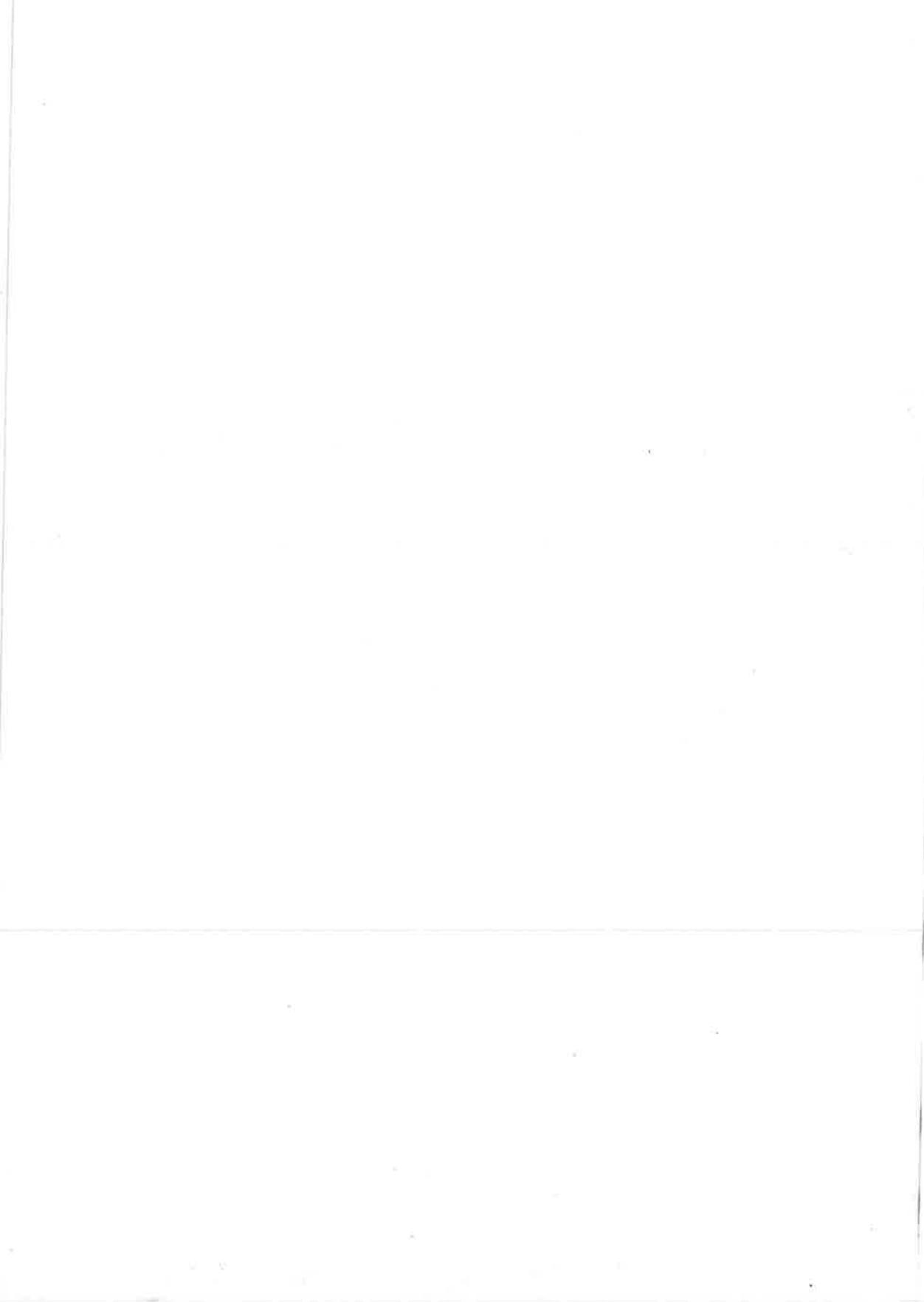


AÑO 1988
Nº 12

REVISTA DE
NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL



REVISTA DE
NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL



REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

SPAXS

PUBLICACIONES MEDICAS

Barcelona

© Asociación Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, 1987.

Edición y secretaría técnica

ESPAXS, S. A., 1990

Roselló, 132

08036 Barcelona

ISBN: 84-7179-182-X

Depósito legal: B-16.891-1988

Impreso en España / Printed in Spain

Desnor, S. A. Vergós, 8 Sabadell (Barcelona)



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**

PRESIDENTES DE HONOR

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

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Josep Rom Font
Vice-Presidente: Rafael Martínez Figueró
Secretario: Antonio Fernández Moreno
Tesorero: Prudencio Rodríguez Ramos
Vocal: Antonina Bonals Pi

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

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

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

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

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director: José Tomás Vilaltella

Asesoría de Dirección: Valentín J. M.^a Conde López

Secretaría: Bernardo Oliva Cervera

Vocales: J. L. Alcázar Fernández ✓

R. Ferrer Gelabert

J. E. de la Fuente Sánchez ✓

X. Gastaminza Pérez ✓

C. Gómez-Ferré Górriz ✓

F. León Ramos

C. Linares Von Schmitterlow

R. Martínez Figuereo ✓

P. Rodríguez Ramos ✓

J. M. Romacho Romero

L. Sordo Sordo ✓

L. Teixidor Massip ✓

NORMAS DE PUBLICACIÓN

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción:
ESPAXS, S. A.
Revista de Neuropsiquiatría
C/ Rosselló, 132
08036 - 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 o autores
 - c) Nombre del Centro de trabajo y población
 - d) Fecha de envío
 - e) Dirección del primer firmante.
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja a parte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión mínima de 5 folios. En los artículos originales o en las revisiones no se aconseja extensión alguna.
- 6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
 - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
 - b) Título del trabajo en la lengua original
 - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
 - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) La Sección de Casos Clínicos y Notas Breves puede contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a artículos publicados con anterioridad o asuntos de interés general. En el primer caso podrá contener crítica científica o datos personales y la carta será enviada por la redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 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.

Índice

Técnicas de investigación utilizadas en las dificultades del aprendizaje de la lecto-escritura	9
<i>A. Monsell Atienza</i>	
Factores psicosociales de riesgo en psiquiatría infanto-juvenil:	
Introducción	89
<i>J. Toro y R. Bayés</i>	
Patrón de conducta A en la infancia y la adolescencia: evaluación y adquisición	95
<i>M.ª D. Bonet, T. de Flores y M. Valdés</i>	
Evaluación de acontecimientos vitales en la infancia	105
<i>G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez</i>	
Acontecimientos vitales y psicopatología infantil	115
<i>G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez</i>	
Comunicación no vocal y estrés en niños con parálisis cerebral	121
<i>C. Basil y R. Bayés</i>	
Actitud de los profesionales de la salud ante la dismenorrea juvenil ...	125
<i>E. Camarasa, N. Centelles y R. Bayés</i>	
Psicopatología en hijos de madres depresivas	131
<i>T. Brú y J. Toro</i>	
Valoración de la sintomatología depresiva en una población de escolares adolescentes	135
<i>M. García, J. Toro, F. Castro, L. Cuesta y P. Pérez</i>	
Publicidad y anorexia nerviosa	139
<i>J. Toro, M. Cervera y P. Pérez</i>	

Factores demográficos de riesgo en anorexia nerviosa	143
<i>J. Castro, J. Toro, M. García, P. Pérez y L. Cuesta</i>	
Ocupaciones riesgo para la anorexia nerviosa	149
<i>M.T. Ordeig, J. Toro y P. Pérez</i>	
Algunas consideraciones en torno a las psicoterapias infantiles	159
<i>J.L. Pedreira Massa</i>	

Técnicas de investigación utilizadas en las dificultades del aprendizaje de la lecto-escritura

A. Monsell Atienza

*Dpto. de Pedagogía Experimental y Diferencial.
Facultad de Filosofía y CC. de la Educación. Universidad de Valencia*

RESUMEN

Dentro de los modelos de investigación, aplicados en el tema del fracaso escolar y en las dificultades del aprendizaje, existen multitud de procedimientos y técnicas que han demostrado su utilidad, tanto desde la vertiente experimental, como diferencial. En la actualidad las grandes líneas de estudio —experimental y diferencial— se entrecruzan, enriqueciéndose mutuamente, para aportar soluciones prácticas a dicha problemática. Por ello, ante este trabajo pensamos que son tanto los modelos posibles y útiles que la labor de sistematizarlos, aún a grandes líneas, sería una labor improba y quizá, por su gran extensión, incluso inconveniente.

Se presenta un trabajo experiencial, fruto de la labor clínica e investigación, en el ámbito psicopedagógico y psicopatológico que constituye una aproximación diferencial al tema de las dificultades del aprendizaje en lecto-escritura.

Esta exposición sería la segunda parte del trabajo sobre «*Diseños de investigación en el fracaso escolar y en las dificultades del apren-*

dizaje» de los profesores J. Suárez, J. Jornet y A. Monsell, realizado en un intento de sistematización de los llamados Diseños de sujeto único (*).

En cualquier caso pretendemos ofrecer, únicamente, una muestra de las posibilidades de investigación en psicopatología y psicopedagogía.

INTRODUCCIÓN

En los tres niveles que componen la estructura actual de la E.G.B. podemos observar la existencia de las denominadas discapacidades del aprendizaje, importantes causas de fracaso escolar, siendo la dislexia una de las más frecuentes, o por lo menos de las más conocidas.

Las estadísticas referentes a la frecuencia de las dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura efectuadas en los distintos países que componen la C.E.E. son muy similares. A grandes rasgos se considera que el 30 % de los alumnos de la escuela primaria, entre los 6 y 14 años de edad, presentan este tipo de problemas. Aproximadamente el 50 % de ellos en los cursos primero y segundo, que equivalen a nuestro Ciclo Inicial; alrededor del 30 % en-

(*) Publicado en la Revista de SENPIY: año 1986, n.º 87, vol II, 53-71.

tre los cursos tercero, cuarto y quinto, y el resto, el 20 %, en los tres últimos cursos de E.G.B.

La investigación de la dislexia es interesante, sobre todo cuando se consideran los frecuentes errores diagnósticos, hasta el extremo de que el diagnóstico efectuado por personal escasamente experimentado ha convertido la dislexia de evolución en un verdadero cajón de sastre donde se incluyen toda una serie de procesos con una afectación de la lectura y escritura, con una configuración etiológica, patogénica y pronóstica diferentes.

Nuestra intención en el trabajo realizado ha sido la de establecer unas bases diagnósticas útiles que nos permitan efectuar un diagnóstico diferencial de las dificultades en la lecto-escritura, sobre todo dirigidas a distinguir las dislexias de evolución, las propiamente escolares, de las dislexias sintomáticas, secundarias a otros procesos patológicos.

Las dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura consecutivas al absentismo escolar, al uso de una metodología inadecuada, a causas familiares o sociales, o de cualquier otra naturaleza no han sido consideradas. Únicamente se han utilizado en el tratamiento estadístico dificultades del aprendizaje de la lectura en sujetos intelectuales normales o con niveles fronterizos, escolarizados en colegios públicos y privados para niños normales.

En la investigación se han tratado exclusivamente las variables obtenidas de la anamnesis y de la exploración tanto médica como pedagógica y psicomotora. No han sido considerados aspectos testológicos para la valoración de la capacidad intelectual o de otras funciones mentales. Tampoco se han considerado los resultados de la exploración de la personalidad. Tan sólo, insistimos, han sido utilizados los datos obtenidos por la exploración neuropiscopatológica, pedagógica y del balance psicomotor.

El estudio ha sido orientado desde la aceptación de una clasificación de las dislexias siguiendo las normas de la Conferencia de Sant Louis (USA, 1968) modificada por nosotros.

Clasificación de las dislexias

Desde la Conferencia de St. Louis (USA) de 1968 se han distinguido dos grandes grupos de dislexia, las denominadas genéticas o primitivas y las sintomáticas o secundarias.

Nuestra experiencia clínica indica la conveniencia de introducir un síndrome algo confuso, la dislexia fisiológica observada en segundo de pre-escolar y el ciclo inicial, que nosotros denominamos inmadurez lectora, o pre-dislexia.

Por otra parte hemos introducido unos niveles de gravedad en las dislexias de evolución, aplicables también a las secundarias, aunque no consideradas en este último aspecto en el presente estudio.

De esta forma llegamos a la siguiente clasificación:

Predislexia: Que se manifiesta en el momento en que la propia inmadurez del escolar condiciona una dificultad lectora. Si esta dificultad no se acompaña de manifestaciones sintomáticas, sobre todo del orden psicomotor, así como con importantes alteraciones del desarrollo espacio-temporal, perceptivo y de la integración del esquema corporal, con ausencia de antecedentes personales que nos permitan sospechar probables alteraciones orgánicas o funcionales del sistema nervioso o del psiquismo, la denominamos Inmadurez Lectora. Se reserva por tanto el nombre de pre-dislexia a una situación de inmadurez lectora en la que existen indicios suficientes como para sospechar la posible evolución hacia una dislexia, primitiva o secundaria, según los casos, una vez alcanzada la edad de siete años.

Dislexias de evolución: Con entidad suficiente para conformar un cuadro clínico. Son propiamente las escolares, las que por extensión cubren en la práctica habitual todo el espectro de las dificultades del aprendizaje de la lectura de los escolares, sin más consideraciones de tipo diferencial.

Teniendo en cuenta la dificultad en la comprensión del texto y no la mayor o menor

abundancia de la sintomatología específica, tanto en la lectura y en la escritura distinguimos los siguientes estadios de gravedad:

Dislexia I, o moderada, cuando apenas hay limitación comprensiva.

Dislexia II, severa, cuando se puede obtener la idea fundamental sin poderla enriquecer con los datos complementarios. Hay una especie de dificultad para la asociación de ideas. El relato o comentario del texto leído resulta incoherente, pobre en ideas, con distorsiones de la realidad que inducen al lector a la confusión y a la interpretación errónea del contenido.

Dislexia III, grave, en la que la incompreensión es absoluta. En la mayoría de las ocasiones no hay lectura, o no llega a superar los niveles de silábica o vacilante, aunque en ocasiones se expresa con una lectura discretamente fluida, sin apenas sintomatología específica.

Dislexias sintomáticas, o secundarias a otros procesos patológicos. Considerándose las consecutivas a una debilidad mental, las asociadas a dispraxias motoras y las motivadas por lesiones neurológicas o trastornos psicopatológicos de etiología orgánica. Seguidamente se comentan con más amplitud estas formas de dificultad lectora.

Dislexia en débiles mentales superiores: Con limitaciones intelectivas mínimas, comprendidos con niveles intelectuales situados alrededor de 0,70 a 0,80 considerados, según la Clasificación Internacional de la OMS como niveles fronterizos, en los que la dificultad lectora y en la escritura son evidentes.

En muchos de estos casos, la apreciación de la limitación intelectual se establece en la edad escolar, precisamente como consecuencia de estas dificultades; hasta ese momento, niños debidamente escolarizados en instituciones pre-escolares, situados en un medio socio-familiar adecuado, con un buen nivel cultural y por tanto con una estimulación fónica permanente, han logrado una expresión a través del lenguaje hablado y una estabilidad afectiva, que facilitando su integración y ca-

pacidad de relación social han logrado enmascarar la situación deficitaria.

Dislexia en débiles mentales inferiores: En las oligofrenias moderadas entre 50 y 69 de C.I. (OMS), existen también dificultades escolares, pero aún dándose las circunstancias favorables del entorno, una serie de aspectos propios de la enfermedad, como pueden ser una etiología precisamente establecida, las alteraciones perceptivas, conceptuales, posibles manifestaciones en el retraso psicomotor tendrán suficiente peso específico como para establecer el diagnóstico fundamental con toda precisión.

En aquellas debilidades mentales en que observamos ligeros retrasos en el desarrollo psicomotor, sobre todo en el área del lenguaje, habiéndose considerado como un simple «retraso madurativo», como una logoconopatía o retraso simple del lenguaje, pueden aparecer después discapacidades. Quizá por este motivo, nosotros ante cualquier niño con disfasia leve o con una logrocronopatía, por inmadurez, además de recomendar un tratamiento logopédico, si llegados los cuatro o los cuatro años y medio, persiste el síndrome, recomendamos que la misma reeducadora mantenga un estrecho contacto, en el que personalmente intervenimos, con la profesora de pre-escolar con objeto de que no pasen inadvertidos los primeros signos sospechosos de una patología específica del aprendizaje de la lecto-escritura.

Combinación dislexia-dispraxia: Con el nombre de dispraxia Strauss y Kelist describieron una forma de apraxia caracterizada por las dificultades de reproducir copiando, o de construir modelos, debido a la existencia de trastornos en la organización espacial. Posteriores estudios de Ajuriaguerra, y sobre todo el estudio experimental efectuado por M. Stambach Auzias, Bergés y Ajuriaguerra, publicado en el año 1964, teniendo en cuenta la correlación anatomo-clínico-fisiológica, culminaron con la descripción de tres formas clínicas:

— La apraxia sensorio-kinética, caracteri-

zada por una desautomatización del gesto, por una alteración de la síntesis sensorio-motriz sin alteraciones en la representación del acto.

— La somatoapractognosia, caracterizada por una desorganización global del esquema corporal y del espacio psíquico.

— La apraxia de formulación simbólica, caracterizada por una desorganización global de la actividad simbólica, comprendiendo el lenguaje, hablado y escrito.

Estos trastornos práxicos son más frecuentes en el adulto que en el niño; en éste, las dispraxias suelen aparecer incluidas en alteraciones del lenguaje, en los trastornos de la lateralidad, en algunos casos de audiomudez o disfasia infantil, en algunas formas de inadaptación, así como en las alteraciones graves de la personalidad, en las psicosis.

Siguiendo el mismo criterio de los autores mencionados, al establecer la relación dislexia-dispraxia, nos referimos exclusivamente a las dispraxias de construcción caracterizadas, fundamentalmente, por la existencia de alteraciones espaciales, con una capacidad intelectual normal pero existiendo, desde el punto de vista intelectual, una diferencia de tres años, como mínimo entre los tests psicológicos verbales, tipo Binet, y las pruebas específicas para la valoración de las estructuras espaciales, como son los tests de H. Santucci, Bender, la Figura compleja de A. Rey, o los cubos de Kohs.

Todos los autores coinciden en la importancia del desarrollo motórico correcto en relación con el desarrollo intelectual y también en el de las apraxias. A H. Wallon le debemos el conocimiento de la relación que se establece entre inteligencia, afectividad y motricidad, gracias a su teoría según la cual la actividad motriz se orienta centrípeta y centrífugamente: la primera compone los movimientos activos, es la actividad motriz exteriorizada, es la «actividad cinética»; la forma centrífuga es la que mantiene los músculos en lo que denominamos tensión basal, gracias a la cual somos capaces de conservar nuestra postura y la mímica pudiendo modificarlas: es lo que denominamos actividad tónica. Tono y Clono es-

tán estrechamente relacionados y en toda su obra Wallon insiste sistemáticamente sobre la constante reciprocidad entre actitudes posturales, sensibilidad, acomodación perceptiva y mental. (M. S. Stamback).

Va a ser la exploración neurológica la que va a facilitarnos los signos clínicos objetivos para considerar la posibilidad de encontrarnos ante una dispraxia: el estado del tono muscular y la presencia de sincinesias serán objetivos prioritarios en nuestro estudio, sin olvidar la actividad postural, equilibrio, coordinación y control.

La aparición de las dispraxias, fuera cual fuere la localización del componente neurológico que las determina, es evidente que resultan de una disfunción de factores ópticos sensoriales y de factores estrictamente cineséticos, impidiendo al niño, en su evolución, desde el comienzo de la vida, establecer las referencias necesarias para el conocimiento de su propio cuerpo y distinguirlo progresivamente del espacio exterior que le rodea. De ahí las dificultades de identificación de la lateralidad, las carencias en la estructuración del esquema corporal, de alguna de sus partes, o globalmente (asomatognosia). Ello corrobora las ideas de Sptiz y Wallon sobre la interrelación existente entre la actividad sensorio-perceptiva y la actividad psicomotriz para permitir al individuo su autoidentificación diferencial del espacio y de los objetos que le rodean.

Dislexia secundaria a lesiones cerebrales: Dentro de las denominadas dislexias específicas, de evolución, primarias, o escolares, según distintos autores, se incluyó hace unos cuarenta años, la existencia de algún tipo de disfunción encefálica en la etiopatogenia de las mismas. De ahí la confusión existente, que todavía persiste, para algunos autores, entre dislexias y el síndrome de Disfunción Cerebral Mínima. En este grupo hemos comprendido todos aquellos sujetos en los que es evidente la existencia de una lesión encefálica prenatal o perinatal, los que tengan en sus antecedentes personales una enfermedad congénita o ad-

quirida del sistema nervioso central, así como los epilépticos con persistencia sintomatológica, a pesar de llevar tratamiento durante por lo menos cinco años consecutivos.

