esta ocasión para señalar, una vez más, la importancia que la adaptación familiar tiene en la educación y en el desarrollo de los hijos, hasta el punto de que cuando no se dan aquellas condiciones, casi siempre se generan problemas psicopatológicos.

Paradójicamente en la práctica terapéutica de muchos problemas psicopatológicos infantiles, no se evalúa o no se tiene en cuenta cuál es el nivel de adaptación del niño en su hogar. Así pues, motivados por la importancia que esta variable tiene en el origen de psicopatología infantil y, por otra parte, la ausencia de investigación en nuestro país referente a esta cuestión, estamos tratando de validar esta escala de medida de adaptación familiar, con población española.

## PALABRAS CLAVE

Estilos educativos familiares; Interacción padres-hijos; Psicopatología; Personalidad desadaptada.

## ABSTRACT

*Studies on the influence of educational styles on the children is quite a new field of investigation. Authors that studied from the beginning of the century children-parents interaction say that those experiences that took place during the childhood when being with his/her parents can be determinant*

254 *in the development of certain characteristics of the non-adapted type of personality as well as of the onset of other psychopathological disorders. It seems that bad familiar adaptation (due to a non-adaptative educative style or to a parental psychopathology) can create very important problems in the familiar performance. It is quite probable that if we want to eliminate a childhood psychopathological disorder arised from a bad adaptation it will be necessary to change the disfuncional dynamic of the family. We would like to remark once more the importance that familiar adaptation has on the education and the development of the children. This is important to the point that when those condicions do not exist most of the times psychological disorders appear. Paradoxically, in the therapeutical practice of many childhood psychopathological disorders, it is not evaluated which is the level of adaptation of the children to his/her family. This is why, motivated by the importance of this variable on the development of childhood psychopathology and, on the other hand, because of the lack of investigation on this theme in our country, that we are trying to validate this scale of measure of the familiar adaptation with the Spanish population.*

#### KEY WORDS

*Familiar educative styles. Interaction children-parents; Psychopathology; Non-adapted personality.*

#### INTRODUCCIÓN

Los estudios relativos a la influencia de los estilos educativos en los niños es un reciente ámbito de investigación. Los autores que desde principios de siglo se ocuparon de la interacción padres-hijos, afirman que las experiencias vividas en la infancia, junto a los padres, pueden ser determinantes en el desarrollo de ciertas características de la personalidad de tipo desadaptado, así como de otras manifestaciones psicopatológicas. Son, en este sentido, frecuentemente citados los estudios de madres de niños caracterizados como

sobredependientes, ansiosos y emocionantemente lábiles. Estas madres se describen como excesivamente preocupadas respecto a las necesidades de dependencia y, por otra parte, punitivas respecto a los comportamientos de independencia de sus propios hijos. Son, en definitiva, madres calificadas y conocidas con el término de "sobreprotectoras".

Otro hecho que se acepta como cierto afirma que los estilos educativos disfuncionales están relacionados con la personalidad agresiva. De otra parte, son destacables los estudios que se centran en la influencia que los estilos educativos sobre diversas habilidades cognitivas de los niños.

Sin embargo, a pesar del acuerdo entre muchos autores sobre este tipo de influencias en las interacciones familiares, los estudios disponibles invitan a iniciar otras investigaciones de forma que se mejore la validez de los trabajos, utilizando muestras más representativas y elevando el rigor y las exigencias experimentales.

En cualquier caso, parece que la mala adaptación familiar -sea provocada por un estilo educativo desadaptativo o sea provocada por alguna psicopatología paterna-, puede crear problemas muy graves en el funcionamiento familiar. Muy probablemente, si se pretende eliminar un problema psicopatológico infantil derivado de una mala adaptación será necesario cambiar la dinámica disfuncional de la familia.

La cuestión no es sencilla: puede ocurrir que exista un cierto consenso familiar respecto de su funcionamiento y estilo educativo, siendo los niños absolutamente sumisos a las decisiones de sus padres. En este caso, los problemas pueden presentarse en la vida adulta, a pesar de que en su infancia hayan sido aparentemente felices. Pero también puede ocurrir que el niño no esté de acuerdo con las decisiones y el modo de educar de sus padres. En este otro caso, los problemas desadaptativos aparecerán antes.

Sea de una forma u otra parece que la dinámica familiar juega un papel muy importante en la conducta de las personas.

Citamos brevemente, a continuación, algunos de los estudios más relevantes y tradicionales en los que los autores se ocuparon de estas influencias de los padres sobre sus hijos.

Freud<sup>(19)</sup> afirmó que las prácticas educativas de los padres podrían tener efectos negativos sobre el hijo. Un exceso de afecto materno a un niño, aunque éste sea



consciente, puede convertirle en una persona muy exigente en etapas posteriores de la vida, e incapaz de prescindir de esas relaciones afectivas.

Fenichel<sup>(12)</sup> sugería que la sobredependencia podría ser la consecuencia de una fijación en la etapa oral del desarrollo, debido a privaciones orales extremas.

En ambos casos, se evidencia que tanto la indulgencia como la privación excesiva pueden ser los antecedentes de una idéntica disfunción psicológica.

Otros estudios sobre este particular son los de Arieti<sup>(1,2)</sup> sobre madres esquizofrénicas, Miller<sup>(20, 21)</sup> sobre la influencia de la disciplina educativa muy punitiva, Bowlby<sup>(5)</sup> sobre el rechazo paterno, etc.

Sin embargo, Eisemann<sup>(9)</sup> afirma que "a pesar de que existen hasta cierto punto algunos hallazgos consistentes respecto a la posible influencia de las prácticas educativas de los padres, muchas de las teorías actuales siguen encerrando poderosas contradicciones y la mayoría de los datos disponibles se basan en generalizaciones y extrapolaciones, a partir de informes anecdóticos o de trabajos con graves limitaciones metodológicas".

También, uno de los autores de este trabajo se ocupó hace unos años de estudiar con profundidad la realidad de conceptos como "madre rechazante", "madre sobreprotectora", o "madre esquizofrenógena". En este sentido, Polaino-Lorente<sup>(29)</sup> afirma que "al centrar las relaciones del niño, casi en exclusividad con la madre y al hacer depender de estas relaciones afectivas la totalidad de las conductas patológicas en la infancia, se transformó a las madres en el principal agente patógeno". Evidentemente estos conceptos analistas son erróneos, como este mismo autor afirma en otra obra<sup>(30)</sup>: "En cualquiera de los supuestos -arriba enunciados- jamás se comprobaron las tres principales razones en que se debían fundamentarse: 1) las características específicas que definen -y no sólo describen más o menos literariamente- los perfiles concretos de los modelos de madres arriba citados; 2) que esos modelos causen, determinen o estén relacionados, en algún cierto sentido -debe probarse tal conexión- con las manifestaciones psicopatológicas de los hijos respectivos, y 3) que las alteraciones que se dicen padecidas por los hijos, realmente lo sean".

Nada de lo arriba descrito se ha comprobado experimentalmente.

No obstante, los estudiosos siguen adelante con la hipótesis de las relaciones entre la interacción padres e

hijos y los trastornos psicopatológicos, que pueden aparecer en la infancia o en la etapa adulta de la vida. Concretamente, *en las dos últimas décadas se han realizado algunas investigaciones para intentar dar al proceso etiológico de algunas enfermedades una dimensión social e interpersonal que a su vez facilite el proceso de desvelar qué papel juegan, respectivamente, los factores hereditarios y ambientales.*

Algunos trabajos interesantes a este respecto son los de Perris y cols.<sup>(28)</sup>, quienes han estudiado la infancia de pacientes deprimidos adultos; o los trabajos que se centran en la interacción padres-hijos tras haber diagnosticado una depresión en un hijo; o los trabajos de Welner y cols.<sup>(36)</sup>, Weissman y cols.<sup>(35)</sup>, etc., sobre el estudio de la interacción padres-hijos tras el diagnóstico de depresión en el padre.

Otro tipo de estudios se han centrado en la relación entre el conflicto marital -que puede generar un cierto ambiente desadaptativo- y los problemas en la conducta infantil. En este sentido, Emery<sup>(10)</sup> y O'Leary y Emery<sup>(26)</sup> documentaron consistentemente esta relación. Más en concreto, según Paterson<sup>(27)</sup> y Wolfe y cols.<sup>(37)</sup>, en los niños en edad preescolar se refleja muy especialmente este hecho del desajuste por conflictos conyugales. Entre las investigaciones realizadas con este propósito, es destacable el trabajo de Jouriles y cols.<sup>(17)</sup>, según el cual, la frecuencia de problemas conductuales en niños, cuyos padres mantienen disputas, es la misma que en niñas y eso a pesar de que, según parece, las madres castigan más las malas conductas de sus hijas, cuando no tienen conflictos maritales. Sin embargo, entre el grado de satisfacción marital y la administración de castigos a los hijos varones que se comportan mal, sólo hay una correlación negativa. Esto sugiere que el desacuerdo marital puede interactuar con los hijos, según el sexo, hasta el punto de predecir cuáles son los patrones de disciplina parental. En este punto se necesita de más investigación.

McBridge y Blesky<sup>(19)</sup>, tras el estudio del estilo de unión con sus hijos de 63 madres separadas, afirmaron que la ansiedad de separación está determinada por varias características de la madre, del hijo y de la situación de trabajo y que la variación en ciertos niveles de ansiedad tenía graves consecuencias para el desarrollo de las relaciones afectivas madre-hijo.

En otro estudio posterior Dunst y cols.<sup>(8)</sup>, sostienen que el bienestar familiar y personal están relacionados con las características conductuales de los niños (en concreto,

256 con su estilo cognitivo, responsividad social y temperamento), y que tanto su bienestar como esas características están relacionadas con su futuro progreso evolutivo.

La agresión verbal de los padres sobre los problemas psicosociales de los niños es otro ámbito que vale la pena estudiar. Vissing y cols. (1991) han encontrado una fuerte correlación positiva entre altos niveles de agresión verbal y de castigo físico y los niveles más altos de agresividad, delincuencia y presencia de problemas interpersonales. Para una ampliación sobre este tema pueden examinarse los trabajos de Hammen y cols.<sup>(16)</sup>, Wood y cols.<sup>(38)</sup>, O'Connell<sup>(25)</sup>, Denham<sup>(7)</sup>, Gander<sup>(14)</sup>, Scott y cols.<sup>(34)</sup>, Fantuzzo y cols.<sup>(11)</sup>, etc.