En los escolares afectos de una parálisis cerebral, término reservado según la Asociación Médica Americana para las lesiones encefálicas ocurridas antes de los dos años de edad, la presencia de signos neurológicos específicos, hemiplejias, paraplejias, diplegias, síndromes paréticos, espásticos, coreicos y atetósicos, a los que en conjunto denominamos en nuestro estudio paréticos, para simplificar y disminuir el número de variables, darán suficiente orientación diagnóstica; sin embargo aquellos individuos en los que además del síndrome neurológico existe limitación intelectual no han sido incluidos en este grupo, figurando en las dislexias secundarias a debilidad mental, con niveles superiores a 0,70.

Quizá los síntomas más significativos de lesión cerebral, aparte de los exclusivamente neurológicos, sean los que conforman el síndrome de Strauss caracterizado por la existencia de alteraciones perceptivas como distractibilidad y perseveración, alteraciones en el curso del pensamiento, con respuestas al test de selección rebuscadas, peculiares y poco comunes, alteraciones de la conducta, hiperactividad y desinhibición, sin olvidar las reacciones catastróficas de Goldstein. (A. Strauss 1947-1955).

En cuanto a la epilepsia en particular, tema ya abordado por nosotros en nuestra tesis de licenciatura en la que nos referíamos a las dificultades escolares de los epilépticos, las dificultades del aprendizaje van a depender de las deficiencias estructurales encefálicas observadas, así como de las alteraciones de la personalidad y también al efecto yatrógeno del tratamiento con anticonvulsivos. En resumen cabe decir que únicamente cuando haya alteraciones en las estructuras cerebrales del individuo epiléptico podrá haber dificultades de aprendizaje de tipo secundario, así como cuando la necesidad de dosis elevadas, con objeto de lograr el control anticonvulsivo, durante largo tiempo mantenidas, pueden llegar

a provocar conductas antisociales y patología de los procesos cognitivos. (A. Monsell, 1969).

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

(Ver cuadro en la página siguiente.)

La estructura de este trabajo encuentra su justificación en varios puntos que seguidamente exponemos:

Selección de sujetos: Fueron escogidos 269 escolares con patología de la lectura y escritura explorados en la consulta privada.

Consecuentemente, este planteamiento inicial conlleva ciertos aspectos de carácter básico a tener en cuenta en la investigación:

— Inexistencia de un grupo de control.

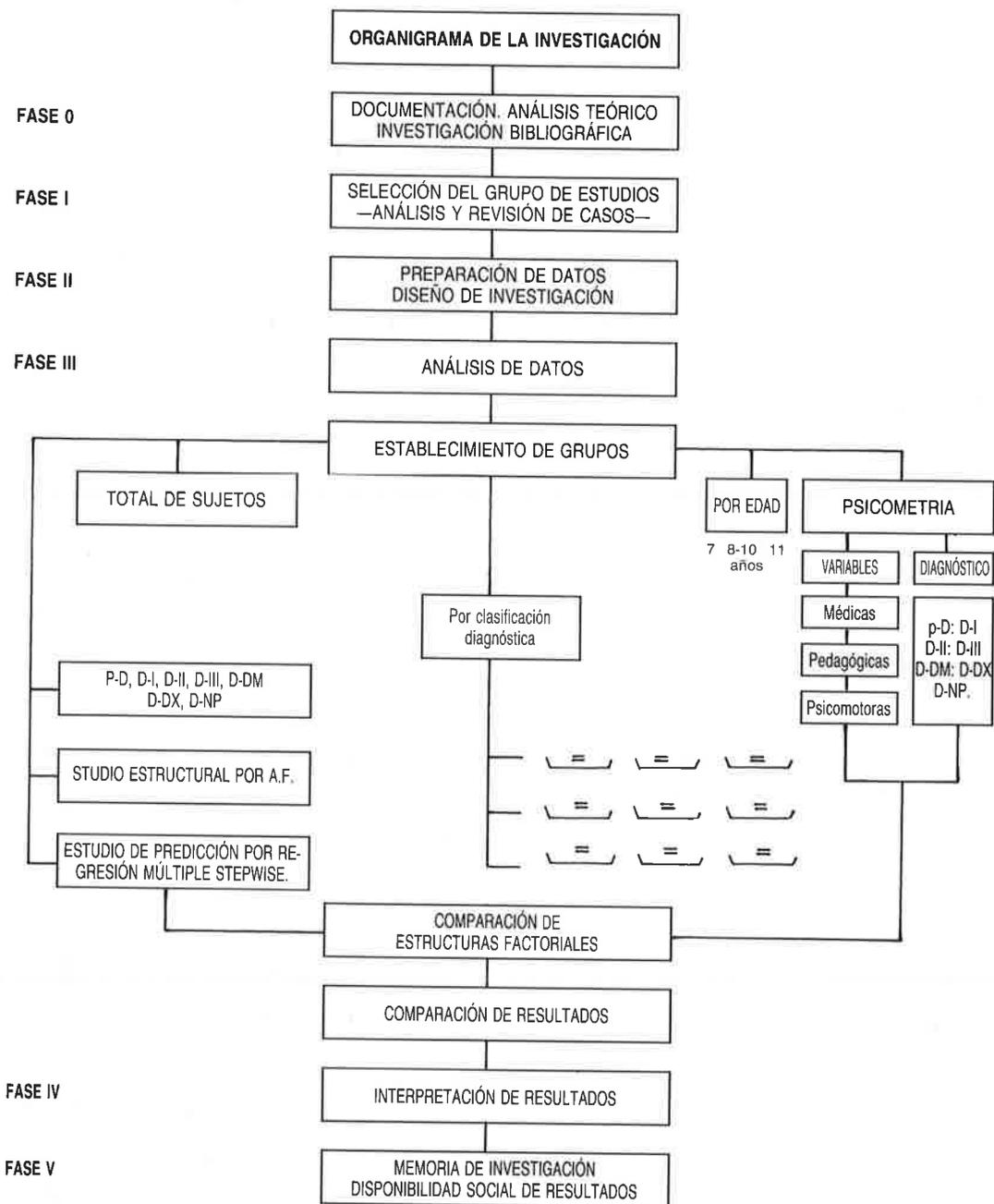
— Los sujetos ofrecían distintos síntomas, por lo que tuvo que hacerse una selección de aquéllos que fueran comunes.

— Por este mismo motivo no ha sido posible construir grupos de edad equilibrados respecto a su número.

— La agrupación por edades se efectuó considerando que había un momento cronológico en que la probable inmadurez psico-neurológica del escolar podía determinar una dificultad en el aprendizaje, ajena por completa a un trastorno patológico, aunque en algunos casos la exploración nos indicaba la posibilidad de que de no emplear métodos preventivos, no correctivos, podría más adelante estructurarse una dislexia. Este grupo de niños de hasta 7 años de edad estaba formado por 101 sujetos.

Entre los 8 y 10 años 11 meses, la dislexia, de existir se manifiesta plenamente. Es quizás el momento en que el diagnóstico de la patología de la lecto-escritura ofrece menos dificultad. El colectivo está formado por 114 sujetos.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



INDICACIONES: Las abreviaturas establecidas en la Clasificación Diagnóstica tienen el significado siguiente: P-D: Inmadurez lectora o Predislexia; D-I: Dislexia grado I; D-II: Dislexia grado II; D-III: Dislexia grado III; D-DM: Dislexia secundaria a debilidad mental; D-DX: Dislexia asociada a dispraxia motora; D-NP: Dislexia secundaria a patología neuropsiquiátrica indeterminada.

Finalmente, a partir de los 11 años de edad, pueden existir manifestaciones disléxicas, aunque más adelante, alrededor de los 13 años aproximadamente, bien por una espontánea corrección o por la aplicación de métodos ineficaces, pueden haberse alcanzado lecturas mecánicas poco integradas, con limitaciones en la comprensión, y sobre todo con trastornos en la escritura (disortografía, y, a veces, disgrafía). Este grupo está compuesto por 54 sujetos.

Método de selección: Se seleccionaron 269 historias entre más de un millar pertenecientes a escolares en los que se habían detectado dificultades del aprendizaje, aunque no fuera este el motivo de la consulta. Para la selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Edades comprendidas entre 6 y 16 años.
- Debidamente escolarizados.
- Sometidos a tratamiento reeducativo.
- Seguidos longitudinalmente durante por lo menos cuatro años.

Clasificación Selectiva. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios, siempre relacionados con la clasificación clínica, desde la inmadurez lectora, dislexia I, dislexia II, etc..., hasta las dislexias secundarias:

Procedencia:

- Remitido por el colegio.
- Remitido por el pediatra.
- Solicitado por la familia por fracaso escolar.
- Solicitado por la familia por caracteropatía.
- Solicitado por caracteropatía y fracaso escolar.
- Remitido para confirmación diagnóstica.

Etapas escolares de detección:

- Preescolar.
- Segunda etapa.
- BUP y F. Profesional

En la primera y segunda etapas se incluyen los denominados actualmente, de acuerdo con la actual Ley de Educación, ciclos inicial, medio y superior.

Instrumentos de diagnóstico

La fundamentación del diagnóstico se ha establecido a través de variables obtenidas en las historias clínicas de los sujetos investigados.

Se ha trabajado sobre dos tipos de variables. Las nominales o dicotómicas y las cuantitativas. En el primer caso únicamente se indicaba su presencia o ausencia en cada historia clínica; en el segundo caso se establecía una valoración cuantitativa. De este último tipo de variables eran todas aquellas que se referían a las valoraciones de las pruebas psicológicas y de los criterios de maduración psicomotora, expresándose los resultados en años y meses.

En el capítulo correspondiente al estudio de los aspectos psicométricos de las dislexias se explica ampliamente la manipulación que hemos efectuado en las variables cuantitativas con objeto de facilitar la exploración, agrupando los resultados entre categorías, rangos o niveles, según las puntuaciones obtenidas.

En las páginas siguientes se relacionan las variables utilizadas, habiendo sido clasificadas en métricas, pedagógicas y psicomotoras.

Las variables métricas están constituidas por datos obtenidos de la anamnesis, signos exploratorios y síntomas. Nos hemos tomado la licencia de referirnos, en ocasiones, a estas variables con el nombre genérico de sintomatología médica, siendo conscientes de la incorrección del término, queriendo justificar su empleo con el objeto de evitar otros subgrupos que hubieran complicado el tratamiento estadístico.

Las variables pedagógicas están constituidas por toda la sintomatología encontrada referente a la patología de la lectura, escritura y cálculo, incluyendo además las alteraciones patológicas del lenguaje oral.

En las variables psicomotoras se han introducido los datos referentes a la maduración psicomotora de los sujetos.

Más adelante se exponen las 72 variables obtenidas. Todas ellas van precedidas de un dígito y de una letra que han servido para su codificación en el tratamiento a que han sido sometidos.

Tratamiento estadístico: Han sido utilizados dos modelos distintos del estudio conjunto de las variables:

Análisis factorial: Ese estudio ha sido efectuado con objeto de lograr la existencia de algún o algunos factores que motivaron las distintas formas de agrupación de la sintomatología médica, pedagógica, psicológica y psicomotora.

Análisis de regresión múltiple, estableciendo unos criterios de predicción diagnóstica a través de las correlaciones existentes entre las distintas variables.

La Regresión nos ha sido de mayor utilidad y de mejor aplicación en la práctica clínica que el Análisis Factorial, como más adelante se demostrará.

Determinación metodológica: Teniendo en cuenta las razones anteriormente eludidas, se decidió seguir una *Metodología diferencial de base correlacional* con los siguientes objetivos:

Caracterizar la estructura sintomatológica de cada clasificación diagnóstica, tanto en el grupo total de sujetos como a través de cada edad.

Establecer la posibilidad de predecir la clasificación diagnóstica reduciendo la sintomatología inicial.

Con objeto de verificar la hipótesis de trabajo hemos procedido a obtener una serie de variables independientes extraídas de la anamnesis de cada sujeto y de las exploraciones a que ha sido sometido. Tales variables han sido agrupadas en tres distintos apartados: médicos, pedagógicos y psicomotores. En total el número de variables es de 72, siendo enumeradas en las relaciones que seguidamente se expresan.

Cada variable va precedida de un número y de una o dos letras. Se trata de la codificación introducida para el análisis factorial y la obtención de las ecuaciones de Regresión, respectivamente.

VARIABLES MEDICAS

1. a) Embarazo patológico.
2. b) Amenaza de aborto.
3. c) Parto prematuro.
4. d) Parto distócico.
5. e) Anoxia R.N.
6. f) Convulsiones.
7. g) Otra patología R. N. afecte S.N.C.
8. h) Enfermedades congénitas del S.N.C.
9. i) Enfermedades del S.N.C.
10. j) Convulsiones.
11. k) T.C.E.
12. l) Trastornos sensoriales Hipoacusia.
13. m) Trastornos visuales.
14. n) Colaboración en la exploración.
15. o) Inestabilidad Psicomotora vera.
16. p) Inestabilidad Psicomotora emocional.
17. q) egativismo. Oposición.
18. r) nhibición, bloqueo.
19. s) Distonía o Paratonía.
20. t) Sincinesias.
21. u) Paresias.
22. v) Adiadococinesias.
23. w) Electroencefalograma. Inmadurez.
24. x) Electroencefalograma. Disfunción
25. y) Electroencefalograma. Lesión focal.
26. z) Electroencefalograma. Patología específica.

VARIABLES PEDAGOGICAS

7. a) Dislalias.
8. b) Disartrias.
9. c) Disfemias.
30. d) Ausencia de lectura.
31. e) Lectura subsilábica.
32. f) Lectura silábica.
33. g) Lectura vacilante.
34. h) Disritmia lectora.
35. i) Lectura sin patología mecánica.
36. j) Inversiones.
37. k) Confusiones.
38. l) Omisiones.
39. m) Adiciones.
40. n) Rotaciones.
41. o) Incomprensión lectora absoluta.

- 42. p) Deficiente interpretación.
- 43. q) Disgrafía.
- 44. r) Escritura: inversiones.
- 45. s) Escritura: confusiones.
- 46. t) Escritura: omisiones.
- 47. u) Escritura: adiciones.
- 48. v) Escritura: distorsiones.
- 49. w) Escritura: contaminaciones.
- 50. x) Escritura: disociaciones.
- 51. y) Disortografía.
- 52. z) Discalculia.
- 53. ab) Ausencia del concepto de número.
- 54. ac) Ausencia de aprendizaje de operaciones básicas.
- 55. ad) Patología de solución de problemas por Dislexia.
- 56. ae) Patología de solución de problemas por Dif. ana.
- 57. af) Zurdería brazo.
- 58. ag) Zurdería dirección mirada.
- 59. ah) Absentismo escolar.

VARIABLES BALANCE PSICOMOTOR

- 60. a) Tónico del cuello.
- 61. b) Sonrisa.
- 62. c) Sedestación.
- 63. d) Gateo.
- 64. e) Bipedestación desde sentado.
- 65. f) Marcha.
- 66. g) Lenguaje.
- 67. h) Control postural.
- 68. i) Equilibrio dinámico.
- 69. j) Coordinación general.
- 70. k) Estructuración espacial.
- 71. l) Estructuración temporal.
- 72. m) Esquema corporal.

Cada variable va precedida de un número y de una vocal que han servido para su codificación e identificación posterior en las hojas de salida del ordenador.

Análisis factorial (A.F.)

Es el método más adecuado para determinar el número y la naturaleza de las variables

subyacentes entre números mayores de medidas. Es un método para determinar las k variables de n conjuntos de medidas, siempre que k sea menor que n . Permite este método extraer las varianzas factoriales comunes de conjuntos de medidas.

El análisis factorial reduce la multiplicidad de pruebas y medidas indicándonos cuales miden prácticamente la misma cosa y el grado en que lo hacen. Por lo tanto, reducen el número de variables que el científico debe tratar.

En la medida en que una prueba mide un factor, se dice que está cargada ó saturada de él; si una prueba contiene más de un factor, se dice que es factorialmente compleja.

La expresión de un análisis factorial se efectúa en la llamada Matriz Factorial: Es una tabla de coeficientes que expresa las relaciones entre las pruebas y los factores en que se basan. Las entradas del cuadro reciben el nombre de cargas factoriales y en la última columna se escriben las comunalidades (h^2) que son las sumas de los cuadrados de las cargas factoriales de una prueba. La comunalidad no es más que la varianza del factor común de una variable.

El principal problema del Análisis Factorial consiste en determinar los componentes de varianza que están incluidos en la varianza total del factor común.

En cuanto a los métodos de análisis factorial hay varios: de factores principales, centroides, de diagonal, de grupos múltiples, de posibilidades máximas, de grupos alfa y otras. Nosotros hemos utilizado el método de factores principales en el caso que inmediatamente expondremos. Su característica principal es que extrae una cantidad máxima de varianza conforme cada factor. Matemáticamente es satisfactorio porque produce una sola solución matemática a un problema factorial.

Este método consiste en:

- Situar los puntos en el espacio adecuado.

- Tomando como referencia uno de ellos, trazar un eje de coordenadas.

- Componer una matriz factorial con los valores obtenidos.

— Efectuar una rotación (sistema ortogonal).

— Darle a cada punto su nuevo valor que es el indicativo de la distancia entre ellos.

— Leer los nuevos factores, colocándolos sobre una matriz factorial.

— Valoración de las cargas entre factores e interpretación de los resultados obtenidos.

Desarrollar aquí todo el análisis factorial no es posible. Es un trabajo muy extenso, monótono, pesado, absolutamente matemático, y sobre todo de escaso interés para el clínico.

Únicamente vamos a hacer una consideración sobre las particularidades observadas y sobre el análisis de comparación de las estructuras factoriales porque consideramos que este punto sí tiene gran valor.

Al realizar un análisis factorial sobre el conjunto total de la sintomatología en el grupo que comprende todos los sujetos ($N = 269$; $M = 72$) se obtiene una solución factorial compuesta por nueve factores, obteniéndose una explicación de la Varianza Total del orden del 36,10 %.

La distribución de la Varianza por factores responde a la estructura del método utilizada (factor principal) con un primer factor que podemos considerar de carácter general,

obteniendo por sí mismo una explicación de la Varianza del 26,78 %, y una serie de subfactores de segundo orden y residuales.

Resulta curioso el bajo porcentaje de explicación de la Varianza obtenido en esta solución respecto a las realizadas sobre los grupos de edad. Este hecho creemos que puede encontrar sus raíces en que a nivel global no se llega con las variables incluidas a representar la problemática estudiada. Sin embargo, al modular el análisis por grupos de edad la dispersión cobra sentido, representando en línea transversal la problemática de cada una de las edades que, a nivel hipotético podríamos sintetizar en: a) Instauración de la problemática; b) comienzo de las complicaciones escolares; c) fracaso escolar.

A medida que se va reduciendo la extensión del campo de análisis, de forma tal que no sólo se efectúa según los grupos de edad, sino también para cada uno de los grupos de variables independientes, los porcentajes de explicación son cada vez más elevados. A continuación ponemos como ejemplos los diagramas correspondientes al conjunto total de sintomatología en el grupo total de sujetos y a cada una de las agrupaciones de variables en las Dislexias I para sujetos de 8 a 10 años de edad:

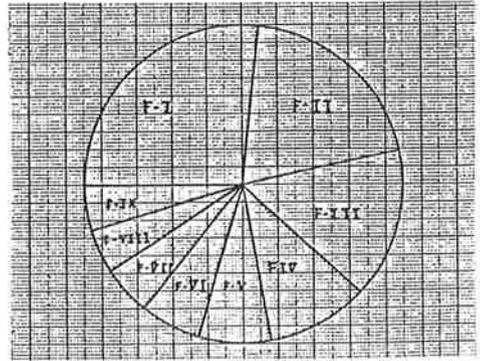
A. *Análisis factorial. Todas las variables en todos los sujetos*

MATRIZ FACTORIAL

Explicación de la varianza total acumulada por factores y varianza explicada por factores.