Podríamos extendernos más y documentar exhaustivamente la importancia que tiene la mala adaptación familiar -no importa ahora cuál sea su causa, ni su posible relación con la psicopatología infantil-, ya que la problemática se extiende a todo lo largo de ámbito psicopatológico: depresión, esquizofrenia, neurosis, agresividad, delincuencia, toxicomanías, problemas de aprendizaje, enlentecimiento del desarrollo físico y psíquico del niños, etc.

Así pues, queremos aprovechar esta ocasión para señalar, una vez más, la importancia que la adaptación familiar tiene en la educación y en el desarrollo de los hijos, hasta el punto de que cuando no se dan aquellas condiciones, casi siempre se generan problemas psicopatológicos.

Paradójicamente en *la práctica terapéutica de muchos problemas psicopatológicos infantiles, no se evalúa o no se tiene en cuenta cuál es el nivel de adaptación del niño en su hogar. Así pues, motivados por la importancia que esta variable tiene en el origen de psicopatología infantil, y, por otra parte, la ausencia de investigación en nuestro país referente a esta cuestión, estamos tratando de validar esta escala de medida de la adaptación familiar, con población española.*

A partir de un estudio previo de las escalas hoy disponibles sobre la medida de la dinámica o el funcionamiento familiar, elegimos hace dos años el cuestionario "Family adaptability and cohesion scales". En el siguiente epígrafe expondremos de forma más detallada este instrumento.

#### **BREVE ANOTACIÓN SOBRE EL MODELO SUBYACENTE**

La escala "*Family adaptability and cohesion scales*" fue elaborada por Olson, Portner y Lavee en 1985. El

objetivo que perseguían sus autores era construir un instrumento de medida de las variables que, desde un punto de vista teórico, habían incluido en un estudio previo de la dinámica familiar. Para ello estudiaron todos los instrumentos hasta el momento existentes, los cuales, aunque por lo general coincidían en las variables de medida, estaban basados en modelos teóricos explicativos que no reflejaban la realidad, Surgió así la necesidad de elaborar un instrumento que se ajustara más a estas pretensiones.

Efectivamente, como ya se ha dicho más arriba, casi todos los modelos teóricos de estudio de la dinámica familiar coinciden en lo siguiente: el funcionamiento de la familia puede medirse a través de la evaluación de la cohesión familiar, la adaptación familiar y la comunicación familiar (Olson, Rusell y Sprenkle, 1979, 1980, 1982, 1983; Beavers y Voeller, 1983; Epstein, Bishop y Levin, 1978; Kantor y Lehr, 1975; Reiss, 1981). Resulta evidente que desde un punto de vista teórico, aunque sean modelos similares, éste tenga ciertas peculiaridades que obliga a sus autores a enunciarlos como nuevo y distinto.

Así, la subescala de adaptación del instrumento de Olson (que a partir de ahora denominaremos FACES III), forma parte del *Modelo circunplejo* enunciado por Olson, Rusell y Sprenkle (1979, 1980, 1982, 1983).

¿Cómo se define la adaptación en el Modelo Circunplejo? Los autores la definen como "la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, los roles y/o las reglas de la relación en respuesta al estrés situacional y al provocado por el normal desarrollo de la familia". Dicho en otras palabras: la capacidad de la familia para enfrentarse a los problemas cotidianos, buscar las soluciones oportunas y ajustarse a la nueva situación creada.

Esta dimensión se concibe como un continuo que va desde muy baja adaptación hasta una adaptación muy alta. Los autores de la escala dividen este continuo en cuatro partes que denominan de la manera siguiente: *adaptación rígida, adaptación estructurada, adaptación flexible y adaptación caótica*. De esta forma, los niveles de adaptación más funcionales, o sea, que mejor funcionamiento reflejan, son los niveles flexible y estructurado.

La adaptación rígida supone que la familia funciona de la misma manera ante cualquier problema que se plantee y, en consecuencia, no es capaz de realizar ningún cambio que mejore su dinámica familiar mante-

niendo las mismas reglas, los mismos roles e idénticas estrategias de solución de problemas a lo largo de su vida.

Por otra parte, la adaptación caótica significa que no hay roles ni reglas en el funcionamiento de la familia: cada uno hace lo que quiere y no hay disciplina ni control; los problemas se solucionan como se puede y no hay normas establecidas.

La adaptación flexible y la estructurada suponen la presencia de valores caracterizados por un funcionamiento más racional y coherente y más adaptado a la situación de la familia en la sociedad. Se distinguen entre sí en que en el primer tipo se funciona de forma más o menos estructurada, mientras que en el segundo presenta niveles más altos de flexibilidad, aunque sin llegar al descontrol.

Como puede desprenderse de lo que hemos visto hasta ahora, son los niveles centrales los que mejor representan la funcionalidad familiar es decir, los niveles de adaptación óptimos. Tanto en el nivel rígido como el caótico son niveles disfuncionales, por cuanto que suponen situaciones en las que, lo habitual, es que emerjan problemas y dificultades.

En este sentido, hay que hacer una excepción. Puede ocurrir que familias con funcionamiento extremadamente rígido no tengan ningún problema. Esto es lo que suele ocurrir en el caso de familias en las que todos sus miembros quieren vivir de ese modo, -esto ocurre, por ejemplo, en las sociedades mormonas o en las de judíos ortodoxos. La disciplina llevada a su último extremo en familias en las que algún miembro no quiere someterse a la voluntad del líder, genera con mucha frecuencia la aparición de problemas.

En cuanto a las familias en las que rige la libertad absoluta en la toma de decisiones y operaciones respecto de cualquier ámbito personal o familiar, es también frecuente la aparición de graves alteraciones en algún miembro, ya sea porque no se coarta su excesiva vivacidad y energía o porque no se motiva lo suficiente a quien es más retraído.

Obviamente la hipótesis principal de la que partieron los autores de la escala fue que las familias de mejor funcionamiento obtendrían puntuaciones más centrales en la dimensión denominada como adaptación.

¿Qué variables miden la adaptación familiar, entendida como se ha definido anteriormente?

Los conceptos que según los autores del cuestionario fundamentan el concepto de "adaptación" aquí em-

pleado son los siguientes: el poder familiar, dividido en tres variables (liderazgo, control y disciplina), el estilo de negociación, los roles familiares y las normas que rigen la convivencia.

Aunque en un principio el modelo teórico parecía coherente y lógico, posteriormente se realizaron muchos trabajos de investigación para asegurar que con estas variables quedaba bien establecido y medido el nivel de adaptación familiar. En este sentido se pueden citar los trabajos de Rusell<sup>(32, 33)</sup>, Portner<sup>(31)</sup>, Bell<sup>(3)</sup>, Garbarino, Sebes y Schellenbach<sup>(15)</sup>, Clarke<sup>(6)</sup>, Killorin y Olson<sup>(18)</sup>, Bonk<sup>(4)</sup>, Olson y Killorin<sup>(23)</sup>, etc.

#### CONTENIDO TEMÁTICO DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA "ADAPTACIÓN"

Como ya se ha visto líneas atrás, los conceptos que -según los autores del cuestionario- fundamentan esta dimensión de adaptación son las siguientes: el poder familiar (liderazgo, control y disciplina), el estilo de negociación, los roles familiares y las normas que rigen la convivencia.

Cada uno de estos conceptos se mide a través de dos ítems. En este sentido quizá sea interesante mencionar que aunque la prueba completa en su versión FACES III está compuesta por 20 ítems, en un principio se redactaron muchos más para cada variable. Posteriormente, a través de análisis factoriales y de otros procedimientos estadísticos, se llegó a la versión actual. De esta forma, se logra un tiempo de administración más corto, a pesar de que la información así obtenida continúa siendo igualmente válida.

En cuanto a los procesos de selección de los ítems apropiados y a la factorización de la prueba original de 111 ítems, pueden consultarse los trabajos de Rusell<sup>(32)</sup>, Portner<sup>(31)</sup>, Bell<sup>(3)</sup>, Olson y cols.<sup>(22)</sup>, etc.

Describimos, a continuación las variables sobre adaptación que se contienen en la escala FACES III:

1. *Disciplina*: lo que se pretende medir es el grado en el que se tienen en cuenta las opiniones de todos los miembros de la familia, en lo que se refiere a la toma de decisiones. En este sentido, se le da mucha importancia a la predisposición de los padres a escuchar lo que los hijos opinan sobre su propia educación y sobre los estilos educativos empleados. Consideramos que este hecho refleja un grado de comunicación y confianza tal que niega la presencia de temores en la interacción

**258** padres-hijos. Es pues, evidente, la importancia que tiene la integración de los hijos en los procesos de decisión respecto de su propia educación así como en la evaluación del nivel de adaptación familiar. Los ítems de la escala que evalúan esta variable son los siguientes:

- "Escuchamos lo que dicen nuestros hijos en lo que se refiere a su disciplina".
- "Los castigos de nuestros hijos los discutimos entre mi esposo/a, nuestros hijos y yo".

2. *Normas*: estos ítems evalúan la manera de enfrentarse a los distintos problemas que se plantean a lo largo de la vida familiar. Estos ítems, que son muy importantes como medida de la adaptación familiar, tienen muy poco contenido relativo a la importancia de la implicación de los hijos en los procesos familiares. Obsérvense los dos ítems siguientes:

- "En nuestra familia tenemos distintas formas de solucionar problemas".
- "Las normas cambian en nuestra familia".

3. *Roles*: estos ítems evalúan el nivel de intercambio existente en las tareas de la casa. La estabilidad de los roles es una buena medida de la adaptación familiar, puesto que los roles rígidos suelen crear problemas cuando una persona no cumple su función. Por contra, los roles extremadamente flexibles son disfuncionales, puesto que en ese caso concreto lo que gobierna el funcionamiento familiar es la desorganización. Los dos ítems siguientes se centran precisamente en la evaluación de la estabilidad de estos roles, como medida de la adaptación familiar.

- "Intercambiamos las responsabilidades (las tareas y las obligaciones) de la casa".
- "Es difícil decir quien es el encargado de cada una de las tareas de la casa".