FACTORES	% VAR. EXP. TOTAL	% VAR. ESP. TOTAL AC.	% VAR. EXPLIC.	% VAR. ESP. ACUMULADA.
I	9,67	9,67	26,78	26,78
II	7,15	16,82	19,80	46,58
III	5,54	22,36	15,34	61,92
IV	3,66	26,02	10,13	72,05
V	2,77	28,79	7,67	79,72
VI	2,34	31,13	6,48	86,2
VII	1,87	33	5,18	91,38
VIII	1,61	24,61	4,46	95,84
IX	1,49	36,10	4,12	100

DIAGRAMA CIRCULAR



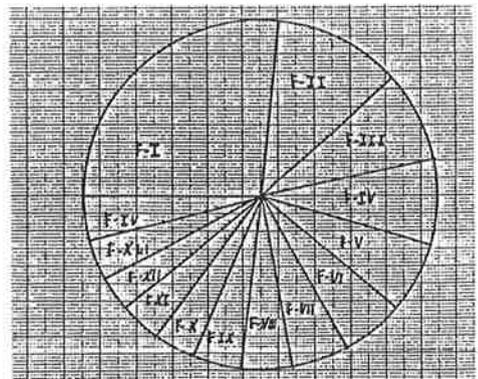
B) *Análisis factorial: todas las variables. Sujetos de 8 a 10 años de edad*
 N = 114; M = 72

MATRIZ FACTORIAL

Explicación de la varianza total acumulada por factores y varianza explicada por factores.

FACTORES	% VAR. EXP. TOTAL	% VAR. ESP. TOTAL AC.	% VAR. EXPLIC.	% VAR. ESP. ACUMULADA.
I	13,09	13,09	26,64	26,64
II	5,76	18,85	11,72	38,36
III	4,16	23,01	8,46	46,82
IV	3,94	26,96	8,01	54,83
V	3,31	30,27	6,73	61,56
VI	2,98	33,25	6,06	67,62
VII	2,67	35,92	5,43	73,05
VIII	2,38	38,30	4,84	77,89
IX	2,21	40,51	4,49	82,38
X	2	42,51	4,07	86,45
XI	1,8	44,31	3,66	90,11
XII	1,72	46,03	3,49	93,60
XIII	1,6	47,63	3,25	96,85
XIV	1,52	49,15	3,09	100

DIAGRAMA CIRCULAR



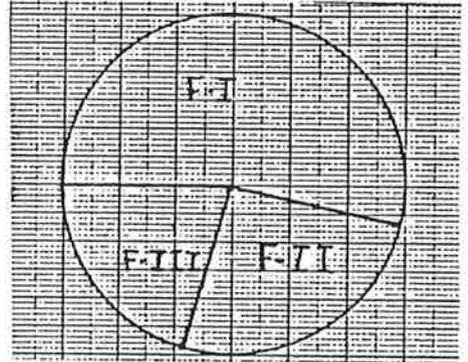
C. *Análisis factorial. Sintomatología médica. Sujetos de 8-10 años edad.*
 N = 114; M = 26

MATRIZ FACTORIAL

Explicación de la varianza total acumulada por factores y varianza explicada por factores.

FACTORES	% VAR. EXP. TOTAL	% VAR. ESP. TOTAL AC.	% VAR. EXPLIC.	% VAR. ESP. ACUMULADA.
I	13,81	13,81	53,36	53,36
II	6,74	20,55	26,04	79,4
III	5,33	25,88	20,59	100,0

DIAGRAMA CIRCULAR



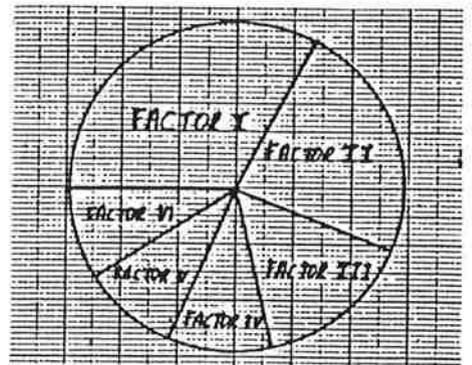
D. *Análisis factorial: sintomatología pedagógica. Edad 8-10 años*

MATRIZ FACTORIAL

Explicación de la varianza total acumulada por factores y varianza explicada por factores.

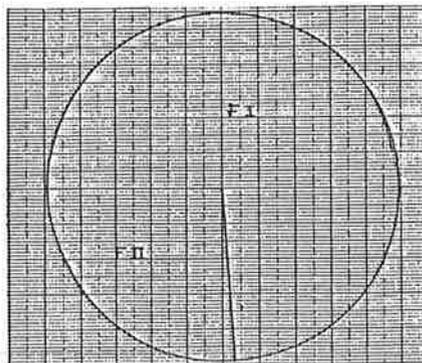
FACTORES	% VAR. EXP. TOTAL	% VAR. ESP. TOTAL AC.	% VAR. EXPLIC.	% VAR. ESP. ACUMULADA.
I	12,06	12,06	32,74	32,74
II	8,53	20,59	23,16	55,9
III	5,67	26,26	15,39	71,29
IV	3,88	30,14	10,53	81,82
V	3,52	33,66	9,55	91,37
VI	3,17	36,83	8,60	100,00

DIAGRAMA CIRCULAR.
VARIABLES PEDAGÓGICAS



E. *Análisis factorial: variables balance psicomotor. Edad 8-10 años***Explicación de la varianza total acumulada por factores y varianza explicada por factores.**

FACTORES	% VAR. EXP. TOTAL	% VAR. ESP. TOTAL AC.	% VAR. EXPLIC.	% VAR. ESP. ACUMULADA.
I	37,62	37,62	74,02	74,02
II	13,2	50,82	25,98	100,00

DIAGRAMA CIRCULAR**COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES**

Comparación de las estructuras factoriales de los grupos: sintomatología médico-física en el grupo de sujetos de hasta 7 años (3 factores) y sintomatología médico-física en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años (3 factores)

Realizada la comparación de las estructuras factoriales, obtenidas a partir de la sintomatología Médico-Física, entre ambos grupos de edad (hasta 7 años y 8 a 10 años), se extraen las siguientes notas características:

1. El nivel de reproductibilidad de ambas estructuras factoriales es muy elevado, alcanzándose un valor de invarianza del orden del 0,98.

2. La relación existente, de forma indivi-

dual, entre los distintos Factores de ambas estructuras factoriales, es la siguiente:

2.1. El Factor primero del grupo de sujetos cuya edad es de hasta 7 años, presenta una relación altamente significativa 0,99 con el primer Factor extraído a partir del grupo de sujetos cuyas edades están comprendidas entre 8 y 10 años.

2.2. El segundo Factor del grupo de sujetos de hasta 7 años de edad, presenta una relación altamente significativa con el tercer Factor del grupo de sujetos cuyas edades están comprendidas entre 8 y 10 años (0,80): también presenta una relación significativa, aunque menor, con el primer Factor (0,48), de este mismo grupo.

2.3. El tercer Factor del grupo de sujetos con edades de hasta 7 años, está relacionado significativamente (0,98), con el segundo Factor extraído a partir del grupo de sujetos cuyas edades oscilan entre 8 y 10 años.

3. Al intentar reproducir una de las estruc-

turas factoriales a partir de la otra, se obtiene una matriz resultante, cuyo valor máximo de diferencia con los valores de la matriz original es de 0,55, siendo, en general, diferencias no superiores a 0,30.

En conjunto, se reproducen las estructuras en sentido positivo si bien el Factor segundo del grupo de sujetos comprendidos hasta la edad de 7 años, reparte su presencia a través de los tres Factores del grupo de sujetos comprendidos entre 8 y 10 años, siendo el único Factor en el que no se da una correspondencia tan exacta (Tabla I).

TABLA I

Relaciones significativas, directas (+) e inversas (—) entre los Factores de los grupos de Sintomatología Médico-Física entre los siguientes grupos de edades: pacientes comprendidos hasta 7 años, y de 8 a 10 años de edad.

		GRUPO DE 8 A 10 AÑOS			
		FACTOR	1	2	3
GRUPO DE HASTA 7 AÑOS	1		+		
	2		+	+	+
	3			+	

(Ver agrupaciones factoriales de la Tabla V).

Comparación de las estructuras factoriales obtenidas a partir de la sintomatología médico-física entre los grupos de edad de 8 a 10 años (3 factores) y de 11 a más años (6 factores)

Los resultados obtenidos a partir de la comparación de las Estructuras Factoriales obtenidas a partir de la Sintomatología Médico-Física en el grupo de sujetos de 8 a 10 años y el grupo de sujetos de más de 11 años, son los siguientes:

1. El nivel de reproductibilidad entre ambas estructuras factoriales, considerando éstas globalmente, alcanza un nivel de 0,84, como se observa, bastante elevado.

2. Las vinculaciones que se dan, entre los tres factores, que componen la estructura factorial del grupo de sujetos de 8 a 10 años, y los seis factores que componen la estructura factorial del grupo de 11 a más años, considerados éstos de forma individual son las siguientes:

2.1. El primer Factor del grupo de sujetos de 8 a 10 años, presenta una relación altamente significativa con el primer Factor del grupo de sujetos de más de 11 años 0,98.

2.2. El Factor segundo del grupo de sujetos de 8 a 10 años, está relacionado significativamente con dos de los Factores del grupo de sujetos de 11 a más años de edad: el tercero (0,78) y el primero (0,50).

2.3. El tercer Factor del grupo de 8 a 10 años presenta relaciones de orden inversa con los siguientes Factores del grupo de 11 a más años: tercero (—0,60), segundo (—0,56) y cuarto (—0,50).

3. La reconstrucción de una de las estructuras factoriales a partir de la otra se obtiene una matriz resultado que presenta ciertas diferencias con la matriz original. El valor máximo de discrepancia entre ambas matrices es del orden del 0,56, presentándose en general unos valores de discrepancia menores a 0,30 (Tabla II).

TABLA II

Relaciones significativas directas (+) e inversas (—) entre los Factores de ambas estructuras factoriales.

		GRUPO DE 11 A MÁS AÑOS						
		FACTOR	1	2	3	4	5	6
GRUPO ENTRE 8 Y 10 AÑOS	1		+					
	2		+		+			
	3			—	—	—		

Las variables que se dan con más frecuencia en los distintos factores comentados son:

Distocias, anoxia neonatal, convulsiones del recién nacido o de aparición posterior, alteraciones encefalográficas, siendo más frecuente la disfunción que las lesiones focales y mucho menos frecuentes las alteraciones específicas: las distocias y las alteraciones de tipo funcional que hacen sospechar la existencia de una D.C.M. (Ver Agrupaciones factoriales de Tabla V).

Comparación de las estructuras factoriales de los grupos: balance psicomotor en el grupo de sujetos de hasta 7 años (2 factores) y balance psicomotor en el grupo de sujetos comprendido de 8 a 10 años (2 factores)

Los resultados más relevantes obtenidos a partir de las estructuras extraídas a partir de las variables del Balance Psicomotor en los grupos de sujetos de hasta 7 años, y de 8 a 10 años son los siguientes:

1. La invarianza alcanzada es del orden del 0,987 lo cual indica un nivel de reproducción entre ambas estructuras factoriales muy elevado.

2. La matriz resultante de la reproducción de una de las estructuras factoriales, a partir de la otra, alcanza un valor máximo de discrepancia con la matriz original del orden de 0,59, si bien la mayor parte de los valores obtenidos son menores de 0,20.

3. Pasamos a continuación a comentar las relaciones existentes entre los Factores de ambas estructuras factoriales:

3.1. El primer Factor del grupo de sujetos de hasta 7 años de edad, se encuentra relacionado de forma significativa e inversa con

el primer Factor del grupo de sujetos cuyas edades están comprendidas entre 8 y 10 años ($-0,997$).

En general, se observa una relación muy clara entre ambas estructuras factoriales, pudiéndose afirmar que los primeros Factores de ambos grupos están muy relacionados, siendo prácticamente el mismo Factor aunque inverso. Ello indica que el polo positivo de uno de los factores corresponde al polo negativo del otro, y viceversa. Los segundos Factores de ambas estructuras factoriales, son casi equivalentes. Por ello, el nivel de invarianza en la reproducción de una estructura factorial a partir de la otra es tan elevado.

TABLA III

Relaciones significativas, directas (+) e indirectas (—) entre los Factores de los grupos de Balance Psicomotor en los grupos de hasta 7 años, y de 8 a 10 años de edad.

GRUPO DE	GRUPO DE 8 A 10 AÑOS	
	FACTOR	
HASTA	1	—
7 AÑOS	2	+

Las variables más frecuentes que se encuentran en los factores en que se estructura la sintomatología psicomotora son:

- Retraso en la aparición del lenguaje.
- Trastornos del equilibrio postural y de la coordinación.
- Trastornos espacio-temporales. (Ver Tabla IV).

TABLA IV
COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES
VARIABLES PSICOMOTORAS

<i>Edad: hasta 7 años.</i>	<i>Edad: 8 a 10 años.</i>	<i>Edad: más de 11 años.</i>
<i>Factor I. (68,46 %. V.E.)</i>	<i>Factor I. (74,02 %. V.E.)</i>	<i>Factor I. (73,23 %. V.E.)</i>
POSITIVO: Tónico cuello. Sedestación. Gateo. Bipedestación. Marcha. Lenguaje.	POSITIVO: Coordinación General. Control postural. Equilibrio dinámico. Estructuración temporal. Estructuración espacial.	POSITIVO: Control postural. Marcha. Coordinación general. Equilibrio dinámico. Estructuración espacial. Estructuración temporal. Lenguaje.
NEGATIVO: Coordinación General.	NEGATIVO: Sedestación Lenguaje.	NEGATIVO: Sedestación Gateo.
<i>Factor II. (31,54 %. V.E.)</i>	<i>Factor II. (25,98 %. V.E.)</i>	<i>Factor II. (26,77 %. V.E.)</i>
POSITIVO: Esquema corporal. Coordinación general. Control postural. Equilibrio dinámico. Estructuración temporal.	POSITIVO: Tónico cuello. Sedestación. Gateo. Bipedestación. Marcha. Lenguaje.	Tónico cuello. Sedestación. Gateo. Bipedestación. Marcha. Esquema corporal. Lenguaje.
	NEGATIVO: Estructuración espacial.	

TABLA V
COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES
VARIABLES MÉDICAS

<i>Edad: hasta 7 años.</i>	<i>Edad: 8 a 10 años.</i>	<i>Edad: más de 11 años.</i>
<i>Factor I. (51,05 %. V.A.R. EXP.)</i>	<i>Factor I. (53,36 %. V.A.R. EXP.)</i>	<i>Factor I. (39,09 %. V. EXP.)</i>
Embarazo patológico. Amenaza de aborto. Parto prematuro. Distocia. Anoxia. Convulsiones R.N. E.E.G. focal. E.E.G.: Disfunción. Sincinesias. Paresias. T.C.E.	Parto distócico. Anoxia. E.E.G.: focal. E.E.G.: específico. E.S.N.C.	Parto distócico. Anoxia. Convulsiones R.N. Sincinesias. E.S.N.C.
<i>Factor II (26,36 %. V. EX.)</i>	<i>Factor II (26,04 %. V. EX.)</i>	<i>Factor II. (16,20 %. V. EX.)</i>
Anoxia. Convulsiones (1). Convulsiones (2). E.E.G.: específico. E.F.G.: focal. E.C.S.N.C.	Embarazo patológico. Amenaza de aborto. Distocia. Anoxia. Convulsiones (1). E.E.G.: focal. Sincinesias. Paratonía. Paresias. Hipomnesia.	Distocia. Anoxia. Convulsiones (1). Sincinesias. E.S.N.C.

(continúa)

TABLA V
COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES
VARIABLES MÉDICAS

(continuación)

<p><i>Factor III (22,59 %.</i> <i>V. EX.)</i></p> <p>Distocia. Anoxia. Convulsiones (1). Negativismo. Oposición. Inhibición. Bloqueo. Colaboración.</p>	<p><i>Factor III (20,59 %.</i> <i>V. EX.)</i></p> <p>E.C.S.N.C. Hipomnesia. Negativismo. Oposición. Inestabilidad psicomotora.</p>	<p><i>Factor III (14,67 %.</i> <i>V. EX.)</i></p> <p>Embarazo patológico. Amenaza de aborto. Anoxia. E.E.G.: Disfunción. Distonia. Inestabilidad psicomotora.</p> <p><i>Factor IV (11,63 %.</i> <i>V. EXP.)</i></p> <p>E.E.G.: Lesión focal. E.E.G.: pat. específica. Inestabilidad psicomotora. Distonia. Sincinesias.</p> <p><i>Factor V (9,52 %.</i> <i>V. EX.)</i></p> <p>E.S.N.C. Sincinesias. Paresias.</p> <p><i>Factor VI (8,85 %.</i> <i>V. EX)</i></p> <p>Prematuridad. E.E.G.: In. Distonia. Sincinesias.</p>
---	--	--

TABLA VI
COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES
VARIABLES PEDAGÓGICAS

<p><i>Edad: hasta 7 años</i></p> <p><i>Factor I. (40,89 %.</i> <i>V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS:</p> <p><i>Lectura</i> silábica. Incomprensión lectora. Omisiones. Adiciones. Confusiones. <i>Escritura:</i> Confusiones. Inversiones. Omisiones. Adiciones. Distorsiones.</p> <p>NEGATIVOS:</p> <p>Ausencia lectura. Dislalias Ausencia concepto n.º</p>	<p><i>Edad: 8 a 10 años</i></p> <p><i>Factor I. (32,74 %.</i> <i>V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS:</p> <p><i>Lectura</i> silábica. Inversiones, confusiones, omisiones. Adiciones. Rotaciones. <i>Escritura:</i> omisiones, adiciones, distorsiones.</p> <p>NEGATIVOS:</p> <p>Ausencia lectura. Disritmia lectora.</p>	<p><i>Edad: más de 11 años</i></p> <p><i>Factor I. (28,78 %.</i> <i>V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS:</p> <p><i>Lectura</i> silábica. Inversiones, confusiones, omisiones, adiciones, rotaciones. <i>Escritura:</i> Inversiones, confusiones, omisiones. <i>Cálculo:</i> No operaciones básicas. No problemas por dislexia.</p> <p>NEGATIVOS:</p> <p>Disritmia lectora.</p>
--	--	---

(continúa)

TABLA VI
COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES
VARIABLES PEDAGÓGICAS

(continuación)

<p><i>Factor II. (22,54 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura</i> vacilante. Deficiente interpretación. Disritmia. Adiciones. <i>Escritura:</i> Disociaciones, adiciones, contaminaciones, disortografía.</p> <p>NEGATIVOS: Incomprensión lectora absoluta. <i>Lectura</i> subsilábica. <i>Escritura:</i> Inversiones. <i>Cálculo:</i> Ausencia de concepto n.º</p>	<p><i>Factor II. (23,16 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura:</i> silábica. Inversiones, confusiones, omisiones, adiciones, rotaciones. <i>Escritura:</i> Omisiones, adiciones, distorsiones.</p> <p>NEGATIVOS: Ausencia lectura. Disritmia lectora.</p>	<p><i>Factor II. (19,95 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: Ausencia <i>lectura</i>. Disartrias. Disfemias. <i>Cálculo:</i> Concepto n.º ausente. No operaciones básicas.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Lectura</i> vacilante. Deficiente interpretación. <i>Escritura:</i> Confusiones.</p>
<p><i>Factor III. (16,79 % V.E.)</i></p> <p><i>Lectura</i> subsilábica. Disritmia lectora. <i>Escritura:</i> Distorsiones. <i>Cálculo:</i> Discalculia operativa. No operaciones básicas. No problemas por dislexia, dif. analítica.</p>	<p><i>Factor III. (15,39 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura</i> vacilante. Inversiones, confusiones. <i>Escritura:</i> Inversiones, confusiones.</p> <p>NEGATIVOS: Disritmia lectora.</p>	<p><i>Factor III. (12,39 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura</i> silábica. Incomprensión lectora absoluta. Disfemias. <i>Escritura:</i> Confusiones omisiones adiciones.</p> <p>NEGATIVOS: Deficiente interpretación. Disritmia lectora.</p>
<p><i>Factor IV. (10,08 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura:</i> Omisiones, adiciones. <i>Escritura:</i> Disociaciones. Contaminaciones. Disartrias.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Lectura</i> subsilábica.</p>	<p><i>Factor IV. (10,83 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura</i> subsilábica. <i>Escritura:</i> Omisiones, disgrafía, dislalia. <i>Cálculo:</i> No operaciones básicas.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Lectura:</i> Disritmia. <i>Escritura:</i> Contaminaciones, disociaciones.</p>	<p><i>Factor IV. (11,28 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura</i> vacilante, rotaciones dislalia. <i>Escritura:</i> Disortografía, disgrafía. <i>Cálculo:</i> Discalculia operativa. No operaciones por dislexia y por dificultad analítica.</p>

(continúa)

TABLA VI
COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS FACTORIALES
VARIABLES PEDAGÓGICAS

(continuación)

<p><i>Factor V. (9,67 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura:</i> subsilábica, asintomática. <i>Escritura:</i> Distorsiones. <i>Lateralidad:</i> Izquierda: M. superior y dirección mirada izquierda.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Lectura</i> silábica. Rotaciones. <i>Escritura:</i> Omisiones.</p>	<p><i>Factor V. (9,55 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Discalculia</i> operativa. No problemas por dislexia y por dificultad analítica.</p>	<p><i>Factor V. (9,83 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lateralidad:</i> Miembro superior izquierdo y dirección mirada izquierda.</p>
	<p><i>Factor VI. (8,60 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Escritura:</i> Confusiones. <i>Lateralidad:</i> M. superior y dirección mirada izquierdos.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Lectura</i> subsistólica. No concepto número.</p>	<p><i>Factor VI. (9,28 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura:</i> Adiciones. <i>Escritura:</i> Contaminaciones. Disociaciones.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Escritura:</i> Adiciones.</p>
		<p><i>Factor VII. (8,97 % V.E.)</i></p> <p>POSITIVOS: <i>Lectura:</i> Disritmia y rotaciones.</p> <p>NEGATIVOS: <i>Lectura</i> asintomática. Dislalias.</p>

Comparación de estructuras factoriales de los grupos: sintomatología pedagógica en el grupo de sujetos de hasta 7 años (5 factores) y sintomatología pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años (6 factores).

Al contrastar las estructuras factoriales que se obtienen en ambos grupos, se aprecian las siguientes características relevantes:

1. El nivel de reproducibilidad entre las estructuras factoriales, globalmente conside-

radas, alcanza un valor elevado —invariante 0,76—.

2. En lo que se refiere a las relaciones entre los factores de ambas estructuras, considerados individualmente, se aprecian las siguientes vinculaciones entre los mismos:

2.1. El primer Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos de hasta 7 años, se relaciona esencialmente con el segundo Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años —0,86—, aunque también presenta una relación significa-

tiva con el primer Factor de este mismo estudio $-0,49$.

2.2. El segundo Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos de hasta 7 años, se relaciona muy estrechamente con el primer Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años $-0,89$, teniendo asimismo una cierta relación de orden inverso en el segundo Factor de este mismo grupo ($-0,34$).

2.3. El tercer Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos de hasta 7 años se relaciona en forma directa con los Factores primero y tercero del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años, con valores de $0,52$ y $0,69$ respectivamente, mientras que en sentido inverso lo hace con el segundo Factor ($-0,40$) de este mismo grupo.

2.4. El cuarto Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos de hasta 7 años, se relaciona estrechamente en sentido inverso, con el primer Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años ($-0,90$), teniendo en sentido directo, una relación de cierta significación con el sexto Factor de este mismo grupo.

2.5. El quinto Factor del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos de hasta 7 años, presenta relaciones significativas aunque no muy elevadas, con la práctica totalidad de los Factores que constituyen la estructura del grupo de Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años. De este modo, se relaciona en sentido directo con los Factores segundo y quinto —con valores de $0,48$ y $0,59$ respectivamente—, y en sentido inverso con los Factores: primero, tercero, cuarto y sexto —con valores $-0,24$, $-0,22$, $-0,43$ y $-0,37$, respectivamente—.

3. Al intentar reconstruir una estructura factorial a partir de otra, en función de la matriz de relaciones entre ambas, y observar las discrepancias entre la matriz resultante y la original, se observa que éstas alcanzan un va-

lor máximo de $0,40$, situándose en la mayoría de los casos por debajo de $0,20$.

En conjunto, podemos afirmar que existen relaciones claras entre ambas estructuras factoriales, alcanzando valores elevados fundamentalmente en los tres primeros Factores que, por otra parte son los más relevantes en cuanto a la explicación de la Varianza.

TABLA VII

Relaciones significativas, directas (+) e inversas (—) entre ambos grupos de sintomatología pedagógica

		GRUPO DE 8 A 10 AÑOS						
		FACTOR	1	2	3	4	5	6
GRUPO DE HASTA 7 AÑOS	1		+	+				
	2		+	—				
	3		+	—	+			
	4		—					
	5			+		—	+	—

Comparación de las estructuras factoriales de la sintomatología pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años (6 factores) y grupo de 11 a más años (7 factores)

Realizando el contraste de Estructuras Factoriales entre los grupos de: Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos comprendidos de 8 a 10 años, y Sintomatología Pedagógica en el grupo de sujetos de 11 a más años de edad, destacamos los siguientes aspectos relevantes:

1. El nivel de reproductibilidad entre las estructuras factoriales, globalmente consideradas, alcanza un nivel alto, con una invarianza de $0,96$.

2. Con respecto a las relaciones entre los Factores aparecidos en ambas estructuras, consideradas individualmente, observamos las siguientes vinculaciones entre ellos:

2.1. El primer Factor del grupo de suje-

tos de 8 a 10 años de edad, se relaciona esencialmente con el primer Factor del grupo de sujetos de 11 a más años, con un nivel muy alto, 0,99, siendo las demás relaciones existentes prácticamente sin significación.

2.2. El segundo Factor del grupo de 8 a 10 años presenta una relación media con el primer factor del grupo de 11 a más años, dándose de igual forma una relación muy importante en orden inverso con el segundo Factor del mismo grupo —0,90.

2.3. El tercer Factor del grupo de 8 a 10 años se encuentra relacionado de forma directa con el cuarto Factor del grupo de más de 11 años de edad, y de forma inversa con el sexto Factor de este mismo grupo. La relación con el cuarto Factor es altamente significativa 0,99 mientras que la relación con el sexto Factor, aún siendo significativa, no es tan elevada 0,56.

2.4. El cuarto Factor del grupo de 8 a 10 años presenta una relación significativa con los Factores quinto 0,63 y séptimo 0,40 y de orden inverso con el segundo Factor del grupo de más de 11 años —0,49.

2.5. El quinto Factor del grupo de 8 a 10 años se encuentra relacionado significativamente con los Factores cuarto y tercero del grupo de sujetos de más de 11 años, siendo su relación del orden de 0,65 y 0,48 respectivamente. También presenta una relación significativa, aunque de forma inversa —0,47 con el quinto Factor de este mismo grupo.

2.6. El Factor sexto del grupo de sujetos de 8 a 10 años, presenta una relación altamente significativa con el tercer Factor del grupo de sujetos de más de 11 años, siendo esta relación del orden del 0,81.

3. A partir de la matriz de relaciones entre las estructuras factoriales de ambos grupos, se intenta reconstruir una estructura factorial a partir de la otra, llegándose con ello a obtener una matriz cuya mayor discrepancia con la matriz inicial alcanza un valor máximo de 0,80, aunque en la mayoría de los casos no alcanza valores superiores a 0,30, con lo que reafirma la correspondencia de ambas estructuras.

TABLA VIII
Relaciones significativas, directas (+) e inversas (—) entre los grupos de sintomatología pedagógica de 8 a 11 años y de más de 11 años

		GRUPO DE MAS DE 11 AÑOS							
		FACTOR	1	2	3	4	5	6	7
GRUPO DE 8 A 10 AÑOS	1		+						
	2			—					
	3					+		—	
	4				—			+	+
	5					+	+	—	
	6						+		

Del estudio comparativo factorial se desprende que las variables que se dan en casi todos los factores en que se estructura la sintomatología pedagógica, son los siguientes:

- Patología lectora: inversiones, omisiones, confusiones, sustituciones y adiciones. Ausencia o limitación de la comprensión lectora. Trastorno del ritmo y de la velocidad.
- Patología de la escritura: omisiones, distorsiones y contaminaciones. Menos frecuente la disgrafía. Poco valorada la disortografía.
- Patología del cálculo: ausencia del concepto de número, discalculia en general y dificultad para los problemas aritméticos.
- Antecedentes de logopatía, bien simples retrasos de lenguaje o disfasias, que son mucho más frecuentes.
- Los trastornos de la lateralidad tienen en nuestro estudio poco significado.

Análisis de regresión múltiple

Una vez establecida la estructura factorial interesaba efectuar un estudio que nos permitiera predecir el diagnóstico concreto de la patología lectora con respecto a los distintos grupos que habíamos concebido basándonos en la experiencia clínica y en los datos anamnésticos, a saber: inmadurez lectora, dislexia de evolución o escolar, con tres grados de gra-

vedad, denominados I, II y III, y dislexias sintomáticas, secundarias a debilidad mental ligera, asociadas a alteraciones dispráxicas y consecutivas a causas neurológicas.

Para ello había que recurrir al Análisis de Regresión Múltiple que consiste en estudiar, mediante los principios de correlación y regresión, los efectos y las magnitudes de los mismos que varias variables independientes tienen sobre una dependiente.

De esta forma se llegó a la construcción de una serie de cuadros en los que se agrupaba la sintomatología clínica, médica, la pedagógica y los datos del balance psicomotor que caracterizarían a cada uno de los criterios establecidos: inmadurez lectora, Dislexia I, Dislexia II, etc.

Seguidamente se exponen los resultados referidos exclusivamente a la predicción de cada uno de los criterios sobre el grupo total de sujetos (N = 269). La posición de cada uno de las variables está determinada por su peso específico, estando ordenados de mayor a menor. Así en cada columna constan variables excluidas, aquellas que tienen relación positiva, las que tienen una relación negativa y las que restan valor a la predicción.

Después de cada Regresión Múltiple, pudimos efectuar Ecuaciones Reducidas, puesto que a partir de cierto número de variables el porcentaje de Varianza apenas se modificaba, quedando más claros los criterios de predicción.

Del mismo modo que trabajamos con el grupo total de sujetos efectuamos el Análisis de Regresión sobre cada uno de los grupos según la edad llegando a niveles de predicción bastante elevados.

Seguidamente se exponen en forma de cuadros sinópticos las conclusiones extraídas de los Análisis de Regresión reflejadas íntegramente en el Tomo II. Primero se presenta la sinopsis de la Ecuación General y después la correspondiente a la Ecuación Reducida, siendo ambas específicas para cada edad y clasificación diagnóstica, terminando con un co-

mentario explicativo de las posibilidades de predicción diagnóstica y las ecuaciones de Regresión General y Reducida para las variables Médicas, Pedagógicas y Psicomotoras. (ND)

Nota Dirección: por falta de espacio disponible se han eliminado las Ecuaciones de Regresión. En caso de interesar solicitarlas a la dirección de la revista.

1. Regresión múltiple sobre el grupo total de sujetos

En el cuadro I hemos podido observar los siguientes detalles, referidos a cada uno de los síntomas (variables) correspondientes a cada agrupación sintomática:

— Sintomatología Médica: la varianza explicada es muy baja, 5,37 %. Por lo que su valor en el criterio de predicción es escaso.

— Sintomatología Pedagógica: de los treinta síntomas incluidos en la Educación General, veinticinco de ellos presenta una correlación negativa con el Criterio, y tan sólo cinco, con una correlación baja, tienen correlación positiva, restando su valor en la Predicción cinco síntomas, muy importantes, en la sintomatología de las diversas patologías de la lectura existentes, siendo la variable explicada del 23,20 %, lo que corresponde a una correlación múltiple del 0,4817.

— De las trece variables introducidas en la E.G. siete presentan correlación negativa y el resto, seis, positiva, con pesos inferiores a las anteriores. Por tanto deben tener mayor valor en la Predicción las variables que guardan correlación negativa; el porcentaje total de varianza explicada con el conjunto de variables es del 12,71 %.

Técnicamente se puede proponer una Ecuación Reducida con lo que el porcentaje de va-

CUADRO I

Regresión múltiple-stepwise sobre grupo total. Criterio: inmadurez lectora

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
T.C.E. Colaboración en la exploración.	Lectura: Ausencia de patología mecánica. Escritura: Disgrafía-Distorsiones.	Marcha.
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto; distocia. Anoxia RN, patología congénita y adquirida del SNC; otra patología que afecte al SNC; convulsiones; Inestabilidad psicomotora vera y reactiva; negativismo, oposición inhibición, paratonía, paresias, adiadococinesia; E.E.G.: lesión focal, patología específica. T.C.E. Trastornos visuales.	Dificultad, problemas por dislexia. Adiciones. Confusiones. Lectura: Disociaciones Disortografía. Ausencia del concepto número. Disritmia lectora. Omisiones. Rotaciones. Inversiones. Escritura: Confusiones, adiciones e inversiones. Comprensión lectora: Ideas aisladas. Lectura: silábica. Vacilante. Dislalias. Disartrias. Discalculia. Absentismo escolar.	Lenguaje. Sonrisa Tónico del cuello. Sedestación. Gateo. Bipedestación. Marcha.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Parto prematuro. Sincinesias. EEG: Disfunción. EEG: Inmadurez.	Lectura: Ausencia. Subsilábica. Incomprensión global. Zurdera dirección mirada. Disfemias.	Equilibrio dinámico. Control postural. Esquema corporal. Coordinación general. Estructuración espacio-temporal.
<i>Restan valor a la predicción</i>		
Oposición exploración. Convulsiones tardías. Anoxia neonatal. Paresias.	Incomprensión lectora, absoluta o global. Rotaciones. Inversiones lectoras. Lectura silábica y vacilante. Discalculia.	Control postural. Sedestación. Bipedestación. Estructuración espacial. Estructuración temporal.

rianza explicada apenas se modifica, quedando más claros los criterios de predicción. Los resultados definitivos se detallan en el siguiente cuadro:

CUADRO II
Educación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: inmadurez lectora

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Inhibición. Bloqueo emocional. E.E.G.: Patológico específico.	Lectura: Adiciones, omisiones y confusiones. Silábica. Disritmia. Deficiente interpretación. Disortografía. Dislalias. Escritura: Disociaciones, omisiones y confusiones. Cálculo: Ausencia del concepto número; No aprendizaje de operaciones básicas.	Lenguaje.
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro	Lectura: Incomprensión absoluta. Lectura subsilábica. Zurdera dirección mirada.	Equilibrio dinámico Control postural
<i>Restan valor a la predicción</i>		
—		Control postural.

Comentario: La predicción de Inmadurez lectora puede establecerse cuando se presentan los siguientes aspectos médico-pedagógicos:

— Síntomas pedagógicos: presencia de sintomatología específica variada, lentitud en la velocidad lectora y comprensión muy deficiente. En muchas ocasiones, no existe ni siquiera iniciación lectora. La misma inmadurez puede determinar dificultades en el aprendizaje del cálculo.

— Síntomas médicos: prematuridad y manifestaciones de inmadurez o de disfunción en el registro E.E.G. Las sincincias son frecuentes, aunque a veces, según la edad, pueden considerarse fisiológicas.

— En el desarrollo psicomotor puede observarse un control postural insuficiente, así como una ligera torpeza motora. No suelen manifestarse logocronopatías.

CUADRO III
Regresión múltiple-stepwise. Grupo total. Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Convulsiones tardías. Negativismo. Oposición a la exploración.	Disfemias. Lectura: sin trastornos específicos y con inversiones y omisiones. Escritura: omisiones. Zurdera: dirección mirada.	—
<i>Relación negativa</i>		
Embarazo patológico. Amenaza de aborto. Parto prematuro. P. distócico. Anoxia R.N. Convulsiones. Trastornos visuales. Inest. Psicomotora emocional. Inhibición. Bloqueo. Distonía o Paratonía. Sincinesias. Paresias. E.E.G.: Inmadurez. E.E.G.: Disfunción.	Lectura: no existe, lectura subsilábica y silábica. Incomprensión total. Adicciones, confusiones. Escritura: disgrafía, adicciones. Cálculo: patología aprendizaje operaciones básicas. Patología probable. Absentismo escolar.	Estructuración espacial y temporal: equilibrio dinámico. Control postural esquema corporal y coordinación general.
<i>Relación positiva</i>		
Adiadococinesia. EEG: Patología específica. Inestabilidad psicomotora vera. T.C.E. Hipoacusia. Colaboración. Enfermedades congénitas del SNC.	Lectura vacilante, disritmia lectora, deficiente interpretación. Escritura: contaminaciones, disociaciones, distorsiones, inversiones. Disartrias. Zurdera brazo.	Reflejo tónico cuello sedestación, gateo, bipedestación, marcha 1.ª sonrisa. Lenguaje
<i>Restan valor a la predicción</i>		
Otra patología RN del SNC. Algunas enfermedades congénitas del SNC (degenerativas). EEG: lesión focal.	Disortografía. Discalculia. Patología aprendizaje. Operaciones básicas.	Control postural. Sedestación. Gateo. Marcha.

El porcentaje de la varianza explicada es del 9,92 % en la sintomatología médica, el 30,41 % en la pedagógica y el 10,99 % en la sintomatología psicomotora. Por este motivo, puede aplicarse una Ecuación Reducida, siendo los resultados obtenidos los siguientes:

CUADRO IV
Ecuación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Anoxia RN. Paresias. Distonía, Paratonía Convulsiones RN.	Lectura: Silábica. Incomprensión total. Ausencia concepto número. Discalculia.	Esquema corporal. Control postural. Coordinación general.
<i>Relación positiva</i>		
Adiadococinesia. EEG: Patología específica. Convulsiones tardías. Distonía o paratonía.	Disritmia lectora. Comprensión deficiente (ideas aisladas). Escritura: confusiones. Cálculo: patología problemas. Zurdera de la mano.	Reflejo tónico cuello. Lenguaje.
<i>Restan valor a la Predicción</i>		Control postural

Comentario: podrá establecerse la predicción, probable, de dislexia I cuando se den las siguientes circunstancias:

— Sintomatología médica: ante la ausencia de anoxia y convulsiones en el período de RN; cuando en la exploración no se aprecien alteraciones del tono muscular (paratonías), ni alteraciones motóricas de origen neurógeno (paresias); por el contrario la presencia de los síntomas cuya correlación con el criterio es positiva apoyará la predicción. A veces se aprecian distonías.

— Sintomatología pedagógica: la lectura silábica, unida a la incomprensión total, jun-

to a la posibilidad de una dificultad en la comprensión del concepto de número descartará el diagnóstico, que se encontrará reforzado ante individuos, zurdos con alteraciones del ritmo lector, ligera comprensión del contenido del texto y con alteraciones específicas en la escritura.

— Balance psicomotor: las limitaciones en la estructuración del esquema corporal y de la coordinación general, así como un lenguaje deficientemente desarrollado, sin importantes alteraciones en el control postural tienen valor predictivo positivo.

CUADRO V
Regresión múltiple-stepwise. Grupo total. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Parto distócico. Convulsiones tardías. Inhibición. Bloqueo. Inmadurez. E.E.G.	Lectura: Sin patología específica. Incomprensión absoluta. Escritura: Inversiones. Cálculo: Patología problemas por dificultad análisis-síntesis.	—
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto. Parto prematuro. Convulsiones tardías. Patología SNC. TCE. Hipoacusia. Inestabilidad vera. Inhibición. Oposición. Adiadococinesia. EEG. Inmadurez. Disfunción.	Ausencia del concepto n.º No aprendizaje operaciones aritméticas básicas. Lectura: Ausencia, subsilábica. Absentismo escolar. Dislalias. Disartrias. Disfemias. Zurdera de la mano.	Coordinación general. Control postural. Equilibrio dinámico. Esquema corporal. Estructuración espacial. Estructuración temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Anoxia RN. Paresias. Sincinesias. Distonía. Paratonía. EEG: Lesión focal. Patología visual.	Lectura: Silábica vacilante. Confusiones, omisiones, rotaciones. Disritmia. Adiciones. Deficiente interpretación. Escritura: Adiciones, omisiones, disociaciones, distorsiones, contaminaciones, confusiones. Disortografía.	Tónico cuello. Sonrisa. Sedestación, gateo. Bipedestación. Marcha. Lenguaje.
<i>Restan Valor Predicción</i>		
Inestabilidad psicomotora reactiva, emocional. Enfermedades congénitas SNC.	Lectura subsilábica. Ausencia de lectura. Escritura: Omisiones, contaminaciones, confusiones. Dislalias. Ausencia concepto n.º	Control postural. Sedestación. Gateo. Marcha.

Los porcentajes de varianza explicada son los siguientes:

- Sintomatología médica: 7,35 %.
- Sintomatología pedagógica: 18,61 %.
- Sintomatología psicomotora: 10,99 %.