4. *Liderazgo*: al igual que en los ítems sobre las normas, la evaluación de la rigidez/flexibilidad en el mando y dirección de la dinámica familiar, o dicho de otra forma, el liderazgo de la familia, es pertinente para la evaluación del nivel de adaptación familiar. Aunque en estos ítems no hay contenido explícito sobre los hijos, no obstante, de forma implícita éstos son muy importantes. Los dos ítems de que se sirve la escala son los siguientes:

- "En nuestra familia mandan varias personas".
- "Es difícil identificar quien manda en nuestra familia".

5. *Estilos de negociación*: por último, los ítems sobre los estilos de negociación se centran en la medida de la implicación de los hijos en los procesos de toma de

decisiones. Se evalúa aquí cuál es la pertinencia de los hijos para tomar cualquier decisión familiar.

Aunque las opiniones de los hijos respecto de algunos problemas no sea muy importante, o incluso no deba ser considerada, en sí mismo, la petición de su opinión supone reintroducir una nueva dinámica familiar adaptada o adaptable a un suceso vital familiar.

Los ítems a través de los cuales se evalúa esto son los siguientes:

- "Tenemos en cuenta las sugerencias de nuestros hijos para solucionar problemas".
- "Los niños toman decisiones en nuestra familia".

En resumen, *se hace hincapié en la importancia que tienen los hijos en los procesos de adaptación y ajuste familiar. Para su evaluación es muy importante medir el grado de egoimplicación de los hijos en las decisiones que toma el grupo familiar, de aquí su importancia para los profesionales que trabajan con los niños, una vez que la evaluación del nivel de adaptación casi siempre nos suministra una medida de la importancia que tienen los niños en la génesis de las decisiones familiares. Por todo ello, consideramos imprescindible la evaluación de la adaptación familiar, en aquellos contextos que presenten algunos problemas.*

### ALGUNAS APORTACIONES RELEVANTES DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS

Podríamos estudiar y relacionar, a modo de conclusión, los distintos tipos de adaptación -tal y como es capaz de medirlos la subescala "adaptación" del cuestionario FACES III-, con los distintos tipos de estilos educativos que tradicionalmente se describen en la literatura.

En el ámbito de la *Pedagogía*, se han descrito básicamente los tres estilos educativos siguientes: *autoritario, congruente y permisivo*.

Por otra parte, según lo visto hasta ahora, los niveles de adaptación que pueden obtenerse mediante el cuestionario referido quedan clasificados según las cuatro categorías siguientes: adaptación *rígida*, adaptación *estructurada*, adaptación *flexible*, y adaptación *caótica*.

Así pues, una familia que utilice estrategias educativas de corte autoritario, es muy probable que obtenga una puntuación en adaptación que le sitúe en la categoría de "adaptación rígida". Del mismo modo, una familia

permisiva desde el punto de vista educativo, obtendrá unas puntuaciones que lo incluirán en la categoría de adaptación caótica en la escala de adaptación. Por último, la adaptación estructurada o flexible corresponderá a estilos educativos congruentes, con ligeros matices específicos para cada caso.

¿Qué importancia tiene esto?

Desde un punto de vista funcional, esta escala identifica las posibles relaciones existentes entre ciertas patologías concretas que aparezcan en el seno de una familia y los estilos educativos que caracterizan a esa familia o, dicho de otro modo, entre aquéllas y el nivel de adaptación de cada uno de los miembros de la familia.

Pero las posibilidades de esta escala son mucho mayores, ya que puede ampliarse a otros ámbitos con un poco de trabajo adicional. Consideramos que la información que sobre los procesos dinámicos de una familia pueden obtenerse son muy ricos. Por poner un ejemplo, sería muy útil y nos ofrecería mucha información administrar el cuestionario a una familia con el fin de informarnos acerca de cuál es su nivel de adaptación actual. Por otra parte, el administrar la prueba a un miembro de la familia que presenta problemas, nos

permite comparar estas dos informaciones y evaluar la importancia que tienen los procesos adaptativos y el tipo de estrategias adaptativas empleadas por la familia, en su funcionamiento.

Sin embargo, *dada la relación existente entre los niveles de adaptación y los estilos educativos y entre éstos y algunas manifestaciones patológicas* -sobre lo que ya se han revisado algunos conclusiones relevantes al inicio de este trabajo-, *consideramos que la escala puede ser útil para evaluar la importancia del funcionamiento familiar y su posible vinculación con la aparición de una determinada patología.*

Queremos terminar este trabajo informando de que *esta escala se está actualmente validando con una población española.* Esta versión traducida y validada estará disponible muy pronto para la clínica psiquiátrica infantil y la evaluación y terapia de familia. *Consideramos que es un cuestionario que puede ayudar a detectar el posible origen de algunas patologías y contribuir así a orientar el tratamiento de determinados problemas a través de la modificación del funcionamiento familiar. Ésta ha sido la motivación principal que ha guiado nuestro esfuerzo para conseguir un instrumento de medida de la adaptación familiar.*

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Arieti S. *Interpretation of schizophrenia*. Brunner, New York, 1955.
- 2 Arieti S. The psychodynamics of schizophrenia: A reconsideration. *American Journal of Psychotherapy* 1968;22:366-381.
- 3 Bell R. *Parent-adolescent relationships in families with runaway: interaction types and the circumplex model*. Unpublished dissertation. Family Social Science, University of Minnesota. St. Paul, Minnesota, 1982.
- 4 Bonk J. *Perceptions of psychodynamics during a transitional periods as reported by families affected by alcoholism*. Unpublished doctoral dissertation, University of Arizona, Tucson, Arizona, 1984.
- 5 Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 1-3*. Basic Books, New York, 1980.
- 6 Clarke J. *The family types of schizophrenics, neurotics and "normals"*. Unpublished doctoral dissertation. Family Social Science, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota, 1984.
- 7 Denham SA. Maternal affect and toddlers' social-emotional competence. *American Journal of Orthopsychiatry* 1989;59(3):368-376.
- 8 Dunst CJ, Trivette CM, Hamby D, Pollock B. Family systems correlates of the behavior of young children with handicaps. *Journal of Early Intervention* 1990;14(3):204-218.
- 9 Eisemann M. Prácticas educativas de los padres y psicopatología. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1988;15(5):243-254.
- 10 Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin* 1982;92:310-330.
- 11 Fantuzzo JW, DePaola LM, Lambert L, Martino T, Anderson G, Sutton S. Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59(1):1-8.
- 12 Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. Norton, New York, 1945.
- 13 Freud S. *Three essays and theory of sexuality*. Standard Editions, E. Strachey Ed., Hogarth. London, 1905.
- 14 Gander AM. After the divorce: familial factors that predict well-being for older and younger persons. En: *Divorce outcome patterns*. Harworth Press 1991;175-192.
- 15 Garbarino J, Sebes J, Schellenbach C. Families at risk for destructive parent-child relations in adolescents. *Child Develop* 1985;55:174-183.
- 16 Hammen C, Gordon D, Burge D, Adrian Ch, Jaenicke C, Hiroto D. Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children's psychopathology. *Amer J Psychiatry* 1987;144(6):736-741.

262 *that diagnostic judgement requires a multiple approach.*

### KEY WORDS

*Scales; Questionnaires; Hyperkinetic disorder; Attention deficit disorder with hyperactivity.*

### ANTECEDENTES

Los esfuerzos por sistematizar las observaciones del comportamiento infantil en sus medios naturales, y por medir esas conductas, no constituyen una novedad. Wickman en 1928 fue uno de los pioneros en este campo. Sus trabajos para conocer la conducta de los niños, a través de la opinión de los profesores, contaban con respetables características de fiabilidad y validez. A partir de los años 60, y sobre todo en la década posterior, se fueron desarrollando cuestionarios encaminados a discriminar entre distintos tipos de alteraciones emocionales y de conducta, y entre niños con y sin alteraciones psíquicas.

En España, Vázquez Velasco<sup>(1)</sup> fue un adelantado en la tarea, aun antes de que la moda de las escalas comenzase a instalarse en los países anglosajones. Materializó su interés en amplios cuestionarios de comportamiento para contestar por los padres, con la intención de conseguir una estadística fiable del abanico de conductas de la población infanto-juvenil partiendo de las más "aceptables" para llegar a las claramente "patológicas", teniendo en cuenta las diferencias atribuibles a edades y sexos.

### LA SENDA EVOLUTIVA

La evolución de las escalas ha sido la natural. Con ritmo creciente han ido ampliando su número, esquematizando su estructura, extendiendo su variedad, y profundizando en su capacidad de adaptación al medio en que se introducían, la psicopatología. Su cantidad actual es difícil de establecer, y probablemente su censo sería incompleto. Su especialización varía desde las "omnivoras" en cuanto a edades y problemas, hasta las dedicadas a detectar trastornos muy concretos; tal es el caso de los que nos ocupan en esta revisión.

¿Cuánto ha contribuido a todo ello la inercia de su propia evolución, y cuánto se debe a los acontecimientos psicopatológicos aprovechados por sus autores? Parece una cuestión intrascendente, pero el hecho de su evolución dista mucho de ser azaroso; ha seguido una senda encauzada por la acumulación de conocimientos, propulsada por su utilidad y acuciada por el ansia de progreso.

### SUS CUALIDADES Y LIMITACIONES

Las escalas de comportamiento basan su éxito en una serie de ventajas que podemos sintetizar de Barckley<sup>(2)</sup>: 1) Capacidad de obtener información de personas que pasan mucho tiempo interactuando con el niño/a, en diversos ambientes y circunstancias; 2) Permiten obtener datos de conductas que ocurren con poca frecuencia, y pueden quedar fuera de la observación clínica; 3) Su coste es bajo tanto para completarlas como para evaluarlas; 4) Pueden estar normalizadas para determinar la desviación estadística de la conducta media; 5) Son muy variadas en su forma, cubriendo las diferentes dimensiones de la psicopatología infanto-juvenil; 6) Recogen información de personas significativas para el niño/a, que son responsables de su cuidado diario y de aspectos de su tratamiento futuro; 7) Dan información muy estable de la conducta, independientemente de variaciones situacionales, y 8) Permiten distinciones cuantitativas de aspectos cualitativos, que son difíciles de obtener por la observación.

Estos instrumentos auxiliares permiten establecer diferencias y similitudes entre casos, basadas en criterios menos subjetivos que entrevistas o cuestionarios abiertos. Ofrecen también perfiles de definición de caso estables y contraestables, incluso cuantificados; con ello se pueden establecer grupos homogéneos para estudios y replicación de investigaciones. La superación de aproximaciones a la selección diagnóstica teñidas de subjetividad, resulta particularmente importante en los trastornos hiperactivos, ya que sus casos son de características heterogéneas.

El atractivo de sus ventajas merece atemperarse con algunos reparos a sus cualidades y a su uso descomedido. Las escalas y cuestionarios están sujetos a problemas prácticos y conceptuales, que se manifiestan en su diseño, su uso y su interpretación. Las descripciones del comportamiento que se trata de medir, el período de

**Tabla 1 Algunos cuestionarios y escalas utilizables para el trastorno hiperkinético**

1	<i>Escala de conductas para profesores de Rutter</i>
2	<i>Escala de actividad de W.W.P.</i>
	Conners parent rating scales
3	Original CPRS
4	Revised CPRS
5	<i>Cuestionario abreviado de síntomas de Conners</i>
	Conners teachers rating scales
6	Original CTRS
7	Revised CTRS
5	<i>Cuestionario abreviado de síntomas de Conners</i>
8	Iowa Conners Teacher Rating Scale
9	<i>ADD. H. Comprehensive teacher rating scale</i>
10	Preschool behavior questionnaire
11	<i>Escala de hiperkinesia de Kutcher</i>
12	ADD. H Adolescent self-report scale
13	Parent questionnaire of teenage behavior (modificado de Conners)
14	Self evaluation (Teenagers) self-report

*En cursiva los que son comentados en esta revisión.*

tiempo a que se refiere o las características psicosociales de las personas que los responden, son unos pocos ejemplos de influencias que pueden sesgar sus resultados. En general tienen una buena fiabilidad test-retest, así como alta validez discriminativa y concurrente; pero en cualquier caso están limitadas a la perspectiva del informante, lo que se pone de manifiesto por correlaciones modestas entre distintos informantes (padres, profesores, compañeros o sujetos). Su utilización puede dar lugar a resultados y hallazgos que no se corresponden con las conclusiones de evaluaciones clínicas clásicas o de perspectiva múltiple<sup>(12)</sup>. Por ello resulta obligado no utilizarlas como fuente única sino en contraste con los otros sistemas y fuentes imprescindibles para la evaluación completa del caso<sup>(1)</sup>.

## CENSO Y ESTUDIO

A partir de la proposición de que las escalas han de ser consideradas como instrumentos de apoyo, ayudando a la evaluación diagnóstica, al juicio sobre la eficacia de las medidas terapéuticas y al seguimiento de la

evolución, pero nunca como directrices inequívocas, hemos revisado la "subespecie" de escalas dedicadas a los trastornos hiperkinéticos, recogiendo 14 (Tabla 1). Algunas de ellas (1,3,4,6,7 y 10) no son exclusivas para la hiperkinesia, pero permiten una buena aproximación a su ámbito. Esta revisión se ha hecho sobre cinco, las reseñadas en cursiva en la tabla 1. Todas ellas están directamente enfocadas a la hiperkinesia excepto la de Rutter. Para un conocimiento más profundo de cada una se puede acudir a las referencias originales, o a la revisión de Barkley<sup>(3)</sup> que recoge las comprendidas entre la 2 y la 10 con amplitud.

## Escala de conductas para profesores

El cuestionario original<sup>(9)</sup> está compuesto por 26 ítems que describen comportamientos conflictivos en los niños de 7 a 13 años. Está encaminado a distinguir problemas de tipo neurótico o de disconductas. Los resultados de su validación pusieron de manifiesto su utilidad para distinguir niños con problemas psicopatológicos diversos a partir de un punto de corte superior a 9. Se cuantifica con 0 (nunca), 1 (a veces) y 2 (frecuentemente) (Anexo 1).

La diferencia entre problemas de conducta y emocionales se realiza a partir de los ítems "neuróticos" (7, 10, 17 y 23) y de los "antisociales" (4, 5, 15, 19, 20 y 26). Los que superan los nueve puntos pueden ser considerados como trastorno emocional si la suma de los ítems "neuróticos" supera a la de los "antisociales" y viceversa. No se pueden diferenciar trastornos específicos como los hiperkinéticos, aunque los ítems relacionados con él son 1, 3, 5 y 16, si nos reducimos a los exclusivos de hiperactividad e hipoatención.

Puede utilizarse como informe estandarizado del colegio para fines de salud mental, o como medida de cambio en los tratamientos; pero su validez en este último sentido está por estudiarse.

## Escala de actividad de Werry-Weiss-Peters

Fue desarrollada inicialmente por los autores<sup>(13)</sup> para cuantificar el nivel de actividad en niños, sobre todo como medida dependiente de los tratamientos farmacológicos. Las normas son para uso en niños de dos a nueve años. Existen dos versiones, la original (Anexo 2), y otra de 22 ítems en la que se han eliminado los factores escolares de la primera.

264 Aunque se ha usado ampliamente para medir cambios durante el tratamiento de niños hiperactivos, esta escala parece medir más aspectos, aparte del puro nivel de actividad. Werry<sup>(13)</sup> apunta que también parece estar relacionada con problemas de conducta, oposicionistas, y otros dependientes del factor situación, atribuibles a la interacción padres-hijos.

Según diversos autores esta escala puede resultar útil para medir cambios en respuesta a intervenciones terapéuticas en general, ya sean de carácter farmacológico o de entrenamiento de padres de niños hiperactivos<sup>(2,8)</sup>.

### Questionario abreviado de síntomas de Conners

Es uno de los más difundidos, y se utiliza para clínica e investigación. Existen al menos tres circunstancias que conviene reseñar una vez reconocidas sus cualidades. Éstas son: la reducción de ítems a 10, considerados como los cardinales de los trastornos hiperactivos, seleccionados de las valoraciones de padres y maestros en las escalas de Conners de 93 y 48 ítems (Anexo 3). Además se trata de una escala que requiere un tiempo mínimo para completarla. La flexibilidad de edad es amplia, admitiendo las instrucciones su uso entre 3 y 17 años. Otra cualidad, consecuencia de las anteriores, es su riqueza en referencias bibliográficas, que superan las 200.

Las circunstancias conflictivas son: 1) La existencia de varias versiones, lo que obligó a Conners a tomar partido por la referida en su trabajo con Goyette y cols.<sup>(5)</sup> 2) La caída en la fiabilidad test-retest, por detectarse una disminución en la segunda administración respecto a la primera, tanto en padres como en profesores; por ello se recomiendan varias "pasadas" del cuestionario antes de su utilización para investigación o valoración de tratamientos; 3) Las investigaciones han ido poniendo de manifiesto que esta escala no es específica de los trastornos hiperactivos, sino que valora una psicopatología mezclada de síntomas hiperactivos, de interacción y de conducta. Esto nos hace dudar de su capacidad discriminativa para seleccionar con precisión los trastornos hiperactivos, en especial el tipo de trastorno hiperactivo simple (F90.0).

Loney y Milich<sup>(7)</sup> seleccionaron los cinco ítems de características hiperactivas y los cinco referidos a la agresividad, a partir, del Conners original de 93 ítems; dando lugar con ello a la Iowa Conners Teachers Rating Scale (ICTRS). Su uso está enfocado a distinguir entre

los niños puramente hiperactivos, los que presentan problemas de conducta y los que son de ambas características.

### ADD-H comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS)

Es un cuestionario compuesto de 24 ítems; éstos están divididos en cuatro áreas: A) Atención (seis ítems), B) Hiperactividad (cinco ítems), C) Habilidades sociales (siete ítems), y D) Oposicionismo (seis ítems). Tiene similitudes con el Conners Teachers RS en las de conducta oposicionista, y con el CBCL-TRF de Achenbach en su factor de agresividad. Las cuatro subescalas se han diseñado mediante análisis factorial, estableciéndose perfiles para cada sexo, lo que permite aproximar un centil de cada área en relación a la población general. Algunos autores ponen en duda que tales escalas de población general sean aplicables a los casos clínicos. El análisis fue realizado con población de entre 5 y 12 años. Su sometimiento a las normas de Copyright no permite la reproducción en este trabajo.

Una cualidad notable de esta escala radica en su interés por las diferencias atribuibles al sexo, aspecto muy poco estudiado hasta ahora.

### Escala de hiperactividad de Kutcher

Publicada por el autor en 1986, forma parte de un conjunto de estrategias de tratamiento de los trastornos hiperactivos y de su evaluación. Está constituida por los 18 ítems puntuados individualmente de 1 a 5 según su frecuencia de presentación. Los ítems proceden de la escala de Conners para profesores y de los criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad del DSM-III de 1980; la intención era poder utilizarlo indistintamente con padres, profesores, personal sanitario, e incluso los propios pacientes según la edad.

El estudio de Kutcher pone de manifiesto una notable correlación entre las puntuaciones de todas las personas implicadas en el tratamiento a lo largo de las distintas fases del mismo (doble ciego cruzado).

Los ítems no son descripciones precisas de conductas, sino que más bien constituyen etiquetas de conceptos relacionados con la hiperactividad, la hiperatención y la impulsividad; por ello da la impresión de que la subjetividad de la persona que completa



la escala puede jugar un papel más importante que si las cuestiones a valorar fueran más descriptivas que conceptuales.

En la versión española<sup>(4)</sup> se ha añadido un ítem referente a los tics, dado que existen individuos predispuestos a sufrírselos como un efecto de los estimulantes, pudiendo complicarse el tratamiento y la evolución si no se tiene en cuenta este aspecto.

### CONSIDERACIONES FINALES

La abundancia de cuestionarios que han venido demostrando su utilidad puede confundirnos inicialmente, pero también nos permite su utilización discriminada dependiendo del objetivo que nos ocupe: diagnóstico, de tratamiento o de investigación. En la tabla 2 se ofrecen sugerencias de uso selectivo; para ello hemos contado con los revisados y los que se puedan derivar de los sistemas diagnósticos más actuales.

Con sus luces y sus sombras las escalas son instrumentos de *precisión variable para el proceso de evaluación y diagnóstico, no de diagnóstico*. Éste constituye un proceso complejo sintetizable en: a) Recogida de información comparable de los ambientes en que tiene lugar la vida del paciente, b) análisis y conclusiones "doctas" mediante la propia impresión del clínico teniendo en cuenta las características físicas y mentales del paciente, y c) diferenciar el diagnóstico entre otros que también abarcan elementos de hiperactividad, hipoatención e impulsividad.