Ante los escasos valores obtenidos y observando que a partir de la mitad de la sintomatología expuesta, se logran porcentajes muy

próximos, puede efectuarse una ecuación reducida, cuyos resultados se expresan en el siguiente cuadro:

CUADRO VI
Ecuación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Disfunción. Patología específica. Trastornos sensoriales: Hipoacusia. Amenaza de aborto. Convulsiones RN.	Lectura: subsilábica.	Coordinación general. Coordinación postural. Esquema corporal.
<i>Relación positiva</i>		
Sincinesias. Distonía. Paratonía. EEG: Lesión focal. Patología visión.	Lectura: silábica. Deficiente interpretación. Confusiones, omisiones, rotaciones. Escritura: disociaciones y disortografía. Cálculo: Ausencia del concepto de n.º Dificultades aprendizaje operaciones básicas.	Reflejo tónico cuello. Lenguaje.
Restan valor predicción	Ausencia de aprendizaje de operaciones básicas. Disfemias.	Control postural.

Comentario: podrá establecerse la predicción, probable, de dislexia II cuando se den las siguientes circunstancias:

— Sintomatología médica: el hallazgo de los criterios positivos y la ausencia de los síntomas incluidos en los negativos apoyan la predicción del criterio específico.

— Síntomas pedagógicos: lectura silábica con alteraciones específicas (omisiones, confusiones y rotaciones) junto a disortografía y disociaciones gráficas, unido a una deficien-

te interpretación del texto apoyan la predicción del criterio; pueden observarse además, alteraciones específicas del cálculo, aunque este criterio resta valor a la predicción, por tratarse de una problemática ajena a la dislexia de evolución.

— Síntomas psicomotores: las limitaciones en coordinación general postural y estructura del esquema corporal, además de retrasos en la adquisición del reflejo tónico del cuello y de la aparición del lenguaje apoyan positivamente la predicción.

CUADRO VII
Regresión múltiple-stepwise. Grupo total. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Parto prematuro. EEG. Inmadurez.	Lectura: Sin alteraciones específicas. Escritura: Inversiones. Distorsiones.	Sonrisa.
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedad congénita SNC. Patología SNC del RN.	Lectura: Vacilante. Disritmia. Deficiente interpretación. Escritura: Disortografía, disociaciones, contaminaciones. Zurdera mano y dirección mirada. Disartrias.	Estructuración espacial. Estructuración temporal. Equilibrio dinámico. Coordinación general. Coordinación postural.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, amenaza de aborto, parto distócico; Anoxia neonatal. Distonía, paratonía, paresias, sincinesias, inestabilidad psicomotora emocional. Adiacocinesia. EEG: Disfunción patológica específica. Inhibición, bloqueo. Hipoacusia; patología visual.	Lectura: Ausencia, silábica. Adiciones, rotaciones, confusiones, omisiones, inversiones; incomprensión lectora absoluta. Escritura: Confusiones, adiciones, disgrafía. Cálculo: Ausencia concepto de n.º, patología solución problemas por dislexia y por dificultad analítico-sintética. Discalculia. Dislalias, disfemia. Absentismo escolar.	Patología de la marcha. Lenguaje, deficiente estructuración esquema corporal. Gateo, sedestación, bipedestación y marcha retrasados.
<i>Restan valor predicción</i>		
—	Discalculia Lectura subsilábica. Lectura silábica: confusiones, inversiones, omisiones. Escritura: Contaminaciones omisiones. Zurdera mano.	Gateo. Equilibrio dinámico.

En la Regresión múltiple del cuadro VII, cuyos resultados acabamos de exponer, referida a la que denominan dislexia III, se obtienen los siguientes valores para la Varianza explicada en su relación con el Criterio:

- Síntomas médicos: 14,96 %
- Síntomas pedagógicos: 45,32 %
- Síntomas psicomotores: 7,67 %.

Es evidente el predominio del valor en la predicción de la sintomatología pedagógica sobre las restantes.

Como en las anteriores ocasiones vamos a efectuar una Ecuación de Regresión Reducida, con lo que reduciremos el número de síntomas, sin modificar apenas la correlación síntomas-criterio.

CUADRO VIII
Ecuación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades congénitas y adquiridas del SNC del RN.	—	Estructuración temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Enfermedades del SNC. Amenaza de aborto. Distonía, paratonía. Hipoacusia. Negativismo. Oposición.	Incomprensión lectora absoluta; Ausencia lectura; adiciones. Dislalia. Discalculia: ausencia del concepto de n.º, deficiente aprendizaje de operaciones básicas y patología en la resolución de problemas. Absentismo escolar.	Marcha y lenguaje patológicos.
<i>Restan valor Predicción</i>		
—	—	—

Comentario: puede predecirse la existencia de una dislexia III cuando se den las siguientes circunstancias en los resultados de la exploración:

— Síntomas médicos: existencias de enfermedades del SNC, amenaza de aborto, distonía-paratonía, hipoacusia, presentando, además, oposición a la exploración; por el contrario las enfermedades congénitas del SNC, así como las adquiridas en el período de RN, carecen de valor.

— Síntomas pedagógicos: son los más va-

lios para la predicción. Destaca la ausencia de lectura, a veces lectura subsilábica con adiciones. No existe o apenas se esboza la escritura. En la patología del lenguaje figuran abundantes dislalias: cuando hay patología del cálculo hay que sospechar que se trata de un fracaso global en el que la dislexia tiene carácter sintomático, no siendo, por tanto, una dislexia de evolución de carácter grave.

— Síntomas psicomotores: favorecen el criterio la existencia de retrasos en la aparición de la marcha y del lenguaje.

CUADRO IX

Regresión múltiple-stepwise. Grupo total. Criterio: Dislexia-debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		—
Anoxia neonatal. Patología visual.	Lectura: Sin patología específica; incompreensión lectora. Absentismo escolar.	
<i>Relación negativa</i>		
Inestabilidad psicomotora vera. TCE Sincinesias. Adiadococinesia. Oposición. Negativismo.	Lectura: Ausencia, silábica o vacilante; disritmia confusiones y omisiones; deficiente interpretación. Escritura: Contaminaciones, omisiones, distorsiones; disortografía. Lateralidad: Zurdera mano y dirección mirada.	Sedestación. Control postural equilibrio dinámico, esquema corporal, estructuración espacial y temporal, coordinación general. Lenguaje.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Parto prematuro, distocia. Enfermedades neurológicas del RN. Convulsiones, neonatales y tardías; EEG con patología específica e inmaduro. Paresias, distonía-paratonía. Cualquier afectación patológica del SNC en cualquier época de la vida. Inestabilidad psicomotora Vera y reactiva. Inhibición, bloqueo, oposición.	Lectura: subsilábica: inversiones, rotaciones, adiciones. Escritura: Adiciones, confusiones, inversiones, disgrafía. Lenguaje: Dislalias, disartrias. Discalculia: Ausencia del concepto n.º; dificultad aprendizaje operaciones básicas. Patología problemas por dislexia y por dificultad analítico-sintética.	Reflejo tónico cuello. Sonrisa. Gateo, bipedestación. Marcha.
<i>Restan valor predicción</i>		
—	Deficiente interpretación Rotaciones; en escritura inversiones. Patología problemas por dislexia.	Tónico del cuello. Gateo. Control postural. Equilibrio dinámico lenguaje.

Con el total de la sintomatología incluida en el análisis de Regresión efectuado, se logran correlaciones, según se expresa en el siguiente apartado, según porcentajes de la Varianza explicada:

- Síntomas médicos: 14,49 %.
- Síntomas pedagógicos: 20,85 %.
- Síntomas psicomotores: 4,21 %.

Es muy evidente el predominio de la sintomatología pedagógica en la Predicción, siendo, por el contrario muy bajo, el valor de la sintomatología obtenida a través del balance psicomotor y del estudio del desarrollo evolutivo, del mismo.

Seguidamente se expone el resultado de la Ecuación de Regresión Reducida:

CUADRO X
Ecuación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: Dislexia-debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Sincinesias	Disritmia lectora, confusiones. Ausencia lectura. Escritura: Contaminaciones. Zurdera dirección mirada.	Sedestación. Coordinación general.
<i>Relación positiva</i>		
Parto distócico. Paresias. EEG patológico: focal y específico. Convulsiones. Enfermedades del SNC del RN y adquiridas, así como congénitas. Inhibición, bloqueo.	Lectura: Inversiones. Escritura: Disociaciones Discalculia. Disartrias.	Marcha.
<i>Restan valor predicción</i>		
EEG focal.	—	—

Comentario: la sospecha de la existencia de una dislexia secundaria, sintomática a una debilidad mental, podrá establecerse en las siguientes circunstancias:

— Síntomas médicos: ante la existencia de enfermedades congénitas o adquiridas que afecten el SNC en cualquier período de la vida del niño. Cuando existan antecedentes de parto distócico y secuelas como convulsiones o paresias. En situaciones de inhibición y bloqueo injustificadas. Restan valor a la predicción los EEG con patología focal.

— Síntomas pedagógicos: apoyan el crite-

rio las alteraciones patológicas de la lectura con inversiones, existiendo en la escritura disociaciones. Presencia de disartrias y discalculia. Puede haber un nivel aceptable de lectura y escritura con contaminaciones; no es necesaria la existencia de lateralidad izquierda, por lo menos en la dirección de la mirada (regard).

— Sintomatología psicomotora: cuando hay una marcha patológica, con un retraso en la aparición de la misma o con alteraciones dinámicas.

CUADRO XI
Regresión múltiple-stepwise. Grupo total. Criterio: Dislexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Enfermedades del SNC.	Lectura no patológica.	Estructuración espacial.
<i>Relación negativa</i>		
Embarazo patológico.	Lectura: Ausencia, silábica, vacilante. Rotaciones, inversiones, adiciones, omisiones. Incomprensión lectura absoluta.	Esquema corporal. Control postural. Equilibrio dinámico. Estructuración temporal. Coordinación general.
TCE. EEG patológico específico.		
Adiadococinesia. Inhibición, bloqueo.		
Otra patología neurológica. R.N.	Escritura: inversiones, distorsiones, adiciones.	
Patología visual.	Discalculia: Ausencia del concepto n.º, difícil aprendizaje de operaciones básicas, patología solución problemas por dificultad analítica.	
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto, parto prematuro, distócico; anoxia RN, convulsiones RN, enfermedades genéticas SNC, paresias, convulsiones tardías.	Lectura: subsilábica, disritmia, disociaciones, deficiente interpretación. Escritura: disgrafía, dislalias. Lateralidad: Zurdera mano y dirección mirada.	Reflejo tónico cuello. Sonrisa, gateo, sedestación, bipedestación marcha. Lenguaje.
EEG: Disfunción, madurez lesión focal.		
Sincinesias, paratonía, inestabilidad psicomotora vera y emocional.		
<i>Restan valor predicción</i>		
Hipoacusia, parto prematuro, anoxia RN, convulsiones RN.	Disritmia lectora. Incomprensión absoluta texto, lectura subsilábica.	Gateo, sedestación, estructura temporal. Control postural. Coordinación general.
TCE. Paresias. Inhibición, bloqueo.	Escritura: Inversiones, omisiones, disortografía. Cálculo: Discalculia. Ausencia concepto n.º Zurdera dirección mirada.	

El porcentaje de Varianza Verdadera en la relación con el criterio de los síntomas médicos es baja, del orden del 16,20 %, con una correlación múltiple del 0,4025, siendo indicativo de la presencia importante de esta sintomatología en esta clasificación diagnóstica.

En la sintomatología pedagógica el porcen-

taje de Varianza es del 17,50 %.

En los síntomas psicomotores la Varianza Total es del orden del 15,19 %.

En los tres grupos sintomáticos pueden seguirse Ecuaciones Reducidas sin pérdida del valor predictivo, obteniéndose los siguientes datos:

CUADRO XII
Ecuación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: Dislexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Convulsiones.	Lectura: Omisiones, inversiones.	—
Inestabilidad psicomotora reactiva.	Escritura: Inversiones.	
Hipoacusia.	Ausencia del concepto n.º, patología en los problemas por incomprensión lectora.	
<i>Relación positiva</i>		
Inestabilidad psicomotora vera.	Disgrafía y disociaciones.	Reflejo tónico cuello.
Distonía, paratonía, sincinesias.	Disfemias.	Bipedestación.
EEG: Disfunción e Inmadurez, lesión focal.	Lateralidad: mano izquierda.	Sedestación.
Colaboración en la exploración.		

Comentario: predicción de dislexia secundaria asociada a una dispraxia, deberá establecerse ante las siguientes circunstancias:

— Síntomas médicos: existencia de colaboración eficaz en la exploración, observándose inestabilidad psicomotriz, paratonía, sincinesias y patología en el E.E.G., no existiendo convulsiones, inestabilidad psicomotora emocional ni hipoacusia. La sintomatología que sigue el criterio positivo tiene mayor valor en la predicción.

— Síntomas pedagógicos: la sintomatología de mayor valor en la Predicción será la existencia de predominio de la lateralidad iz-

quierda, la existencia de disfemias y la disgrafia con sintomatología específica del tipo de las disociaciones; por otra parte, no se deberán observar alteraciones lectoras del tipo de las omisiones e inversiones, ni manifestaciones de discalculia referentes, tanto a la operatividad, como a la capacidad de resolución de problemas aritméticos.

Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor la presencia de retrasos en la aparición del reflejo tónico del cuello y de las actitudes posturales de sedestación y bipedestación apoya positivamente el criterio.

CUADRO XIII
Regresión múltiple-stepwise. Grupo total. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i> —	Lectura sin alteraciones específicas. Disortografía.	—
<i>Relación negativa</i> TCE. Otras patologías del RN. Inestabilidad psicomotora vera. EEG: Inmaduro. Colaboración +.	Lectura: Ausencia, vacilante, disritmia, rotaciones, disociaciones; deficiente interpretación. Lateralidad izquierda, dirección mirada. Absentismo escolar.	Sonrisa. Estructuración espacial temporal, coordinación general, equilibrio dinámico, control postural, esquema corporal y lenguaje.
<i>Relación positiva</i> Amenaza de aborto, parto prematuro o distócico. Anoxia RN. Convulsiones RN y posteriores. EEG: Lesión focal, disfunción y patología específica. Enfermedades del SNC. Paresias, distonía, paratonía; inestabilidad psicomotora emocional; colaboración +; sincinesias y adiadococinesias.	Lectura: Subsilábica, silábica; inversiones, omisiones, confusiones, adiciones. Incomprensión absoluta. Escritura: Omisiones, distorsiones, contaminaciones, inversiones, confusiones y disgrafía. Lenguaje: Dislalias, disartrias, disfemias. Cálculo: Ausencia del concepto de n.º; discalculia operativa y solución problemas tanto por ausencia o incomprensión lectora, como por discapacidad analítico-sintet.	Tónico del cuello. Sedestación, gateo, bipedestación y marcha.
<i>Restan valor predicción</i> Amenaza aborto, enfermedad SNC, hipoacusia, patología visual. EEG inmaduro. Inestabilidad psicomotora reactiva o emocional.	Disritmia lectora, deficiente interpretación, inversiones, omisiones; confusiones y disociaciones escritura. Disfemias y discalculia por dificultad analíticosintética.	Gateo, sedestación. Tónico cuello lenguaje. Control postural, equilibrio dinámico y estructuración espacial.

En el cuadro anterior se han logrado estadísticamente los siguientes valores para los distintos grupos sintomáticos estudiados: la varianza verdadera entre el criterio y los síntomas alcanza el 36,23 %: la de los síntomas pedagógicos el 15,03 % y los síntomas del balance psicomotor y desarrollo evolutivo pos-

tural del 13,26 %, siendo evidente, como era de esperar el mayor peso de la sintomatología médica.

Como hasta ahora hemos efectuado, obtendremos una ecuación reducida con los siguientes resultados:

CUADRO XIV

Ecuación de regresión reducida. Grupo total. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Disfunción. Amenaza de aborto. Inestabilidad psicomotora reactiva.	Disritmia lectora. Rotaciones. Regard izquierda. Absentismo escolar.	Sonrisa. Coordinación general. Equilibrio dinámico.
<i>Relación positiva</i>		
EEG: Lesión focal, disfunción; patología específica. Anoxia RN. Paresias. Adiadococinesia, sincinesias, paratonía. Colaboración, oposición.	Lectura: silábica, subsilábica. Escritura: Omisiones, distorsiones. Dislalias. Cálculo: Discalculia por ausencia del concepto de n.º Lateralidad: brazo izquierdo.	Sedestación. Bipedestación.
<i>Restan valor predicción</i>		Sedestación. Equilibrio dinámico.

Comentario: la predicción del criterio estudiado Dislexia Secundaria a Patología Neurológica, será mejor establecido con la aparición de la sintomatología médica, pedagógica y psicomotora que presenta relación positiva con el criterio, por tener mayor peso específico.

En cuanto a los síntomas con relación negativa con el criterio, la presencia de los mismos supondrá la probable existencia de alteraciones neurológicas, aunque sin asociarse a los mismos una dificultad lectora específica.

— Síntomas médicos: apoyan el criterio los

siguientes: Anoxia R.N., Lesiones focales y registros propios de disfunción o de especificidad en el E.E.G., la presencia de adiadococinesia y sincinesias, así como paratonía y secuelas motóricas de tipo parético.

— Síntomas pedagógicos: lectura poco desarrollada, abundantes síntomas específicos que también se manifiestan en la escritura. Presencia de dislalias, lateralidad dominante izquierda y discalculia.

— Síntomas Psicomotores: sedestación y bipedestación adquiridas tardíamente.

2. Regresión múltiple sobre el grupo de sujetos de 7 años

CUADRO XV

Regresión múltiple. Grupo: menores de 7 años. Criterio: Inmadurez lectora

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Paresias	Ausencia de lectura. Sin patología específica.	—
<i>Relación negativa</i>		
22 síntomas exceptuando los excluidos y los que tienen relación positiva.	27 síntomas, excepto los excluidos y los que tienen relación positiva con el criterio.	Gateo, sonrisa, lenguaje. Marcha.
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro. EEG: Disfunción. Colaboración +.	Lectura: Subsilábica. Escritura: Vacilante. Disfemias. Regard izquierda.	Reflejo tónico cuello sedestación. Bipedestación. Esquema corporal. Equilibrio dinámico. Control postural. Coordinación general. Estructuración espacial y temporal.
<i>Restan valor predicción</i>		
Enfermedades congénitas del SNC. Anoxia RN. EEG: Inmadurez y lesión focal. Negativismo. Oposición.	Lectura: Silábica con rotaciones e inversiones. Escritura: Distorsiones, omisiones. Disgrafía. Discalculia problemas.	Control postural. Estructuración espacial. Coordinación general.

En la sintomatología médica el porcentaje de Varianza en relación con el criterio es del 20,96 %.

En la sintomatología pedagógica el porcentaje es de 43,46 %.

En la sintomatología psicomotora el por-

centaje es bastante más bajo suponiendo el 16,03 %.

Una Ecuación de Regresión Reducida aclarará la capacidad predictora práctica, sin apenas modificar la Varianza.

CUADRO XVI

Ecuación de regresión reducida. Grupo menores de 7 años. Criterio: Inmadurez

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síndrome balance psicomotor
<i>Síntomas médicos</i>		
Amenaza de aborto.	Lectura: subsilábica, confusiones, omisiones, adiciones. Incomprensión absoluta.	Gateo, sonrisa.
Parto distócico. Anoxia RN.	Escritura: Confusiones.	Lenguaje.
Enfermedades congénitas SNC.	Dicalculia, ausencia del concepto n.º	
Distonía-Paratonía.	Dislalias.	
EEG: Lesión focal, específica.	Zurdera dirección mirada.	
Adiadococinesia.		
Inhibición, bloqueo.		
Inestabilidad.		
Hipoacusia. Patología visión.		
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro.	Incomprensión lectora absoluta.	Sedestación.
EEG: disfunción.	Disfemias.	Equilibrio dinámico.
Colaboración +.		Estructuración temporal.
		Esquema corporal.
<i>Restan valor predicción</i>		

Comentario: el criterio de Inmadurez lectora, antes de los 7 años de edad, se establecerá por la presencia de la siguiente sintomatología:

— Síntomas médicos: antecedentes de parto prematuro, disfunción electroencefalográfica y colaboración en la exploración.

— Síntomas pedagógicos: incomprensión lectora absoluta y existencia de disfemias.

— Síntomas psicomotores: equilibrio dinámico,

estructuración espacial y esquema corporal adecuados a su edad.

La presencia de síntomas de relación negativa con el criterio, sobre todo aquéllos que impliquen necesariamente lesiones encefálicas o secuelas neurológicas o sensoriales, con manifestaciones patológicas en la lectura, de carácter específico, así como discalculias y limitaciones en el desarrollo de actitudes posturales y lenguaje, supondrán la inexistencia del criterio estudiado, Inmadurez Lectora.