Una valoración diagnóstica completa exige combinar distintos procedimientos que cubran las diversas facetas de los niños. En esta valoración multiaxial los cuestionarios y las escalas de conducta son sólo uno de los instrumentos que aportan datos para establecer nuestras conclusiones. Su contribución más importante es la oferta de información estructurada, cuantitativa y cualitativamente, de la impresión que sobre aspectos determinados tienen los padres o los profesores. Pero en ningún caso suponen una valoración clínica que sustituye a la nuestra, ni una cuantificación asumible sin más por el clínico. Aún menos podemos considerar que nuestra actuación evaluadora se reduce al utilizar escalas; o que podemos prescindir de investigar y analizar aspectos fundamentales para asumir o rechazar el diagnóstico de trastorno hiperkinético en una niña o un niño.

**Tabla 2** Sugerencias de utilización de las escalas de hipercinesia

*A) En la evaluación y el diagnóstico*

1. Iluminar la incertidumbre: 1, 5, 9, Columbia, CDI-10
2. Especificar los síntomas: 8, 9, CDI-10
3. Cuantificar la severidad: todos
4. Confrontar conductas en ambientes diversos: 2, 5, 11, Columbia, CDI-10

*B) En el tratamiento*

1. Perfilar la línea de partida: 2, 5, 9, 11, Columbia y CDI-10
- 2) Controlar la respuesta al programa de tratamiento en sus diversos aspectos: 2, 5, 11, 13, y CDI-10

*C) En investigación*

1. Servir de protocolo: todos
2. Facilitar estudios de grupos numerosos: todos.
- 3) Diferenciar definiciones de caso: 8, 9 y CDI-10

Hasta la aparición del DSM-III las definiciones del síndrome hiperkinético tendían a ser difusas y desleídas, por ello los cuestionarios ofrecían una nueva interpretación, más sucinta y estable. Las clasificaciones actuales, aún más la CIE-10, hacen una distinción de mayor precisión en los conceptos nucleares de los trastornos hiperkinéticos. Ello permite agrupar y diferenciar los casos en varias categorías. Las definiciones de hiperactividad, hipoatención e impulsividad deben ser cualificadas y cuantificadas de acuerdo al sistema diagnóstico utilizado. Por lo tanto, de forma inexcusable para fines diagnósticos, relativamente para los de investigación, y en absoluto para tratamiento, los cuestionarios y escalas deberían derivarse directamente de los criterios diagnósticos correspondientes.

De ser así tendríamos que pedir aún más escalas de hipercinesia que vinieran a remolque de los nuevos manuales diagnósticos. DSM-III-R ya tiene la suya, realiza por la Universidad de Columbia en 14 ítems que se corresponden literalmente con los mismos criterios diagnósticos del manual (Anexo 4). La CIE-10 ofrece unos criterios de investigación, los CDI-10, tentadores para convertirlos en escalas, aún más diferenciadas que la del DSM-III-R, diferenciadas para el hogar y el colegio; y con separación de la hiperactividad-hipoatención frente a la impulsividad. El propio manual de los CDI-10 viene a pedir "instrumentos encaminados a determinar un punto de corte de medidas válidas y estandarizadas de la hipercinesia en el hogar y en el colegio..."

266 ¿Para qué han valido las escalas desarrolladas hasta ahora?; gracias a ellas disfrutamos de otras mejores, aunque puede que se hayan aprovechado y conocido poco las que

ya existen. Deseamos la máxima difusión y eficacia a las que vengan. Confiemos en que DSM-III y siguientes no rompan con este fomento de la creatividad en las neurociencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 1987;101:213-232.
- 2 Barkley RA. A review of stimulating drug research with hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1977;18:137-165.
- 3 Barkley RA. Child Behavior Rating Scales and Checklist. En: *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Editores Rutter, Tuma y Lann. Guilford Press, 1988:113-155.
- 4 Fernández Álvarez MA, Rodríguez Ramos P, Coullaut S, De Sicilia JA. La Inquietud por perfilar la Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 1992;2:139-141.
- 5 Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1978;6:221-236.
- 6 Kutcher SF. Assessing and Treating Attention Deficit Disorder in adolescents. The clinical application of a single-case research design. *British Journal of Psychiatry* 1986;149:710-715.
- 7 Loney J, Milich RS. Hiperactividad, Inatención y agresión en clinical practice. En: *Advances in Behavioral pediatrics* (Vol 2) CT:JAI Press, 1981.
- 8 Pollard S, Ward EM, Barkley RA. The effects of parent training and ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child and Family Therapy* 1983;5:51-69.
- 9 Rutter M. A Children's Behaviour Questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *J Child Psychol Psychiat* 1967;8:1-11.
- 10 Ullmann RK, Sleator EK, Sprague RL. A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children. *Psychopharmacology Bulletin* 1984;20:160-164.
- 11 Vázquez Velasco C. Valoración clínica de la conducta Infantil. *Rev de Psicol Gral y Aplic* 1962.
- 12 Weissman MM, Wickramaratne P, Warner V. Assessing psychiatric disorders in children, discrepancies between mothers' and children's reports. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:747-753.
- 13 Werry JS, Sprague RL. Hyperactivity. En: *Symptoms of Psychopathology*. Ed. C.G. Costello, New York: Wiley, 1968.
- 14 Wickman EK. *Children's Behaviour and Teachers Attitudes*. Commonwealth Fund. New York, 1928.

Anexo 1

**ESCALA INFANTIL DE CONDUCTA PARA PROFESORES  
 M. RUTTER (1967)**

Sra. Profesora o Sr. profesor

En los siguientes items se han descrito una serie de conductas que pueden tener sus alumnos.

Si ..... presenta una conducta de forma evidente y habitual señale con una cruz la casilla bajo el epígrafe "sí", cuando presente la conducta descrita, pero en un grado menor o con menor frecuencia, señale con la cruz la casilla bajo el epígrafe "un poco". Si, en lo que usted pueda apreciar, su alumna/o no muestra esa conducta, marque con una cruz la casilla correspondiente de la columna bajo "no".

Por favor, ponga solo una cruz en la línea de cada conducta. Gracias.

	No	Un poco	Sí	No rellenar
1 Muy inquieto, con frecuencia corre o salta de un lado a otro. Apenas está quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Hace novillos, falta sin justificación clara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Es un chico/a, intranquilo o impaciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Con frecuencia destruye sus cosas o las de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 A menudo se pelea con otros chicos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Es poco aceptado por otros chicos/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Con frecuencia parece preocupado, o se preocupa por muchas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Tiende a actuar por su cuenta, es más bien solitario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Irritable. Fácilmente se descontrola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Con frecuencia parece triste, infeliz, lloroso o alterado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Hace muecas, tics o gestos raros con la cara o el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Suele chuparse el dedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Habitualmente se muerde las uñas o los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Tiende a faltar al colegio por razones triviales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Con frecuencia es desobediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16 Tiene una concentración pobre o períodos de atención cortos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17 Tiende a ser miedoso, y a tener nuevas situaciones o cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18 Es maniático o tiene rarezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19 Miente a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20 Ha sustraído cosas en una o más ocasiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21 Se ha hecho pis o caca encima durante este curso en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22 A menudo se queja de molestias o dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23 Este año ha llorado al llegar al colegio o se ha negado a entrar en el edificio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24 Tartamudea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25 Tiene otro tipo de dificultades en el lenguaje expresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26 Intimida o reta a otros chicos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Anexo 1 (continuación)**

¿Existen otros problemas de conducta?. Si es así reséñelos .....

.....

.....

.....

Hasta qué punto conoce de este alumno/a                      Muy bien                      Moderadamente                      Poco

Muchas gracias por su ayuda.

**Anexo 2**

**ESCALA DE ACTIVIDAD DE WERRY-WEISS-PETERS**

	Nada	Algo	Mucho
<i>Durante las comidas:</i>			
Sube y baja de la silla .....			
Interrumpe inconsideradamente .....			
Hace movimientos nerviosos .....			
Juguetea con las cosas .....			
Habla excesivamente .....			
<i>Televisión:</i>			
Se sienta y se levanta durante el programa .....			
Hace movimientos nerviosos .....			
Manipula objetos o partes del cuerpo .....			
Habla incesantemente .....			
Interrumpe .....			
<i>Labores domésticas:</i>			
Se sienta y se levanta .....			
Hace movimientos nerviosos .....			
Manipula objetos o partes del cuerpo .....			
Habla incesantemente .....			
Requiere la ayuda o supervisión de los adultos .....			
<i>Juego:</i>			
Incapaz de jugar tranquilamente .....			
Cambia constantemente de actividad .....			
Busca la atención de los padres .....			
Habla excesivamente .....			
Interrumpe el juego de los demás .....			

**Anexo 2 (continuación)**

	Nada	Algo	Mucho
<i>Sueño:</i>			
Le cuesta trabajo ir a dormir . . . . .			
Duerme poco tiempo . . . . .			
Está inquieto durante el sueño . . . . .			
<i>Conducta fuera de casa (no en la escuela):</i>			
Inquietud mientras viaja . . . . .			
Inquietud al ir de compras (incluye tocar cosas) . . . . .			
Inquietud en la iglesia o en el cine . . . . .			
Inquietud al visitar a parientes, amigos, etc. . . . .			
<i>Conducta en la escuela:</i>			
Sube y baja . . . . .			
Juguetea, hace movimientos nerviosos, toca cosas . . . . .			
Interrumpe excesivamente al profesor o a otros niños . . . . .			
Busca constantemente la atención del profesor . . . . .			

**Anexo 3**

**CUESTIONARIO ABREVIADO DE CONNERS**

Nombre . . . . . Edad . . . . . Fecha . . . . . Informante . . . . .

Por favor, señale con una X la columna que más se ajusta a cada pregunta.

*Grado de actividad;*

	Ninguna	Solo un poco	Bastante	Mucha
1 Desasosegado o excesivamente activo. . . . .				
2 Excitable, impulsivo. . . . .				
3 Molesta a otros niños. . . . .				
4 No puede acabar lo que empieza. Poca capacidad de atención. . . . .				
5 Constantemente agitado. . . . .				
6 Falta de atención, especialmente distraído. . . . .				
7 Sus demandas han de satisfacerse inmediatamente, se frustra fácilmente. . . . .				
8 Lloro a menudo y con facilidad. . . . .				
9 Su estado de ánimo cambia rápida y drásticamente. . . . .				
10 Explosiones de ira, comportamiento impredecible y explosivo. . . . .				

¿Desea hacer algún otro comentario? . . . . .  
 . . . . .

*Sr. Director:*

En el número 1 del año 1993 de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* aparece el artículo: "CIE-10: la empresa del milenio" de P. Rodríguez Ramos y M. Fernández-Álvarez, que merece algunos comentarios por mi parte dado que he participado en muchas de las reuniones de trabajo de la CIE-10 y he coordinado la versión española de la misma. En principio hay que señalar que la CIE-10 es el resultado del más complejo consenso de psiquiatras que nunca ha existido y de estudios de campo muy amplios en países y lenguas muy diferentes.

La CIE-10 sigue un principio de clasificación clínico descriptivo, que es el más adecuado para una disciplina que conoce poco de la etiopatología de muchas enfermedades, pero tiene a su vez algunas limitaciones, en especial cuando se asocian en un enfermo o grupos de enfermos, síntomas de varias enfermedades o cuando faltan síntomas suficientes para lo que se considera un cuadro completo. Éste es el sentido que tiene la categoría F81.4: autismo atípico, que critican los autores.

La CIE-10 más que una clasificación es una familia de clasificaciones para usos diferentes y están en preparación versiones que pretenden subsanar algunas de las limitaciones de la actual para usos muy concretos, como pueden ser para la investigación o en relación con el contenido del artículo comentado con el retraso mental. En la CIE-10 este capítulo representa el compromiso entre aquellos que pretenden delimitar el retraso mental de acuerdo con rendimientos en un test de inteligencia y aquellos otros que prefieren una descripción clínica más pura de los diversos trastornos. Aunque este último ha predominado en la CIE-10, bien es cierto que aquellos psiquiatras que se dedican especialmente a la atención de personas con retraso mental necesitan un instrumento más detallado, que está en la actualidad en preparación y que incluirá además las catego-

rias de la CIE-10 que se asocian a un retraso mental para facilitar un doble diagnóstico.

La CIE-10 en su conjunto es una clasificación de enfermedades y no admite una consideración multiaxial, por este motivo están previstas dos versiones multiaxiales, una para adultos y una infantil. Esta última incluirá los aspectos del desarrollo que son tan importantes al psiquiatra infantil pero no sólo en ello. Una de las versiones preliminares del capítulo V de la CIE-10 fue denominado "Trastornos del comportamiento y del desarrollo". La palabra desarrollo fue suprimida a instancias de otros grupos también interesados en el desarrollo y el capítulo no prestaba suficiente atención al desarrollo psicológico como para poder utilizar este término ampliado.

La versión española ha huido de anglicismos innecesarios y también en ello se han adoptado decisiones por consenso, incluyendo la opinión de muchos psiquiatras infantiles. El término Trastornos Generalizados del Desarrollo traduce literalmente la expresión inglesa "pervasive" y también su sentido. "Pervasive" significa omnipresente o generalizado, como contraposición a los trastornos específicos. No significa en absoluto profundo y desde luego la palabra profundo no puede aplicarse a cuadros como la antes llamada psicopatía autística y hoy síndrome de Asperger.

Finalmente, los autores echan de menos una categoría para diagnósticos aplazados o ausencia de diagnóstico. Aquí cabe señalar que la CIE-10 sugiere utilizar los términos diagnóstico provisional y diagnóstico probable cuando el diagnóstico no sea cierto y se ha de esperar nueva información (diagnóstico provisional) o no sea éste el caso (diagnóstico probable).

Por el hecho de describir con detalle los diversos cuadros clínicos, CIE-10 permitirá en el futuro un mejor conocimiento de los mismos y quizá abrir el camino a una mejor comprensión etiopatogénica de los diversos trastornos que permitan decisiones terapéuticas más adecuadas.

**Prof. Juan J. López-Ibor Aliño**

*M. Benac, J. Haro, L. Villalba, R. Carretero, C. Noguera,  
C. Casanova e I. Marco*  
*Hospital de Sagunto; Hospital Provincial de Castellón*

Presentamos un caso de hospitalismo en un niño que permaneció ingresado durante sus dos años de vida en el Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto. Queremos señalar la situación de falta de vínculo madre-hijo debido a la enfermedad del niño que motivó su hospitalización en el período neonatal, así como los síntomas de hospitalismo presentados por el niño y la falta de recursos sociales para paliar este tipo de problemas.

Se trata del tercer hijo de una familia de nivel socioeconómico muy bajo. El padre, de raza gitana, sufría depresión (agravada por la enfermedad de su hijo) y se encontraba en situación laboral de desempleo.

El niño presentó al nacimiento rasgos dismórficos, hipotonía muscular generalizada y dificultades en la alimentación por incoordinación del mecanismo succión-deglución lo que provocaba crisis de atragantamiento con cianosis al tomar los biberones. A lo largo de su evolución clínica se diagnosticó de una malformación cerebral que justificaba los problemas presentados.

Para conseguir mantener su estado nutritivo precisaba ser alimentado por sonda nasogástrica.

La madre estuvo relegada del cuidado del niño durante los dos primeros meses de vida debido a las condiciones de ingreso en la Unidad Neonatal (pues aunque existe un régimen flexible de visitas, las madres no tienen un espacio para permanecer junto a sus bebés). A ello se añade la incertidumbre que se transmitía a la familia, en un principio respecto al diagnóstico médico y, posteriormente, respecto al pronóstico evolutivo, inevitable en este caso, por lo que el vínculo entre madre e hijo difícilmente podía realizarse.

Ella mostraba una actitud distanciada y temerosa respecto al cuidado de su hijo. Cuando las condiciones de hospitalización cambiaron, al pasar el niño a la Sala de Lactantes (donde la madre u otro familiar pueden estar las 24 horas con los niños) se intentó por parte del personal sanitario enseñar a la madre la forma de alimentación y el manejo del niño, pero ella rechazaba esa responsabilidad y aún sin perder el contacto con el niño, las visitas eran muy breves y la relación con el personal de enfermería suspicaz y crítica.

La situación clínica del niño en cuanto a su hipotonía muscular mejoró lentamente, comenzó a sonreír y agradecía el contacto personal, después aprendió a utilizar las manos y los pies de forma voluntaria pero los problemas de alimentación se agravaron presentando un gran rechazo y vómitos autoprovocados.

Presentaba estereotipias gestuales (movimientos de lateralización de la cabeza) sobre todo cuando estaba solo. El niño estaba triste en muchas ocasiones con espasmos de sollozo, y a pesar del aporte calórico adecuado presentaba desnutrición que interpretamos en parte debida a la carencia afectiva.

El equipo de Pediatría responsable, a través de los Servicios Sociales (del Hospital y Municipales) intentó conseguir dotación para contratar una "madre sustituta", que se ocupara del niño en el Hospital de forma regular (para subsanar el problema de cambios de turno del personal de enfermería) y sirviera de puente entre los cuidadores del niño en el Hospital y su madre biológica. El objetivo final era que el niño pudiera ser dado de alta para integrarse en su ambiente familiar recibiendo la ayuda necesaria para su correcta alimentación y cuidados. Este objetivo no llegó a cumplirse por falta de recursos sociales así como de los dispositivos sanitarios adecuados no previstos para este tipo de casos.

El niño finalmente fue trasladado al Hospital Terciario de referencia para la intervención quirúrgica de su malformación cerebral, falleciendo en el postoperatorio.

Pretendemos mostrar con este caso, que la falta o la pérdida de establecimiento del vínculo entre madre-hijo, tal como ha sido descrito por muchos autores (entre ellos y el campo de la Pediatría-Neonatología: Kalus y Kennell) puede ocurrir dependiendo de varios factores: entre ellos la separación precoz en los primeros días o meses después del nacimiento a causa de enfermedad del niño, además de problemas en los propios padres. Este hecho acarrea graves consecuencias en el cuidado futuro de los bebés, como malos tratos, rechazo, etc. En las salas de Neonatología y Pediatría se tiene cada vez más en cuenta este hecho de cara a facilitar el contacto de las madres con sus hijos hospitalizados, pero aún así en los casos en que se presenta un problema de este tipo, creemos necesario tener previstos los recursos (sociales y de ayuda psicológica) por parte del sistema sanitario para prevenir la falta de cuidados adecuados a estos niños por parte de sus familiares.

### UNA REVISIÓN DEL TEC EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En este trabajo, con motivo de la presentación de dos casos, no publicados, de adolescentes tratados con TEC (Terapia Electroconvulsivante) los autores hacen una revisión del tema, buscando responder a la pregunta sobre la TEC como opción terapéutica en niños y en adolescentes.

En 1985, en la Conferencia de Consenso sobre la TEC, se declaró que la TEC debería considerarse para "las depresiones endógenas severas y delirantes, la manía aguda, y para ciertos síndromes esquizofrénicos" por su eficacia comprobada, o cuando existe un riesgo de suicidio, en caso de contraindicación de los antidepresivos tricíclicos, de los inhibidores de la monoaminooxidasa, de los neurolépticos y del litio, o en caso de fracaso de las modalidades terapéuticas psicoterapéuticas y farmacológicas; no mencionándose la edad como un factor en la decisión del uso de la TEC. Sin embargo, el Grupo de Trabajo sobre la TEC de la Asociación Americana de Psiquiatría (1978) señalaba que la TEC en niños y adolescentes "era aceptada por un pequeño grupo de psiquiatras en pocas y excepcionales ocasiones".

#### Caso 1 (1980)

Se trataba de una adolescente de 15 años afecta de un trastorno bipolar, inicialmente maníaco, posteriormente depresivo sin respuesta al tratamiento farmacológico y con empeoramiento por los que a las 10 semanas fue tratada con TEC: nueve tratamientos de TEC unilateral (hemisferio no dominante), normalizándose el cuadro y dada de alta con litio y trifluoperazina. A los nueve meses de seguimiento no presentaba clínica alguna psicótica o depresiva.