CUADRO XVII

Regresión múltiple-stepwise. Grupo: Menores de 7 años. Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
EEG: Lesión focal.	Lectura sin alteraciones específicas. Deficiente interpretación. Escritura: Contaminaciones. Discalculia: Solución problemas.	Bipedestación.
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto. Anoxia RN. EEG: Inmadurez, disfunción. Convulsiones RN. Enfermedades congénitas del SNC. Sincinesias, distonía. Inestabilidad, inhibición, bloqueo, oposición. Patología visual.	Ausencia de lectura, o subsilábica, disritmia. Incomprensión absoluta; rotaciones. Escritura: Disgrafía. Discalculia: Ausencia concepto n.º; patología problemas; operaciones básicas. Dislalias, disfemias. Absentismo escolar. Zurdera dirección mirada.	Tónico cuello. Sedestación. Estructuración espacial. Marcha.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Parto prematuro. Enfermedades SNC. Otra patología RN que afecte el SNC. Convulsiones tardías. TCE. EEG: patología específica. Adiadococinesia, paresias. Hipoacusia. Inestabilidad psicomotora vera.	Lectura: Silábica, vacilante, confusiones, adiciones, omisiones, inversiones. Escritura: Confusiones, disociaciones, inversiones, distorsiones, omisiones; disortografía. Disartrias. Lateralidad: brazo izquierdo.	Sonrisa, gateo. Coordinación general, lenguaje, esquema corporal, estructuración temporal, equilibrio dinámico. Control postural.
<i>Restan valor predicción</i>		
Parto prematuro. Sincinesias. Patología visual. Elaboración exploración.	Lectura: Silábica, adiciones, inversiones. Escritura: Distorsiones, adiciones. Dislalias. Patología aprendizaje operaciones básicas.	Marcha. Equilibrio dinámico. Esquema corporal. Estructuración temporal.

En la exposición sintomática del cuadro 17 se obtienen los siguientes valores:

— Síntomas médicos: con una correlación múltiple de 0,48650, lo que supone una Varianza explicada del 23,6 %.

— La sintomatología pedagógica arroja una Correlación múltiple del 0,65590, lo que supone un 43,02 % de relación con el criterio.

— Sintomatología psicomotora: correla-

ción de 0,35596, lo que supone una Varianza Total del 12,67 %.

Ante el gran número de síntomas manejados y observándose el mantenimiento de la correlación próximo a los que terminamos de comentar, a partir del séptimo u octavo paso de regresión puede establecerse una Ecuación Reducida.

CUADRO XVIII

Ecuación de regresión reducida. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Anoxia RN. Enfermedades congénitas del SNC. EEG: Inmadurez. Negativismo. Oposición.	Lectura subsilábica. Disartrias.	Tónico del cuello. Sedestación. Estructuración espacial.
<i>Relación positiva</i>		
T.C.E. Otra patología RN que afecte el SNC. Convulsiones RN. Inestabilidad Psicomotora. Hipoacusia.	Lectura silábica, disritmia. Adiciones. Escritura: Adiciones, disgrafía. Discalculia: Ausencia operaciones básicas; patología problemas.	Lenguaje. Coordinación general. Estructuración temporal. Equilibrio dinámico.
<i>Restan valor predicción</i>		
—	Lectura subsilábica. Ausencia aprendizaje operaciones básicas.	—

Comentario: la sintomatología principal que predice la dislexia I en niños menores de 7 años de edad es la pedagógica, con un 43 % de relación con el criterio, cifra muy elevada en comparación con los resultados obtenidos al estudiar el mismo criterio sobre el Grupo Total. De estos síntomas destaca el nivel de lectura silábica, puesto que el nivel inmediato inferior, la subsilábica, resta valor a la predicción del criterio; por otra parte existen alteraciones específicas, del grupo de las adiciones, que también se presentan en la escritura junto a disgrafía; la patología del cálculo que se presenta es concomitante en casos ajenos a la dislexia de evolución, por lo que resta valor a la predicción diagnóstica.

— Desde el punto de vista psicomotor hay que prestar atención a la mayor frecuencia con que se presentan alteraciones dislálicas a lo largo de la evolución del mismo, así como discretos retrasos en el desarrollo de la coordinación general, estructuración temporal y equilibrio dinámico.

— De la sintomatología estrictamente médica, debe prestarse más atención a las situaciones de inestabilidad y a la existencia de crisis convulsivas, de carácter primario, generalmente sin significación EEG y de escasa frecuencia de presentación.

CUADRO XIX

Regresión múltiple. Grupo: Hasta la edad de 7 años. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Convulsiones RN. Enfermedades congénitas RN.	Lectura: Sin alteraciones específicas. Escritura: Distorsiones, absentismo escolar. Discalculia, problemas por dif. analítica.	Coordinación.
<i>Relación negativa</i>		
Embarazo patológico. Amenaza de aborto, parto prematuro, distocia, anoxia RN, enfermedades del SNC, otra patología que afecte al SNC del RN TCE. EEG: Disfunción, inmadurez, lesión focal, patología específica. Convulsiones tardías. Inestabilidad vera. Hipoacusia.	Ausencia de lectura, o subsilábica. Disartrias, dislalias, disfemias. Lateralidad: brazo izquierdo.	Coordinación general. Equilibrio dinámico. Control postural. Control espacial. Esquema corporal. Estructuración temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Distonía, paratonía, sincinesias, adiadococinesia. Patología visual. Colaboración, negativismo, inhibición, bloqueo.	Lectura: silábica, valicante. Incomprensión absoluta, deficiente interpretación. Adiciones, confusiones, inversiones, rotaciones, omisiones. Disritmia. Escritura: Adiciones, confusiones, inversiones, omisiones, contaminaciones, disortografía, disgrafía. Discalculia: Ausencia operaciones básicas; ausencia concepto n.º Patología problemas.	Tónico cuello. Sonrisa, sedestación, bipedestación, gateo, marcha. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Amenaza de aborto. Anoxia RN. Negativismo, oposición.	Lectura: Subsilábica y vacilante, confusiones. Escritura: Confusiones, omisiones, contaminaciones. Ausencia aprendizaje operaciones básicas.	Gateo, sedestación. Marcha. Control postural.

La correlación obtenida por la sintomatología médica es de 0,42829 equivalente al 18,34 % de la Varianza Explicada.

La sintomatología pedagógica explica el 30,62 % del criterio, lo que supone una correlación de 0,59794.

Los datos obtenidos del desarrollo evolutivo y del balance psicomotor actualizado, obtienen una correlación múltiple del 0,33149, lo que supone una explicación del orden de 10,99 %.

CUADRO XX

Ecuación de regresión reducida; grupo menores de 7 años; Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Parto prematuro, distócico. Enfermedad del SNC. Convulsiones tardías. EEG: disfunción. Inestabilidad. Adiadococinesia.	Lectura subsilábica. Disartrias.	Esquema corporal. Coordinación general. Control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Distonía. Paresias, Inestabilidad vera.	Lectura: Silábica, disrítica. Adiciones. Escritura: Adiciones, disgrafía. Discalculia: Patología problemas por dif. lectora.	Reflejo tónico cuello. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
—	Lectura subsilábica. Disartrias.	Control postural.

Comentario: en menores de 7 años de edad, puede considerarse dislexia II cuando el conjunto de síntomas obtenidos cumplen las siguientes circunstancias:

— Síntomas médicos: alteraciones distónicas, adiadococinesia e inestabilidad vera.

Suelen observarse inhibiciones, bloqueo y falta de colaboración en la exploración.

— Dentro de la sintomatología pedagógica, la lectura silábica, disrítica, con abundantes stops y adiciones, junto a errores similares en la escritura que a veces, dependiendo de las alteraciones práxicas y tónicas, es disgráfica.

— Finalmente en la sintomatología psicomotora el retraso en la adquisición del reflejo tónico del cuello y del desarrollo postural en general, así como la presencia de un lenguaje retrasado, dislálico, confirma la predicción.

En el conjunto sintomático no suelen manifestarse alteraciones patológicas del EEG, manifiestas, específicas y focales, ni accidentes en el período neonatal, así como alteraciones patológicas del lenguaje centrales ni trastornos excesivamente severos en la coordinación general, control espacial y esquema corporal.

CUADRO XXI
Regresión múltiple. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Colaboración exploración.	Lectura no patológica, adiciones. Escritura: Adiciones, disortografía. Disartrias. Lateralidad: Brazo y mirada de predominio izquierdo.	Sonrisa.
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades congénitas y genéticas del SNC. Otra patología que afecte el SNC. EEG: Disfunción. Convulsiones tardías. TCE. Adiadococinesia y sincinesia.	Lectura: Vacilante, silábica. Deficiente interpretación, omisiones, inversiones, confusiones; disritmia. Escritura: Distorsiones, disociaciones, contaminaciones.	Estructuración espacial, temporal, equilibrio dinámico, coordinación general y control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro, distocia. Anoxia RN, convulsiones RN, EEG: Inmadurez y con patología específica. Inestabilidad vera, inhibición, bloqueo, negativismo, oposición. Paresias, distonía, paratonía. Inestabilidad reactiva. Hipoacusia.	Lectura: Ausencia, subsilábica. Incomprensión absoluta. Rotaciones. Escritura: Confusiones, inversiones; disgrafía. Cálculo: Ausencia concepto n.º; patología solución de problemas por carencia lectora; ausencia aprendizaje operaciones básicas. Dislalias; disfemias.	Tónico del cuello, gateo, sedestación, bipedestación, marcha. Esquema corporal. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
—	Lectura: Subsilábica, omisiones, inversiones, confusiones; deficiente interpretación. Escritura: Inversiones, contaminaciones, disgrafía. Cálculo: Discalculia; patología problemas aritméticos.	Gateo. Equilibrio dinámico.

Con la sintomatología médica expuesta se aplica una correlación múltiple del 0,62506, equivalente al 39,06 %.

Con la pedagógica, la Varianza Explicada se sitúa en el 45,88 %, lo que supone una correlación múltiple de 0,67734.

Los síntomas referentes a actitudes postura-

les y balance psicomotor, tiene muy escaso valor, explicando tan sólo el 6,33 de la varianza.

Todo ello implica que el valor predictivo máximo se establece a base de criterios médicos, sintomáticos, y pedagógicos, que pueden simplificarse estableciendo la ecuación de regresión reducida.

CUADRO XXII
Ecuación regresión reducida. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades congénitas y genéticas del RN. Otra patología RN que afecte el SNC. Adiadococinesia. Sincinesias.	Omisiones.	Estructuración temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro. Anoxia R.N. Paresias. EEG: Inmadurez. Distonía, inhibición, bloqueo, negativismo, oposición. Patología visión.	Lectura: Incomprensión absoluta, inversiones, ausencia de lectura. Escritura: Confusiones. Cálculo: Ausencia del concepto número. Lateralidad: Dirección mirada izquierda. Absentismo escolar.	Marcha. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		

Conclusiones: la existencia de enfermedades que afecten al SNC, congénitas o adquiridas, así como la presencia de sincinesias y adiadococinesia, con omisiones en la lectura y estructuración espacio-temporal deprimida son contrarias al criterio estudiado.

Por el contrario, la presencia de sintomatología médica, tal como se expone en el apar-

tado de Relación positiva, así como la ausencia de lectura y por tanto la incomprensión lectora, existiendo confusiones al dictado mediante copia, con limitaciones de la aparición de la marcha y retraso en el desarrollo del lenguaje, justifican el diagnóstico del criterio estudiado.

CUADRO XXIII
Regresión múltiple. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia-Debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Patología visual. Negativismo. Oposición.	Lectura: Sin trastornos específicos. Escritura: Confusiones.	—
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades del SNC, congénitas o adquiridas TCE.	Lectura: Vacilante; ausencia; disritmia; omisiones; confusiones.	Sedestación, equilibrio general dinámico esquema corporal, estructuración espacial temporal, control postural. Lenguaje.
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto, parto prematuro, distócico, anoxia RN; otras patologías del SNC. EEG: Disfunción, lesión focal, patología específica. Distonía, paratonía, parestias, inestabilidad vera. Sincinesias. Convulsiones tardías. Inhibición, bloqueo, inestabilidad reactiva.	Resto de la sintomatología expuesta, con un total de 20 síntomas, entre ellos: Lectura: Silábica, sin patología específica, disritmia. Insuficiente comprensión; omisiones, confusiones, inversiones. Escritura: Contaminaciones, disociaciones, disortografía. Discalculia: Operatividad deficiente. Lateralidad: Dirección mirada izquierda. Dislalias.	Sonrisa, gateo, bipedestación. Marcha.
<i>Restan valor predicción</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro, distócico. Lesión focal o inmadurez en el EEG. Convulsiones, sincinesias. Inestabilidad psicomotora vera.	Incompresión lectura absoluta, rotaciones y adiciones. Escritura: Inversiones, disortografía; disgrafia.	Equilibrio dinámico. Lenguaje. Control postural. Tónico del cuello y gateo.

En el estudio presentado en el anterior cuadro se han conseguido las siguientes correlaciones: 0,56841 para la sintomatología médica, con un porcentaje de explicación del 32,30 %; 0,58178, con una explicación del 39,15 % para la sintomatología pedagógica;

finalmente 0,32648, con una explicación del 10,65 % para el último grupo sintomático, escasamente significativo.

De la Ecuación de Regresión Reducida obtendremos las conclusiones definitivas:

CUADRO XXIV

Ecuación de regresión reducida. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia-Debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades del SNC, congénitas o adquiridas tras el nacimiento.	Lectura: Ausencia, disritmia; omisiones; confusiones. Escritura: Contaminaciones. Disartrias.	Control postural. Sonrisa.
<i>Relación positiva</i>		
Otra patología del RN que afecta al SNC.	Lectura: Omisiones, inversiones.	Sonrisa, tónico del cuello. Marcha.
Embarazo patológico, anoxia RN, convulsiones tardías; EEG: Lesión focal. Sincinesias, distonía. Colaboración +, inhibición, bloqueo.	Escritura: Disociaciones, distorsiones. Dislalias. Discalculia: patología problemas aritméticos.	Bipedestación, esquema corporal.
Hipoacusia.		
<i>Restan valor predicción</i>		

Comentario: en la etiología del criterio Dislexia secundaria a debilidad mental deben considerarse:

— Síntomas médicos: en la etiología: embarazo patológico anoxia del RN, con lesiones focales demostrables en el EEG y cuadros patológicos del niño que puedan actuar, secundariamente, sobre el SNC.

Como manifestaciones sintomáticas, sincinesia, distonías, inhibición y bloqueos emocionales, son las más importantes; en algunos casos, muy pocos, observamos hipoacusias neurosensoriales.

— Pedagógicamente observaremos un nivel lector aceptable, con inversiones y omisiones; en la escritura disociaciones y distorsiones; en los antecedentes evolutivos del lenguaje, dislalias; puede observarse dificultades en

la resolución de problemas aritméticos por la propia dificultad lectora.

— Los resultados obtenidos en el estudio del balance psicomotor, son escasamente significativos; únicamente desde el punto de vista evolutivo interesa conocer la probable existencia de cierto retraso en la adquisición del reflejo tónico del cuello, marcha y bipedestación; el esquema corporal puede encontrarse débilmente estructurado.

Difícilmente observamos en la Dislexia secundaria a Debilidad Mental etiologías consistentes en enfermedades congénitas o adquiridas propias del SNC, ausencia completa de lectura y disartrias; en el grupo de síntomas psicomotores la limitación del control postural y la aparición retrasada de la sonrisa podrían observarse, pero con la sintomatología que acabamos de exponer se referiría a una patología distinta de la que ahora nos ocupa.

CUADRO XXV
Regresión múltiple. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia - Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<p><i>Excluidos</i></p> <p>Anoxia RN.</p>	<p>Lectura: Ausencia de patología específica y sólo con inversiones; Incomprensión absoluta.</p> <p>Escritura: Contaminaciones, disociaciones.</p> <p>Patología solución problemas por dislexia.</p> <p>Lateralidad: mano izquierda.</p>	<p>Equilibrio dinámico.</p> <p>Estructuración espacial.</p>
<p><i>Relación negativa</i></p> <p>TCE</p> <p>Otras patologías del RN que afecten al SNC.</p> <p>Inhibición, bloqueo.</p> <p>Adiadococinesia.</p>	<p>Lectura: silábica, confusiones, adiciones, deficiente interpretación.</p> <p>Escritura: Inversiones, adiciones, disortografía.</p> <p>Discalculía: ausencia del concepto n.º</p> <p>Lateralidad: Dirección de la mirada izquierda.</p> <p>Dislalias, disartrias.</p>	<p>Coordinación general.</p> <p>Control postural.</p> <p>Estructura temporal.</p> <p>Esquema corporal.</p>
<p><i>Relación positiva</i></p> <p>Embarazo patológico, parto prematuro, distocia; amenaza de aborto.</p> <p>Enfermedades del SNC, convulsiones, paresias, distonías, convulsiones tardías.</p> <p>EEG: lesión focal, inmadurez, patología específica, disfunción.</p> <p>Sincinesias.</p> <p>Hipoacusia. Patología visual.</p>	<p>Lectura subsilábica, disritmia lectora, deficiente interpretación.</p> <p>Escritura: adiciones, disortografía y disgrafia.</p> <p>Disartrias.</p> <p>Dirección mirada izquierda.</p>	<p>Tónico del cuello, sonrisa, gateo, sedestación, bipedestación, marcha.</p> <p>Lenguaje.</p>
<p><i>Restan valor predicción</i></p> <p>Embarazo patológico, parto prematuro, amenaza de aborto, convulsiones en general, TCE; EEG: Inmadurez y patología específica.</p>	<p>Lectura: Disritmia lectora, adiciones, confusiones.</p> <p>Escritura: Inversiones, dislalias.</p> <p>Discalculias.</p> <p>Absentismo escolar.</p>	<p>Marcha, gateo, sedestación.</p> <p>Control postural.</p>

Con el conjunto de síntomas médicos incluidos en la Ecuación de Regresión General se obtiene una correlación de 0,52629, que supone un 27,77 % de la explicación.

Las variables de carácter pedagógico obtiene una correlación múltiple de 0,59130, lo que supone una Varianza explicada del 34,96 %. En las dislexias asociadas a dispraxia, los

síntomas psicomotores y evolutivos alcanzan las puntuaciones más elevadas de hasta las ahora obtenidas, suponiendo una explicación del criterio del 21,42 %, lo que supone una correlación múltiple de 0,46285.

Veamos como se simplifica en la Ecuación Reducida:

CUADRO XXVI

Ecuación de regresión reducida. Grupo menores de 7 años. Criterio: Distexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Otra patología del RN. Inhibición, bloqueo. Adiadococinesia.	Lectura: silábica, vacilante; ausencia de lectura. Escritura: distorsiones. Disfemias. Discalculia problemas por dificultad analítica; ausencia operaciones básicas.	Coordinación general. Control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Parto distócico. Enfermedades congénitas adquiridas del SNC. Distonía, paratonía, inestabilidad psicomotora vera. Inhibición, bloqueo, negativismo, oposición.	Lectura: Deficiente interpretación. Escritura: Disgrafía, disortografía. Disartrias.	Tónico del cuello, sedestación, bipedestación. Marcha. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Hipoacusia	—	Coordinación general. Control postural.

Comentario: las consecuencias diagnósticas que se deducen de la Ecuación de Regresión Reducida son las siguientes:

Las dislexias asociadas a dispraxias para menores de 7 años se caracterizan por:

— Poseer un nivel lector que determina insuficiente comprensión acompañado de disortografía y disgrafía, dependiente esta última del propio síndrome dispráxico, así como disartrias que tienen la misma patogenia.

— En la etiología hay que considerar la po-

sibilidad de un parto distócico o la existencia de enfermedades congénitas o adquiridas del sistema nervioso; como síntomas característicos cabe destacar la paratonía, generalizada, y la inestabilidad psicomotriz, por debilidad motórica; desde el punto de vista emocional se observan inhibición y bloqueo en un gran número de casos.

Frecuentemente nos encontramos con retrasos en el desarrollo psicomotor del individuo.