#### Caso 2 (1978)

Joven de 18 años afecta de una esquizofrenia tipo hebefrénica destacando su conducta agresiva y la sintomatología delirante y alucinatoria; tras unas 10 semanas sin respuesta al tratamiento farmacológico con neurolépticos fue tratada con TEC: 20 tratamientos de TEC unilateral (no dominante) con una inicial positiva respuesta si bien de corta duración por la reaparición de la agitación y el pensamiento psicótico por lo que fue remitida a un centro residencial sin posterior seguimiento.

El reducido número de casos publicados sugiere que aunque poca usada, los niños y adolescentes son tratados con la TEC Thompson y Blaine (1987) encuentran que aproximadamente el 1,5% (500) de los pacientes hospitalizados que recibieron la TEC (33.384), en 1980, tenían entre los 11 y 20 años. Kramer (1985) señala un promedio de ocho pacientes/año, menores de 18 años, como el número de TEC aplicados

en California entre 1977 y 1983. En un estudio realizado en Inglaterra, 31 de los 433 psiquiatras encuestados usaban la TEC en menores de 16 años para la depresión psicótica, el estupor catatónico, manía y ocasionalmente esquizofrenia o anorexia nerviosa (Pippard y Ellan, 1981). Guttmacher y Cretella (1988) presentan, sobre 1000 pacientes tratados con la TEC en el Strong Memorial Hospital de Rochester, New York, solo cuatro casos menores de 15 años.

En los casos publicados de TEC en niños y adolescentes los diagnósticos incluidos son: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, anorexia nerviosa y síndrome de Gilles de la Tourette con trastorno pervasivo de la personalidad, si bien señalando que los criterios diagnósticos no siempre claramente señalados, difieren entre los diferentes trabajos.

La impresión clínica de los observadores fue uniformemente, de respuesta positiva la TEC. Ahora bien en esta revisión, y basándose en los casos publicados, los autores solo encuentran suficientes datos concluyentes del beneficio de la TEC en niños y adolescentes afectos de Trastorno bipolar (fase depresiva, fase maníaca o cicladores rápidos) y de Depresión, señalando la necesidad de estudios sistematizados de la TEC en niños y adolescentes.

Respecto a la afectación de la TEC en niños y adolescentes (con un cerebro en desarrollo) los hallazgos de los distintos autores son comparables a los de los adultos. A pesar de los efectos secundarios en el período inmediato postratamiento, la mayoría de autores defienden la ausencia de efectos a largo plazo. Los efectos secundarios incluyen un breve período de alteración neuropsicológica (confusión, trastornos amnésicos), reacciones de ansiedad, desinhibición y alteración en el umbral convulsivante. El empeoramiento neuropsicológico se reduce marcadamente a los pocos días, aunque puede persistir unos pocos meses una ligera alteración posiblemente con desinhibición.

Por otra parte, abordan el problema de quien ha de dar el consentimiento para la TEC. En el caso de niños preadolescentes, son los padres. Ahora bien, en adolescentes consideran razonable el consentimiento de los padres y del adolescente, señalando en el caso de rechazo por el adolescente la posibilidad de hacer una consulta al sistema legal para ayudar en la decisión.

Bertagnoli MV, Borchardt CM. A review of ECT for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(2):302-307.

### LA UTILIZACIÓN DE NEUROLÉPTICOS Y LA SINTOMATOLOGÍA EXTRAPIRAMIDAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El objetivo de los autores de este estudio era determinar la



prevalencia y los factores de riesgo de los trastornos del movimiento (Parkinsonismo, Acatisia, y Disquinesia tardía) inducidos por los neurolépticos en un grupo de niños y adolescentes ingresados en un Centro Psiquiátrico Infantil.

De una población total ingresada de 133, la muestra final estuvo formada por 104 pacientes (78% del total): 67 chicos (64%) y 37 chicas (36%), con una edad media de 14,9 años (DE:  $\pm 2,2$  años) incluyendo los ya hospitalizados, y los ingresados en los siguientes seis meses al inicio de la investigación, con una estancia media de 95 días (E:  $\pm 146$ , 4 días). 11 pacientes (11%) estaban en tratamiento con antiparkinsonianos.

Constituyéndose dos subgrupos de riesgo de efectos secundarios: 1) Grupo de riesgo de parkinsonismo: en el momento de la valoración: 61 pacientes (59%); 2) Grupo de riesgo de disquinesia tardía: pacientes con antecedentes de tratamiento con neurolépticos en un período de por lo menos 90 días: 41 pacientes. Grupos mutuamente no excluyentes.

Utilizando un procedimiento estructurado y estandarizado usado en la investigación de pacientes psiquiátricos adultos, geriátricos y deficientes mentales con posterior análisis estadístico.

La prevalencia de parkinsonismo, entre los 61 pacientes en riesgo, fue del 34% y estaba significativamente asociada con períodos de tratamiento neuroléptico más largos inmediatamente antes de la valoración. La prevalencia de disquinesia tardía, entre los 41 pacientes en riesgo, fue del 12%, sin una relación con las variables cuantitativas del tratamiento neuroléptico. Ahora bien, los pacientes con disquinesia tardía tenían una significativamente mayor probable historia familiar de enfermedad mental y una significativamente menor probable historia de conducta violenta. Señalando que, en

este grupo de jóvenes pacientes, fue observado un patrón de respuestas farmacológicas complejas para el parkinsonismo y para la disquinesia tardía, algunas de las que no son típicas de las más comúnmente presentadas en los adultos.

Concluyendo con la necesidad del control sistematizado de los niños y adolescentes tratados con neurolépticos, incluso en tratamientos cortos, para registro completo de los efectos secundarios.

Richardson MA, Haugland G, Craig TJ. Neuroleptic use, parkinsonian symptoms, tardive dyskinesia, and associated factors in child and adolescent psychiatric patients, *Am J Psychiatry* 1991;148:1322-1328.

#### **TRATAMIENTO CON FLUOXETINA DEL TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN**

En este trabajo preliminar, fueron tratados 19 niños y adolescentes (16 varones: 84%, y 16 chicas), de una edad media de 10,9 años (rango: 7 a 15 años), afectos de trastorno de hiperactividad con déficit de atención (criterios DSM-III-R) con fluoxetina: dosis inicial 20 mg/d, en monodosis matutina, con una dosis media de 27 mg/d (0,6mg/Kg/d) y un rango de 20 a 60 mg/d, en un estudio abierto de seis semanas. Al final del estudio el 58% presentaron por lo menos una moderada mejoría, con mínimos efectos secundarios y sin efectos en el peso o el apetito.

Lee B, Noyes R, Kuperman S, Shumacher E, Verda M. Treatment of ADHD with fluoxetine: a preliminary trial. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1991;30(5):762-767.

**X . Gastaminza**

**SEMIOLOGÍA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

**D. Barcial y L. Gayral**

*Editorial: ARAN S.A. ELA. Madrid, 1991*  
*Rústica, 245 págs.*

"... Y es de la manera más llana, la más sencilla, con muy pocas palabras cultas, sin buscar por nada del mundo hacer psicología patológica nada más que la clínica; pero de las más clásica, tanto como ello esté en mi poder aquella que toma en cuenta los signos, así como nuestros antecesores nos lo han enseñado...". Estas palabras del prefacio de Chaslin son la mejor introducción posible para el texto que nos ocupa.

En efecto en los últimos lustros se estaba perdiendo algo: la semiología clínica de los trastornos psíquicos. En unas ocasiones por el exceso de taxonomía, en otras por ciertas formas de (in)-credulidades más o menos (ideo)-lógicas.

Los autores son profesores universitarios, de Murcia el primero y de Toulouse el segundo. En su forma de exponer se les reconoce: abordan los aspectos clínicos y semiológicos fundamentales en la práctica psiquiátrica y clínica, de aquí el enorme interés de esta obra, quizá también dirigida al mismo público que reza en el prefacio de Chaslin: "el médico general, al filósofo y a los principiantes... si por casualidad un psiquiatra de profesión me hiciera el honor de leerme, yo le debería dar algunas explicaciones pues podría extrañarse..."

El libro, en efecto, constituye una guía práctica que se erige en una especie de lazarillo para aquellos que pretenden iniciarse en el campo de los trastornos mentales. Quizá haya que discutir muchos de sus contenidos, pero es cierto que merece la pena recordar, al menos recordar, algunos conceptos de la clínica y la forma de encontrarse con ellos en la práctica. En efecto, es posible que los contenidos semiológicos no sean el diagnóstico, es posible que los delirios no sean ni eso, pero lo cierto es que hay sujetos que sufren y personas que deliran.

La semiología clínica, dicen los autores, deriva de la semiología médica con algunas matizaciones y diferenciaciones: la importancia de los síntomas funcionales en relación a los síntomas físicos; la relatividad del concepto de normalidad en los contenidos psicológicos; las fluctuaciones naturales de los síntomas y sus variaciones según el examinador lo que incluye el encuentro entre el psiquiatra y el enfermo y la nueva semiología dinámica y prospectiva.

A pesar de ello los autores optan por seguir el modelo clásico: la recogida de los datos, la participación afectiva, la activación motora, las alteraciones de los instintos, alteraciones de la conducta del dormir, trastornos de la actividad intelectual operatoria, el lenguaje y la disociación mental. Hasta aquí realizan un seguimiento de los contenidos conceptuales de interés básico en la semiología. A partir de este capítulo comienza la semiología clínica propiamente dicha: las producciones mentales patológicas, alteraciones del tiempo y del

espacio, alteraciones de la corporalidad, la semiología de los delirios y la semiología del carácter. El apartado final de Índice alfabético de materia es útil, amplio y adecuado.

La forma de exposición es la clásica académica pero de forma simplificada y comprensible, ello no quiere decir que sea simplista. Es descriptiva, pero no solo eso; es fácil de leer, pero invita/sugiere pensar/profundizar. Así se hace realidad el dicho de Chaslin sobre la experiencia del clínico, asumido por los autores: "enriquecer el pasado del presente y preparar el porvenir". Ello permite a los autores afirmar que "la semiología mental se establece en el campo de una doble ubicuidad, conocer que tiene y quién es el enfermo, determinar el signo y su sentido en relación con ese enfermo singular".

Libro de gran utilidad para la formación de profesionales y para servir de refresco, incluso para los (in)-crédulos.

*J.L. Pedretra Massa*

**RELATIONSHIP DISTURBANCES IN EARLY  
CHILDHOOD: A DEVELOPMENTAL APPROACH**

**A.J. Samaroff y R.N. Emde (Edts)**

*Editorial: Basic Books. New York. 2ª ed. 1991.*  
*Tela, 266 págs.*

El estudio de los problemas de la primera infancia había tenido, hasta el momento actual, un enfoque descriptivo y demasiado focalizado en las características evolutivas propias del bebé. Desde las aportaciones de la moderna etiología, sobre todo con autores como Bowlby y Stern, los aspectos interactivos y de socialización han preocupado de forma creciente. El interés en estos planteamientos resulta gratificante cuando se observan los fundamentos teóricos rigurosos y serios, los procedimientos de investigación exigentes y refinados y los resultados y conclusiones sorprendentes.

Resulta difícil continuar sosteniendo que la Psiquiatría Infantil no reúne las características de una ciencia autónoma: tiene sus fuentes teóricas específicas, posee una metodología y unos procedimientos de investigación claros y precisa de una formación precisa y cuidadosa de los profesionales. Son estos planteamientos que se obtienen de este texto. Como dice Bowlby de este texto: "Ahora se comienza a reconocer de forma central que una gran parte de los procesos de enfermedad mental son una alteración de la capacidad para establecer interacciones adecuadas y esta alteración tiene su origen durante la infancia. Las investigaciones desarrolladas en los últimos años, que han transformado nuestro conocimiento en este tema, dan gran relevancia a las intervenciones preventivas de los trastornos emocionales, lo que debe realizarse en las primeras edades de los pacientes o clientes."

En otras palabras: es una falacia hablar de prevención de las afecciones o de los trastornos mentales sin contemplar los niveles preventivos de forma adecuada en los niveles precisos del proceso de desarrollo mental, emocional y psicológico de los sujetos. Es decir: sin intervenir de forma adecuada, precisa, pertinente y oportuna en la infancia.

A esto se resume el texto que nos ocupa: aporta con autoridad, rigor y precisión los aspectos del desarrollo en diversos campos de la primera infancia: el desarrollo afectivo, la representación de los patrones relacionales, las relaciones entre el self y los procesos de adaptación individual.

Tras estas bases, cuyo origen se encuentra en la psicopatología del desarrollo, se abordan las alteraciones de estos procesos: los síndromes clínicos y su evaluación, los procesos que afectan a la salud física y su influencia en el desarrollo de las relaciones e interacciones.

La parte final se refiere al contexto: incluye las alteraciones de las interacciones del desarrollo a través del ciclo vital y la representación familiar que contrasta la visión actual con el sentido de continuidad/discontinuidad de la familia.

Los propios editores terminan el texto con la siguiente apreciación: "Dos aspectos de especial relevancia quedan para investigaciones futuras: el primero concierne a las mutuas influencias entre los diferentes niveles de funcionamiento de las interacciones en esta etapa del desarrollo precoz, y el segundo concierne a la accesibilidad consciente del manejo de los modelos de trabajo. Pero solamente a través del estudio de las relaciones precoces podemos comprender de forma precoz los procesos del desarrollo individual en el contexto social".

De esta formulación a las teorías y prácticas de prevención secundaria, en cuanto al diagnóstico e intervención precoces base de una política coherente de tipo asistencial, solo existe un paso.

La presentación del texto es impecable. La bibliografía extensa y variada y el índice alfabético de gran utilidad y detalladísimo. En resumen: libro básico para abordar temas de investigación y epistemología.

*J.L. Pedreira Massa*

#### **AUTISMO: CUIDADOS Y TRATAMIENTO**

**PH. J. Parquet, Bursztejn C y Golse B. (Coords)**

*Editorial: Masson. Barcelona, 1992*  
*Rústica, 222 págs.*

Desde que Kanner, hace 50 años, describiera un cuadro en algunos niños/as que presentaban una serie de características difíciles de catalogar en otros procesos psicopatológicos y le otorgara el nombre de autismo infantil, muchas han sido las peripecias que ha tenido el citado

cuadro: deficiencia mental para unos, psicosis para otros,..... hasta que la DSM-III-R lo encuadra en los trastornos profundos del desarrollo. Diversas orientaciones teóricas se han interesado también: desde la inicial descripción un tanto culpabilizante de las madres (que obliga al propio Kanner a escribir un segundo libro titulado "En descargo de las madres"), a la mera descripción de conductas, a las descripciones etológicas, las investigaciones neuro-fisiológicas de todo tipo, los estudios neuroendocrinos, genéticos (cromosoma X frágil incluido), los neurotransmisores de todo tipo, la inmunología, etc.... todos los modismos al uso se pretendían confrontar con el autismo. Tampoco las prácticas diversas han quedado al margen: las instituciones psiquiátricas clásicas y las renovadoras, las pedagógicas y/o pedagogizantes, las sociales... todas han querido aportar algo. Autores como Tustin, Meltzer, Barthélemy, Tinbergem, Cohen, Lebovici, Ajuariaguerra, Shopler y un largo etc. han aportado su "granito" de arena.

Pero a tenor de reconocer realidades han sido los psicoanalistas infantiles los que han reflexionado de una forma más constante sobre cuadros, desde muy diversas perspectivas. Cabe destacar el excelente estudio (ya comentado en esta Revista) de los españoles Manzano y Palacios realizado en Suiza y la sugerente investigación de Lasa en nuestro país.

Los propios autores testifican que la multitud de trabajos existentes en torno al autismo contrasta con la escasa prevalencia del trastorno y ellos apuntan el interés por lo desconocido y el reto que supone para los investigadores de cualquier tendencia. Los autores plantean que tanto para el estudio etológico como para las estrategias de intervención existen tres grandes orientaciones que comprendían a las demás: la concepción neurobiológica, la cognitiva y la psicodinámica.

El presente libro pretende exponer programas de tratamiento y/o educativos precisando personal y modos concretos de acción; incluye la articulación con otras formas de intervención; el enfoque descriptivo está dirigido a los casos seleccionados y a los criterios de referencia; dichos criterios deben sustentar la forma de intervención terapéutica de manera justificada; deben incluirse las modalidades de trabajo con las familias y la duración media del programa terapéutico con las posibles orientaciones pronósticas y evolutivas a medio y largo plazo. Los objetivos eran ambiciosos ya que las perspectivas de los diferentes autores debían ser tenidas en cuenta y la diversidad era una dificultad que los coordinadores han sabido soslayar con gran rigor, respeto y flexibilidad, ya han dejado a cada autor su propio campo específico de preferencia. En efecto las tres tendencias fundamentales están contempladas, pero también se encuentran contempladas diferentes sensibilidades: escuela francesa, alemana, inglesa y americana tienen su lugar. Nadie se ha visto excluido, los que no están parece ser que se han autoexcluido, tal y como señalan los coordinadores en el prólogo y tienen la honradez

276 de remitir a textos de aquellos que "faltan", aunque más bien parece que no quisieron estar.

Destacan entre los que están, además de los coordinadores: Cohen, Dugas, Gérard, Gillberg, Haag, Hochmann, Houzel, Lebovici, Lelord, Mises, Peeters, Tustin, Volkmar y Wing, un elenco de primera línea por el prestigio y la trayectoria tanto personal como científica.

La presentación del libro es adecuada, salvando la crítica a esta editorial sobre aspectos formales de la edición que continúa sin corregir. La traducción realizada por los Profs. Garanto Alós y Freixa Niella de la Universidad de Barcelona es buena, con dos matices: sorprende que sean dos Profs. de

Pedagogía quienes realizan la traducción, ya que el título original es más psicopatológico y clínico: "¿Soñar, educar al niño autista?-

Un coloquio imaginario", además los coordinadores de la obra dan una cierta importancia a este título. El estilo es académico-francés, bien escrito en general, erudito y actualizado en la mayoría de los capítulos.

Buen libro para actualizarse, para reflexionar, para estudiar, para debatir, para referenciar y para consultar, eso sí: sin sectarismos y sin pertenencias a ninguna "iglesia".

***J.L. Pedreira Massa.***

---

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

**PROGRAMA CIENTÍFICO**

***Jueves 16 de junio***

**Mañana**

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

**Tarde**

*Ponencia:* Intentos de Suicidio  
Coordinadora: M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo Sanz  
*Comunicaciones a la ponencia*  
*Comunicaciones libres*

***Viernes 17 de junio***

**Mañana**

*Ponencia:* Trastornos del comportamiento  
alimentario  
Coordinador: Josep Toro Caballero  
*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 remi-  
tido 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.

*Secretaria:* Dra. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo Sanz  
Hospital Gregorio Marañón  
C/ Dr. Esquerdo 46; 28007 Madrid

### 278 JORNADA SOBRE "PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA"

1ª Mesa Redonda: Aspectos generales.

2ª Mesa Redonda: Aspectos Clínicos y Terapéuticos

3º Debates

*Organización:* Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

*Información:* Dr. J. San Sebastián. Psiquiatra Infanto-Juvenil. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Tel. (91) 336 90 50

Madrid 4 de febrero de 1994

### CURSO: BIOFEEDBACK

*Organiza:* Centre Diagnòstic, Tarragona S.L. Sant Francesc, 23 1r 1a. 43003 Tarragona. Tel. (977) 23 85 44 i 23 07 73

Tarragona (de enero a junio de 1994).

### CURSO SUPERIOR DE PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA.

*Organiza:* Departamento de Adolescencia. Centro de Psicología Infantil.

*Información:* Tel (93) 337 59 66 de 16 a 20 horas. L'Hospitalet de Llobregat (de enero a marzo de 1994).

### SEMINARIO SOBRE "OBSERVACIÓN ASISTENCIAL EN LA PRIMERA INFANCIA". A CARGO DEL DR. J.L. TIZÓN.

*Organiza:* Anne Fundació. Atenció a les necessitats especials. Pg. de la Bonanova, 70-76, 1r 2ª 08017 Barcelona

*Información:* Tel. (93) 205 66 11 de 9,30 a 13 y de 16 a 21 h.

Barcelona (del 18-1-94 al 12-7-94)

### CUARTA PONENCIA EUROPEA DE PSICOLOGÍA JURÍDICA

*Organiza:* Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña. European Association of Psychology and Law.

Comunicaciones y Posters: 30-11-93

Tel. (93) 447-14-94. Fax (93) 447 45 72

Barcelona (del 6-4-94 al 94-94)

## 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



en el tratamiento  
de la **enuresis**

# MINURIN<sup>®</sup> 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