CUADRO XXVII

Regresión múltiple. Grupo: hasta 7 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Embarazo patológico	Lectura: sin alteraciones específicas; vacilante, omisiones. Discalculia.	—
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto. Parto prematuro.	Lectura: Ausencia; silábica, omisiones, inversiones, deficiente interpretación, rotaciones.	—
TCE; enfermedades del SNC. Otra patología del RN, que afecta el SNC.	Escritura: Distorsiones, adiciones, contaminaciones; distorgrafía.	
EEG: Inmadurez; inestabilidad psicomotora vera.	Disfemias.	
Colaboración en la exploración.	Absentismo escolar.	
<i>Relación positiva</i>		
Parto distócico, anoxia RN, convulsiones RN, convulsiones posteriores, enfermedades congénitas del SNC y también adquiridas.	Lectura: subsilábica, disritmia, incomprensión absoluta, adiciones, incomprensión absoluta.	Sonrisa, gateo, marcha. Control postural, equilibrio dinámico, esquema corporal, estructuración temporal, coordinación general, estructuración espacial.
EEG: Disfunción, patológico específico, lesión focal.	Escritura: Disociaciones, omisiones, inversiones, confusiones; disgrafía.	Lenguaje.
Paresia, sincinesias, adiadococinesias.	Cálculo: Ausencia concepto n.º; patología operaciones básicas; patología problemas por dislexia y por incapacidad analítico-sintética.	Tónico del cuello y sedestación.
Negativismo, oposición.	Disartrias.	
Hipoacusia, patología visual.	Lateralidad: mano izquierda.	
<i>Restan valor predicción</i>		
Colaboración exploración. Hipocausia. Patología visión.	Lectura: Subsilábica; confusiones.	Sonrisa, gateo, tónico del cuello.
Convulsiones; EEG: Inmadurez y patología específica.	Escritura: Confusiones y distorgrafía.	
Sincinesias.	Cálculo: Patología problemas por dislexia o por dificultad analítico-sintética.	

En la sintomatología médica, con las 26 variables introducidas en la ecuación se obtiene una correlación múltiple de 0,69705, siendo la varianza explicada del 48,58 %.

En la sintomatología pedagógica, el peso de

las variables es inferior a las estudiadas en el punto anterior; se alcanza una correlación de 0,49815, explicándose el 24,81 %.

El grupo correspondiente al estudio de la evolución psicomotora y balance psicomotor

de los individuos estudiados, alcanza una explicación del 29,37 %, con una correlación de 0,54019, cifras muy altas comparadas con las habitualmente conseguidas en otros criterios,

excepto con las dislexias asociadas a dispraxias.

Seguidamente se expone la Ecuación Reducida.

CUADRO XXVIII

Ecuación de regresión reducida. Grupo menores de 7 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto. Inestabilidad vera. Colaboración en la exploración.	Lectura: Rotaciones. Confusiones. Disfemias. Lateralidad: Dirección mirada izquierda.	—
<i>Relación positiva</i>		
Parto distócico, enfermedades congénitas y adquiridas del SNC. EEG: Lesión focal. Paresias, distonía. Colaboración, inhibición bloqueo, oposición. Hipoacusia. Patología visual.	Lectura: Subsilábica; Incomprensión absoluta. Escritura: omisiones, disociaciones, Dislalias. Cálculo: Ausencia concepto n.º Lateralidad: brazo izquierdo.	Tónico del cuello, sedestación, gateo, bipedestación, marcha. Estructuración espacial, temporal, esquema corporal. Equilibrio dinámico y control postural.

Comentario: inicialmente destacar que la dislexia en niños menores de 7 años, secundaria a patología neurológica, debe siempre incluirse entre las denominadas dislexias III, ya que en muy pocos casos se alcanza la lectura comprensiva.

El criterio se apoya en una etiología evidentemente responsable de lesiones del SNC, que según la localización topográfica justificará, junto a las secuelas neuromotoras que puedan existir, la patología del lenguaje, y probablemente, del aparato sensorial, fundamentalmente la visión y la audición.

— La sintomatología pedagógica se caracterizará, como acabamos de indicar por la ausencia de lectura, que en todo caso podrá

llegar a ser subsilábica, observándose en la escritura omisiones y disociaciones.

— La discalculia es frecuente, formando parte del probable síndrome de Lesión Cerebral.

— Lateralidad izquierda del miembro superior.

— En el balance psicomotor las alteraciones de la estructuración espacio-temporal, equilibrio dinámico, esquema corporal y control postural son prácticamente, constantes en todos los individuos afectados.

Hay un evidente retraso en el desarrollo psicomotor, en lo que se refiere a la adquisición de los hábitos posturales en las edades estándar.

3. Regresión múltiple sobre los sujetos de 8 a 10 años

CUADRO XXIX

Regresión múltiple. Grupo: Edades entre 8-10 años; Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
TCE. Otra patología del RN.	Lectura: Sin alteraciones específicas; subsilábica. Escritura: Confusiones. Discalculia: Ausencia operaciones básicas; patología problemas por dif. analítica. Lateralidad: brazo izquierdo.	Reflejo tónico del cuello.
<i>Relación negativa</i>		
Embarazo patológico, amenaza de aborto; anoxia RN. Patología SNC del RN. EEG: Disfunción. Sincinesias, distonía, paresias. Negativismo, oposición inhibición, bloqueo. Hipoacusia. Patología visual.	Lectura: Ausencia, silábica. Incomprensión absoluta; inversiones, confusiones, omisiones, adiciones, rotaciones. Escritura: Inversiones, omisiones, distorsiones; disgrafia; disortografía. Discalculia: Ausencia concepto. Patología problemas por dislexia. Disartrias, disfemias. Absentismo.	Sonrisa, sedestación, gateo, bipedestación, marcha. Lenguaje. Equilibrio dinámico, esquema corporal, estructuración temporal. Coordinación general.
<i>Relación positiva</i>		
Enf. congénitas y adquiridas del SNC. EEG: Inmadurez. Adiadocinesias. Inestabilidad psicomotora vera. Inestabilidad emocional. Colaboración: negativismo, oposición.	Lectura: Vacilante, disritmia. Deficiente interpretación. Escritura: adiciones, contaminaciones, disociaciones. Lateralidad: Dirección mirada izquierda.	Control postural. Estructuración espacial.
<i>Restan Valor predicción</i>		
Amenaza de aborto. Parto distóxico; enfermedades del SNC. EEG: Lesión focal, patología específica.	Lectura: Ausencia, vacilante inversiones. Escritura: Disociaciones. Absentismo escolar.	Estructuración espacial sedestación y marcha.

Con las 24 variables introducidas en la Ecuación de Regresión múltiple se obtiene una correlación de 0,50519, suponiendo una explicación de la Varianza del 25,52 %.

En la sintomatología pedagógica se han utilizado 32 variables, alcanzando una explica-

ción de la Varianza del 45,90 %, lo que supone una correlación múltiple de 0,67751.

En el estudio del balance psicomotor y desarrollo evolutivo psicomotor, la explicación alcanza tan sólo el 18,38 %, con una correlación de 0,40396.

CUADRO XXX

Ecuación de regresión reducida. Grupo entre 8-10 años. Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Parto prematuro, anoxia. Enfermedades del SNC. Convulsiones RN, parestias, sin- cinesias. Patología visual.	Lectura: Silábica, omisiones in- comprensión absoluta. Escritura: Disortografía. Discalculia	Sonrisa, bipedestación, Lenguaje. Equilibrio dinámico.
<i>Relación positiva</i>		
EEG: Inmadurez. Enfermedades congénitas del SNC. Adiadococinesia. Colaboración en la exploración.	Lectura: Interpretación defi- ciente. Escritura: Contaminaciones, di- sociaciones. Lateralidad: dirección mirada izquierda.	Control postural. Estructuración espacial.
<i>Restan valor predicción</i>		
—	Escritura: disociaciones.	Estructuración espacial.

Comentario: el mayor peso en la predicción del criterio Dislexia I estriba en la sintomatología pedagógica: nivel lector vacilante o normal sin patología específica, aunque las inversiones, confusiones y omisiones son muy frecuentes; patología de la escritura: disortografía, omisiones e inversiones; dificultades en cálculo por insuficiente comprensión lectora; patología del lenguaje en menos ocasiones; predominio lateral izquierdo en la dirección de la mirada.

Desde el punto de vista médico pueden encontrarse dentro de los factores etiológicos enfermedades del SNC. Entre la sintomatología destacan las adiadococinesias, inestabilidad psicomotora vera y reactiva. En el EEG el re-

gistro es característico de inmadurez neurobiológica, generalmente más por lentificación de la frecuencia que por variaciones morfológicas del voltaje.

En el balance psicomotor el control postural y la estructuración espacial son normales o se sitúan en edades muy próximas a la cronológica del sujeto.

Cualquier otra patología del SNC, las convulsiones EEG patológicas, alteraciones sensoriales, incremento de la gravedad de la sintomatología pedagógica y las limitaciones en el desarrollo psicomotor, con afectación grave del lenguaje en su desarrollo, y del equilibrio dinámico, indican la inexistencia de este grado de dislexia.

CUADRO XXXI
Regresión múltiple. Grupo: edades entre 8-10 años. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
TCE.	Lectura sin patología específica. Escritura: Contaminaciones, disortografía. Discalculia.	Equilibrio dinámico.
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto. Anoxia, enfermedades del SNC, otra patología que afecte al SNC; enf. congénitas y adquiridas. Convulsiones RN. EEG: Lesión focal, disfunción, patología específica. Adiadococinesia. Negativismo, oposición, inhibición, bloqueo. Hipoacusia; patología visual.	Lectura: Subsilábica, silábica, vacilante; incomprensión absoluta: inversiones, omisiones, confusiones, adiciones, rotaciones. Escritura: Adiciones, inversiones, confusiones, distorsiones, omisiones. Disartrias. Discalculia: Ausencia concepto n.º; patología problemas por dislexia y por dificultad analíticosintética. Absentismo escolar.	Esquema corporal, coordinación general, estructuración espacial temporal y control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro, parto distócico. Distonía, paratonía, inestabilidad vera y reactiva paresias, sincinesias. EEG: Inmadurez.	Lectura: Ausencia, disritmia; deficiente interpretación. Escritura: Disociaciones, disgrafía. Cálculo: no operaciones básicas. Dislalias, disfemias. Lateralidad: brazo izquierdo.	Tónico del cuello, sonrisa, sedestación gateo, marcha, lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Colaboración en la exploración. Inestabilidad reactiva y vera. EEG: Inmadurez, disfunción y lesión focal.	Lectura: Ausencia silábica, disritmia, incomprensión absoluta, rotaciones. Escritura: Inversiones, omisiones. Dislalia.	Marcha, sedestación. Control postural. Estructuración espacial y temporal.

Con la inclusión de 25 variables, en la Ecuación de Regresión de sintomatología médica se obtiene una correlación múltiple de 0,4314 lo que supone una Varianza de Explicación del 18 %.

En la sintomatología pedagógica se han incluido 29 variables presentando más de los dos tercios de las mismas una correlación negativa con el criterio, por lo que la predicción

diagnóstico deberá establecerse, preferentemente, teniendo en cuenta la relación inversa de las mismas con el criterio. Se logra una explicación de la Varianza del 42,27 %, suponiendo una correlación de 0,65017.

En el balance psicomotor obtenemos una correlación del 24,85 %, equivalente a una correlación de 0,49847, siendo más interesantes las variables correlacionadas negativamente.

CUADRO XXXII

Ecuación de regresión reducida. Grupo entre 8-10 años. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Síntomas médicos</i>		
Amenaza de aborto, enfermedades del SNC, congénitas, convulsiones del RN. EEG: patología específica. Adiadococinesia. Inhibición, bloqueo. Colaboración.	Lectura: subsilábica, inversiones, omisiones. Escritura: Adiciones, inversiones, confusiones, disgrafia. Disfemias. Cálculo: Ausencia del concepto n.º; patología problemas por dislexia y por dificultad analítico-sintética.	—
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Convulsiones tardías. Sincinesias, inestabilidad.	Ausencia de lectura. Disfemia. Disgrafia. Cálculo: No operaciones básicas.	Tónico cuello, sonrisa bipedestación, marcha. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Colaboración en la exploración.	—	Marcha.

Comentario: Como anteriormente hemos dicho el extraordinario predominio de la sintomatología correlacionada negativamente aconseja la predicción diagnóstica de Dislexia II, efectuando el análisis en relación inversa. Así tenemos que la probabilidad de Dislexia II, en niños comprendidos entre 8 y 10 años se tiene cuando se observa cualquier nivel lector (lectura subsilábica, silábica y vacilante), con una comprensión limitada, con sintomatología específica diversa, también manifiesta en la escritura, sin discalculia, excepto en los casos que ésta se refiera a la realización de problemas, por falta de comprensión del enunciado, y sobre todo con asistencia regular a clase; es probable el predominio de lateralidad izquierda del miembro superior.

Desde el punto de vista etiológico no existe

relación alguna con patología perinatal, ni con alteraciones que puedan afectar directa o indirectamente al SNC, por lo que posiblemente no existan alteraciones EEG más allá de una disfunción o inmadurez subcortical; sintomáticamente predominará la distonía y la inestabilidad (por inmadurez) reactiva, emocional; puede haber alteraciones evolutivas del lenguaje, predominantemente dislalias, nunca disartrias, y ocasionalmente disfemias.

En el balance psicomotor no se encontrarán importantes alteraciones del esquema corporal, de la coordinación y de la estructuración espaciotemporal, aunque en el desarrollo evolutivo haya habido manifestaciones de retraso madurativo en las actitudes posturales correspondientes a cada edad.

CUADRO XXXIII
Regresión múltiple. Grupo entre 8-10 años edad. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Embarazo patológico. TCE. Inestabilidad psicomotora vera, inhibición, bloqueo sincinesias, adiadococinesia.	Lectura: Sin errores específicos; deficiente interpretación. Escritura: Contaminaciones. Dislalias. Patología problemas por dificultad analítica.	—
<i>Relación negativa</i>		
Parto prematuro; enfermedades congénitas del SNC; otra patología que afecte al SNC del RN. Colaboración en la exploración. EEG: Inmadurez.	Lectura: vacilante, disritmia. Escritura: Disociaciones, adiciones, disortografía. Lateralidad: brazo y dirección mirada izquierda.	Coordinación general. Esquema corporal. Control postural. Estructuración temporal y espacial.
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto, parto distócico; Anoxia. Enfermedades del SNC. Convulsiones RN y tardías. EEG: Lesión focal, disfunción. Paresias, distonía, paratonía. Hipoacusia, alteración visual.	Lectura: Ausencia, subsilábica, silábica; incomprensión absoluta; adiciones, inversiones, confusiones, omisiones, rotaciones. Escritura: Distorsiones, confusiones, omisiones. Disfemias. Cálculo: Ausencia concepto n.º; no operaciones básicas patología problemas por dificultad analítico-sitética.	Tónico del cuello. Gateo, sonrisa, bipedestación sedestación, marcha. Lenguaje. Equilibrio dinámico.
Restan valor predicción EEG: lesión focal. Parto distócico. Convulsiones.	Lectura: Ausencia, silábica, inversiones, confusiones, rotaciones. Escritura: Disociaciones, adiciones. Discalculia. Absentismo escolar.	Gateo, sonrisa, estructuración temporal y reflejo tónico del cuello.

La correlación múltiple de la sintomatología médica con el criterio es de 0,50598, lo que supone una explicación del 25,60 %.

La sintomatología pedagógica alcanza una correlación muy elevada, logrando una Varianza Explicada de 63,35 %, correspondién-

dole una correlación de 0,76421.

La sintomatología correspondiente al Balance Psicomotor, logra una correlación con el criterio del 0,44337, con una explicación del orden del 19,69 %.

CUADRO XXXIV

Ecuación de regresión reducida. Grupo edades 8-10 años. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Inmadurez. Enfermedades congénitas del SNC. Colaboración. Inestabilidad emocional.	—	Lenguaje.
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto; convulsiones RN; enfermedades del SNC; EEG: Lesión focal, patología específica. Distonía, paratonía. Patología visual.	Lectura: Subsilábica; comprensión absoluta; adiciones. Cálculo: Ausencia concepto n.º; no operaciones básicas; patología problemas por dislexia; discalculia.	Marcha. Equilibrio dinámico. Coordinación general.
<i>Restan valor predicción</i>		
EEG: Lesión focal.	—	—

Comentario: la predicción del criterio de Dislexia III en sujetos con edades comprendidas entre 8 y 10 años, escolarizados, se establece sobre las siguientes bases:

Etiológicamente relacionada con amenaza de aborto, convulsiones del RN y enfermedades del SN, no observándose lesiones focales, pero sí en muchas ocasiones, patología específica (comicialidad). Sintomatológicamente, desde el punto de vista neurológico, presentan distonía generalizada, y, en ocasiones, trastornos visuales.

Pedagógicamente puede obtenerse la siguiente sintomatología: ausencia de lectura o subsilábica, niveles superiores son difíciles de conseguir aunque no es imposible; patología

específica múltiple, siendo más frecuentes las adiciones; en la escritura distorsiones y omisiones.

En el lenguaje hablado son frecuentes las disfemias.

Cuando aparecen alteraciones del cálculo hay que pensar que la dislexia será de tipo secundario, generalmente debida a una debilidad mental.

En el balance psicomotor destacan las puntuaciones deficientes en coordinación general, esquema corporal, control postural y estructuración espaciotemporal; en el desarrollo psicomotor del niño se observan retrasos en la adquisición del lenguaje y de las actitudes posturales acordes a su edad cronológica.

CUADRO XXXV
Regresión múltiple. Grupo edades 8-10 años. Criterio: Dislexia-Debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		—
TCE. Adiadococinesia.	Lectura sin patología específica. Escritura: inversiones, omisiones.	
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Lesión focal. Convulsiones. Sincinesias, inestabilidad vera y reactiva. Negativismo, oposición.	Lectura: Silábica, vacilante, omisiones, confusiones, disritmia, deficiente interpretación. Escritura: Contaminaciones distorsiones, adiciones, disortografía, disgrafía. Disfemia. Cálculo: Patología problemas por dislexia y por dificultad analítica. Lateralidad: Brazo y dirección mirada izquierdos.	Esquema corporal, estructuración espaciotemporal. Coordinación general.
<i>Relación positiva</i>		
Lectura: Ausencia o subsilábica; inversiones, rotaciones, adiciones. Escritura: Disociaciones. Dislalias, disartrias. Cálculo: Ausencia concepto n.º, no operaciones básicas.	Embarazo patológico, amenaza de aborto, parto prematuro, distocia, anoxia del RN. Enfermedades del SNC, congénitas y adquiridas. EEG: Inmadurez, disfunción. Convulsiones RN. Paresias, distonía, inhibición, bloqueo. Hipoacusia. Patología visión.	Sonrisa gateo, sedestación, bipedestación, marcha. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Anoxia RN. Convulsiones de todo tipo. EEG: Disfunción. Colaboración en la exploración. Inestabilidad psicomotora vera. Hipoacusia.	Lectura: Incomprensión absoluta; omisiones y adiciones. Escritura: Adiciones. Patología problemas por dificultad analítica. Dirección mirada izquierda. Absentismo escolar.	Estructuración espacial. Marcha, sedestación.

Han sido 24 los síntomas médicos incluidos en la Ecuación de Regresión, obteniéndose una correlación múltiple de 0,54745, equivalente al 27,82 % de Varianza explicada.

En la sintomatología pedagógica la corre-

lación múltiple ha sido de 0,68717, lo que supone una explicación del 47,22 %.

En el balance psicomotor la explicación ha sido del 21,02 %, con una correlación de 0,45849.

CUADRO XXXVI

Ecuación de regresión reducida. Grupo de 8-10 años edad. Criterio: Dislexia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Lesión focal. Sincinesias.	Lectura: confusiones, deficiente interpretación. Escritura: Contaminaciones, distorsiones. Disfemias.	Equilibrio dinámico, estructuración espacial y temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro, anoxia RN. Enfermedades congénitas del SNC; otra patología que afecte al SNC del RN. EEG: Patología específica. Inhibición, bloqueo. Hipoacusia. Patología de la visión.	Lectura: Subsílábica, inversiones. Escritura: Disociaciones. Dislalias. Discalculia.	Sonrisa.
<i>Restan valor predicción</i>		
Anoxia RN Hipoacusia.	—	Estructuración espacial.

Comentario: Tanto en la Ecuación General de Regresión como en la Reducida, la Predicción del criterio Dislexia secundaria a Debilidad Mental en sujetos comprendidos entre 8 y 10 años, es difícil apoyándonos exclusivamente en los tres grandes grupos sintomáticos estudiados, debido al escaso peso de cada uno de ellos considerados aisladamente. Será necesario el apoyo psicológico, al que más adelante nos referiremos, así como los criterios de adaptación socio-laboral, para llegar a un diagnóstico diferencial correcto.

De todos modos, para establecer el diagnóstico habrá que considerar los siguientes aspectos:

En cuanto a la etiología habrá que buscar antecedentes con una correcta anamnesis acerca del embarazo, parto y período neonatal dónde pueden encontrarse signos que presuman sufrimiento fetal o del RN, aunque sin observarse secuelas neurológicas evidentes; en todo caso el EEG será poco útil aunque más

adelante puedan aparecer alteraciones de carácter epiléptico, aún sin evidencia clínica; es éste un hecho bastante frecuente. La sintomatología será variada, siendo más frecuentes las alteraciones consistentes en distonía generalizada y bloqueo emocional; las alteraciones sensoriales y la inestabilidad residual refuerzan y aumentan el valor de la predicción.

La sintomatología pedagógica también es un tanto confusa: síntomas con correlación positiva y negativa aparecen simultáneamente como contradictorios y se debe a que, en estas edades, se llega a establecer en muchos casos un proceso lector suficiente, mientras que en otros persisten alteraciones en vías de corrección, o de recuperación; por este motivo observaremos escolares con ausencia lectora o con una lectura suficiente, en unos casos con limitaciones de la comprensión y en otros con comprensión suficiente o nula; nuestra apreciación personal, basada en la experiencia clínica, es que de los 9 años en ade-

lante, si el proceso de recuperación se ha iniciado después de un diagnóstico correcto precoz alrededor de los siete años o antes, habrá una lectura silábico-vacilante, con omisiones e inversiones y como patología más frecuente en la escritura las disociaciones ocuparán el lugar de preferencia. En la patología del cálculo la ausencia del concepto del número y la dificultad en la adquisición de las operaciones básicas marcarán el criterio.

El Balance Psicomotor se caracterizará fundamentalmente por una estructuración espacial deficiente, hasta el extremo que en caso contrario llega a ser, en ocasiones, suficiente para descartar el diagnóstico. Las adquisiciones posturales tardías y una logocronopatía son habituales, persistiendo en el último caso, dislalias en el momento de efectuar la anamnesis.

CUADRO XXXVII

Regresión múltiple. Grupo edades 8-10 años. Criterio: Dislexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
TCE. Paresias.	Lectura sin errores específicos. Disgrafía.	—
<i>Relación negativa</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro. Enfermedades congénitas del SNC; otra patología del RN que afecte SNC. Adiadococinesia. Colaboración en la exploración. Patología visual.	Lectura: Ausencia, subsilábica; incomprensión absoluta; disritmia. Escritura: Inversiones, Dislalia, disfemia, disartrias. Cálculo: Ausencia concepto n.º y de operaciones básicas. Dirección mirada izquierda. Absentismo.	Esquema corporal. Equilibrio dinámico. Coordinación general. Estructuración espacial, temporal y control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto; parto distócico, anoxia RN, convulsiones RN y posteriores. EEG: Inmadurez, disfunción patológica específica y lesión focal. Inestabilidad psicomotora vera y emocional. Distonía, paratonía, sincinesias. Inhibición, bloqueo.	Lectura: Vacilante, silábica, rotaciones, confusiones, inversiones, omisiones, adiciones; deficiente interpretación. Escritura: Distorsiones, adiciones, contaminaciones, disociaciones, confusiones, omisiones. Cálculo: Discalculia, patología problemas por dificultad analítico-sintética y por dislexia. Lateralidad: brazo izquierdo.	Tónico del cuello, sonrisa, bipedestación, marcha y lenguaje.

(continúa)

CUADRO XXXVII

Regresión múltiple. Grupo edades 8-10 años. Criterio: Dislexia-Dispraxia (continuación)

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Restan valor predicción</i>		
Anoxia RN; convulsiones RN; enfermedades del SNC. Colaboración, negativismo. EEG: patología específica.	Lectura: Ausencia, subsilábica, deficiente interpretación, inversiones, adiciones. Escritura: Adiciones, contaminaciones. Patología problemas por dificultad analítica.	Gateo, lenguaje. Control postural. Coordinación general. Estructuración espacial.

La Varianza Explicada por los síntomas médicos es del 23,42 % suponiendo una correlación múltiple de 0,46676.

La correlación múltiple obtenida por la sintomatología pedagógica es 0,55354, lo que supone una explicación del 30,64 %.

En el Balance Psicomotor, lógicamente, dado el criterio estudiado se obtiene la máxima correlación que alcanza el 35,21 % de explicación de la varianza, con una correlación total de 0,59339.

CUADRO XXXVIII

Ecuación de regresión reducida. Grupo de 8-10 años. Criterio: Dislexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro; enfermedades congénitas del SNC; otra patología que afecte al SNC. Adiadocinesia. Patología visual.	Cálculo: ausencia operaciones básicas. Lateralidad: dirección mirada izquierda.	Equilibrio dinámico. Estructuración espacial.
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto, enfermedades congénitas del SNC; convulsiones posteriores. EEG: Disfunción, inmadurez. Sincinesias, distonía, paratonía. Inestabilidad psicomotora.	Lectura: vacilante, silábica; rotaciones, confusiones, inversiones. Escritura: Distorsiones, disortografía. Cálculo: No operaciones básicas; patología problemas por dislexia.	Reflejo tónico del cuello. Sonrisa.
<i>Restan valor predicción</i>		
	Escritura: distorsiones.	Estructuración espacial.

Comentario: el diagnóstico de dislexia asociada a una dispraxia puede establecerse, para niños comprendidos entre 8 y 10 años de edad, con grandes posibilidades de éxito, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Desde el punto de vista etiológico, la existencia de alteraciones durante el embarazo, con amenaza de aborto, y parto distócico; EEG caracterizado por alteraciones funcionales o inmadurez es un factor indicativo estableciendo una disminución del valor diagnóstico la existencia de convulsiones y de cualquier patología neuromotora residual, siempre que se cumplan los aspectos sintomáticos relativos a los tres grupos considerados; la sintomatología médica se caracterizará por sincinesias, distonía generalizada e inestabilidad psicomotora.

Pedagógicamente destacan: lectura vacilante, en todo caso silábica, nunca debe haber ausencia lectora o nivel subsilábico, siendo más frecuentes las alteraciones específicas del tipo de las rotaciones, inversiones y confusiones; en escritura se observan adiciones, contaminaciones, confusiones y omisiones. La patología del cálculo es frecuente encontrarla, siendo lo más notable la dificultad en la solución de problemas, bien por insuficiente estructuración analítico-sintética, como por de-

ficiente interpretación del texto, pero consideramos que la mayor dificultad estriba en la deficiencia de la capacidad analítica del enunciado.

No son excesivamente frecuentes los trastornos de la articulación y ritmo de la palabra, pudiendo considerarse como indicativos de diagnóstico distinto en el caso de presentarse en número e intensidad excesivos.

El balance psicomotor correctamente efectuado puede ser muy significativo; ya indicamos anteriormente que presentaba la correlación más elevada de los tres grupos sintomáticos. Son precisamente las variables de correlación negativa la que nos facilitarán la sintomatología, siempre que sus puntuaciones sitúen la curva del perfil por debajo de la edad cronológica del sujeto en esquema corporal, equilibrio dinámico, control postural, estructuración espacial y temporal.

En cuanto al desarrollo psicomotor pueden observarse retrasos poco marcados en las actitudes posturales, no siendo así en la adquisición de lograr una buena capacidad gestual (movimientos finos y coordinados, perfectamente sincronizados).

La lateralidad no está bien definida hasta después de superados los 8 o 9 años, siendo indistintamente diestros o zurdos.

CUADRO XXXIX

Regresión múltiple. Grupo entre 8-10 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica.

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Parto distócico, distonía. TCE.	Lectura: Ausencia de patología específica, inversiones, adiciones, rotaciones. Escritura: Omisiones.	Marcha.
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto; otra patología que afecte al SNC del RN.	Lectura: Ausencia, vacilante, disritmia, deficiente interpretación.	Esquema corporal. Coordinación general.
Inestabilidad emocional.	Escritura: Disociaciones.	Equilibrio dinámico.
Patología visual.	Lateralidad: Mirada dirección izquierda.	Estructuración espacial.
Colaboración.	Absentismo.	

(continúa)

CUADRO XXXIX

(continuación)

Regresión múltiple. Grupo entre 8-10 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica.

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico; parto prematuro, anoxia RN. Convulsiones RN; Convulsiones posteriores. EEG: Lesión focal, patología específica, disfunción inmadurez. Enfermedades congénitas y adquiridas del SNC. Sincinesias, paresias. Inestabilidad vera, inhibición, bloqueo, adiodocinesia. Hipoacusia.	Lectura: Subsilábica, silábica. Incomprensión absoluta; confusiones y omisiones. Escritura: Inversiones, confusiones, adiciones, distorsiones, contaminaciones. Dislalias, disartrias, disfemias. Cálculo: Ausencia de n.º; no operaciones básicas; patología problemas por dificultad analítico-sintética y por la propia dislexia. Lateralidad: brazo izquierdo.	Tónico del cuello. Sonrisa, sedestación gateo, bipedestación. Control postural. Estructuración temporal. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Sincinesias. Inestabilidad psicomotora.	Lectura: Disritmia, incomprensión absoluta, deficiente interpretación; omisiones. Escritura: Confusiones. Patología problemas por dificultad analítica.	Gateo, bipedestación. Estructuración temporal.

La correlación lograda por la sintomatología médica con el criterio establecido, es de las más altas encontradas en este trabajo 0,74212, correspondiéndole una explicación de la varianza del 55 %.

La sintomatología pedagógica obtiene una

Varianza Explicada de 30,06 %; correspondiéndole un correlación de 0,52015.

La Varianza Total explicada con la sintomatología psicomotora es del 20,34 %, lo que supone una correlación de 0,45105.

CUADRO XL

Ecuación regresión reducida. Grupo edad 8-10 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Colaboración. Amenaza de aborto.	Lectura: Vacilante; deficiente interpretación. Lateralidad: Brazo izquierdo.	Esquema corporal. Coordinación general.

(continúa)

CUADRO XL

Ecuación regresión reducida. Grupo edad 8-10 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro, anoxia RN; Enfermedades congénitas y adquiridas del SNC. Convulsiones RN. EEG: Lesión focal. Adiadococinesia.	Lectura: Silábica; incompre- sión absoluta. Escritura: Adiciones, disociacio- nes, contaminaciones, disgra- fia. Discalculia. Lateralidad: brazo y dirección mirada izquierdos.	Tónico del cuello. Estructuración temporal. Control postural.
<i>Restan valor predicción</i>	Lectura: Deficiente interpreta- ción e incomprensión absolu- ta.	

Comentario: El diagnóstico de dislexia secundaria a un trastorno neurológico infantil viene perfectamente definido por la etiología y la sintomatología médica derivada del mismo, más que por la sintomatología pedagógica, muy variable, polimorfa, en la que caben un sinnúmero de posibilidades, afectando tanto a la lectura, como a la escritura, lenguaje hablado y cálculo. La localización de las lesiones en la corteza cerebral determinará la patología dominante, no siendo este el momento de la descripción sintomatológica, según la topografía de la zona.

De esta forma pueden perfectamente ser comprensibles los contradictorios datos obtenidos en la sintomatología pedagógica, tanto en las variables con relación positiva, como en los contrarios. En lectura pueden observarse todos los niveles lectores, así como prácticamente todas las posibilidades de defectos específicos; lo mismo cabe decir para la escritura y el lenguaje hablado, donde las disartrias y disfonemias prevalecerán sobre los simples trastornos articulatorios, que de aparecer será en las primeras etapas del lenguaje, para posteriormente configurarse como dificultades de la articulación del lenguaje, de origen central (paresias de los órganos fonadores del aparato articular y de las cajas de re-

sonancia, faringe, boca y paladar).

La lateralidad merece una consideración especial por la posibilidad de falsas zurderías, motivadas por una compensación del lado derecho posiblemente afecto de una paresia muchas veces no observada por incorrecta exploración y que con una terapéutica rehabilitadora (quinesiterapia) podría adquirirse una mejor función, evitando así «refuerzos» del lado contrario en un intento de reeducación psico-pedagógica; lo mismo cabe decir para el lado derecho, pero este hecho es menos frecuente o al menos con una frecuencia aparentemente menor, quizá por no pensar en ello.

La sintomatología neurológica se apoya en el balance psicomotor donde, de la misma forma que ocurría en las dispraxias, hay una completa afectación de los componentes del mismo: esquema corporal, coordinación general, equilibrio dinámico y estructuración del espacio, además de la lentitud en la adquisición de las actitudes posturales propias del primer año de vida.

La patología sensorial puede presentarse, teniendo relación directa con la topografía de la lesión cortical que el EEG y las pruebas de exploración complementarias pueden aportar (TAC, gammagrafía, etc.), para los casos más importantes.

4. Regresión múltiple sobre los sujetos mayores de 11 años

CUADRO XLI
Regresión múltiple. Grupo: Edad más de 11 años. Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Convulsiones RN; otra patología RN que afecte SNC. TCE. Adiadococinesia.	Lectura: Ausencia; sin síntomas específicos. Escritura: Distorsiones. Absentismo escolar.	Coordinación general. Estructuración espacial.
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto; embarazo patológico, parto distócico, anoxia RN. Convulsiones tardías. EEG: Lesión focal, disfunción, inmadurez. Paresias, distonía, sincinesias, inhibición, bloqueo.	Lectura: Subsilábica, silábica, vacilante. Incomprensión lectora absoluta. Omisiones, inversiones, adiciones, confusiones. Escritura: Adiciones, omisiones, disociaciones, confusiones; disortografía. Dislalias, disartrias, disfemias. Cálculo: Ausencia concepto n.º; patología problemas por dislexia; no operaciones básicas.	Sonrisa.
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro; EEG con patología específica. Colaboración. Hipoacusia. Patología visual.	Lectura: Disritmia lectora, rotaciones. Deficiente interpretación. Escritura: Inversiones, disgrafia, contaminaciones. Lateralidad: brazo y dirección mirada izquierdos.	Gateo, sedestación, bipedestación, marcha. Esquema corporal. Estructuración temporal, equilibrio dinámico, control postural.
<i>Restan valor predicción</i>		
Parto prematuro; amenaza de aborto, parto distócico. Enfermedades del SNC; distonía; inhibición, bloqueo. Inestabilidad psicomotora.	Lectura: Silábica, vacilante, confusiones, deficiente interpretación. Escritura: Omisiones, disociaciones. Discalculia.	Tónico del cuello. Gateo bipedestación; lenguaje. Esquema corporal. Equilibrio dinámico. Control postural.

A partir de los 11 años de edad, en realidad no debiera hablarse de Dislexia, sino de secuelas disléxicas. El alumno ha sido parcialmente recuperado o ha sido capaz de evolucionar por sus propios medios hasta alcanzar una capacidad lectora, de comprensión varia-

ble para cada caso, pudiendo oscilar desde la incomprensión absoluta hasta la normalidad, dependiendo de los síntomas de interés personal y de la familia, circunstancias emocionales, etiología, nivel psicomotor, etc., y sistema de recuperación correctamente aplicado.

En la dislexia I los síntomas médicos obtienen una correlación de 0,59872, explicándose el 35,48 % de la varianza.

La sintomatología pedagógica aparece perfectamente definida, sobre todo por las variables con relación negativa, con una correla-

ción total de 0,78664, equivalente a una varianza aplicada del 61,87 %.

En el balance psicomotor la correlación múltiple es del 0,46065 explicándose el 21,22 % de la varianza.

CUADRO XLII

Ecuación de regresión reducida. Grupo edad más de 11 años. Criterio: Dislexia I

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Parto distócico. Anoxia RN, enfermedades congénitas SN. EEG: Lesión focal. Sincinesias, paresias.	Incomprensión lectora absoluta, omisiones. Escritura: Contaminaciones, inversiones. Disfemias. Cálculo: Ausencia concepto n.º; patología problemas por dislexia y por dificultad analítica.	Sonrisa.
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro. EEG: Patología específica. Patología visual.	Lectura: Rotaciones; deficiente interpretación. Escritura: contaminaciones, inversiones.	Sedestación, marcha. Esquema corporal. Estructuración temporal. Equilibrio binámico.
<i>Restan valor predicción</i>		
Parto prematuro. EEG: Patología específica.	—	—

Comentario: las secuelas de una dislexia I, cuya reeducación no ha sido satisfactoria por los motivos que fuere, o simplemente porque el sujeto ha llegado hasta esta edad por sus propios medios siendo explorado por vez primera para diagnosticar su patología escolar, que puede ser exclusivamente por dificultad en lectura-escritura-ortografía, o por un fracaso escolar global, se establecerán teniendo en cuenta los siguientes aspectos medicopedagógicos:

— La lectura será disrítica, pocas veces se presentará con niveles inferiores a la lectura vacilante (unas 60 palabras por minuto), con un nivel de comprensión normal o ligeramente deficiente, obteniendo la idea funda-

mental del texto, pero asociando incorrectamente el resto del contenido para darle una coherencia total; en la escritura las contaminaciones, inversiones, a veces con disgrafía, son casi constantes; no existirá patología del cálculo, excepto en la solución de problemas por insuficiente comprensión del enunciado.

— En la etiología no se encuentran causas que justifiquen el trastorno, en ocasiones observaremos casos de prematuros pero su valor es muy bajo para explicar por sí mismo la patología escolar; no tienen por qué presentarse, a esta edad, sincinesias, ni alteraciones distónicas, ya que el proceso madurativo psicomotor ya se ha completado, y de existir habría que atribuir las a problemas emociona-

les, relacionados o no con el trastorno.

— No suelen darse alteraciones importantes en el balance psicomotor, aunque en edades anteriores podría haberse observado un perfil disminuido con respecto a su edad real.

En definitiva el criterio que nos ocupa es fácilmente diagnosticable, siendo sus posibilidades de recuperación completa muy altas, utilizando exclusivamente procedimientos pedagógicos.

CUADRO XLIII

Regresión múltiple. Grupo pacientes más de 11 años. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
TCE. Otra patología SNC. Paresia; adiadococinesia.	Lectura: Sin alteraciones específicas. Absentismo.	—
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Disfunción. Hipoacusia. Colaboración.	Lectura: Ausencia, subsilábica, silábica, disritmia, incompreensión absoluta, rotaciones. Escritura: Distorsiones, omisiones, disgrafía. Disartrias, disfemias. Cálculo: No operaciones básicas. Lateralidad: Dirección mirada izquierda.	Sedestación bipedestación, marcha. Equilibrio dinámico, estructuración espacial y temporal. Esquema corporal. Coordinación general. Control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, amenaza de aborto, parto prematuro, distocia; anoxia RN, convulsiones RN; convulsiones posteriores; enfermedades del SNC congénitas y adquiridas. EEG: Inmadurez, lesión focal, patología específica. Sincinesias, inhibición, bloqueo, inestabilidad psicomotriz, distonía.	Lectura: Deficiente interpretación; inversiones, omisiones, adiciones. Escritura: Adiciones, disociaciones, contaminaciones, confusiones, inversiones, disortografía. Dislalias. Cálculo: Discalculia; Ausencia del concepto n.º; dificultad problemas por dislexia y por dificultad analítica.	Reflejo tónico cuello. Sonrisa, gáteo. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		
Amenaza de aborto; distocia. EEG: Inmadurez, patología específica. Distonía, convulsiones posteriores, inhibición, bloqueo, negativismo. Hipoacusia.	Lectura: Subsílábica, confusiones. Escritura: Disociaciones, contaminaciones, disortografía, disgrafía. Discalculia.	Control postural. Equilibrio dinámico. Ref. tónico cuello.

— El porcentaje de Varianza Explicada en la relación del criterio con los síntomas es del orden del 73,54 %, correspondiéndole una correlación múltiple de 0,85758, para la sintomatología médica.

— Con los 22 síntomas incluidos en la regresión de carácter pedagógico se logra una

correlación múltiple de 0,70999, lo que supone una Varianza Explicada del 50,12 %.

— En el balance psicomotor se incluye una patología que alcanza el porcentaje de Varianza Explicada del 45,67 %, equivalente a una correlación de 0,67580.

CUADRO XLIV

Ecuación regresión reducida. Grupo más de 11 años. Criterio: Dislexia II

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
EEG: Disfunción. Colaboración.	Ausencia de lectura, incomprensión absoluta. Escritura: Distorsiones. Disfemias. Zurdera brazo.	Sedestación, marcha. Esquema corporal. Coordinación general. Control postural. Estructuración temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro, distocia. Anoxia RN. Convulsiones. EEG: Lesión focal, disfunción. Distonía, inestabilidad, sincinesias; inhibición, bloqueo, negativismo, oposición. Patología visual.	Lectura: Deficiente interpretación, inversiones, omisiones. Incomprensión absoluta. Escritura: Errores. Disgrafía: Patología solución problemas por dislexia.	Sonrisa. Lenguaje.
<i>Restan valor predicción</i>		

Comentario: la dislexia II en sujetos de más de 11 años de edad, se caracteriza por presentar una serie de secuelas, perfectamente definidas que llevan al sujeto a un verdadero fracaso escolar global. No sólo está afectada la capacidad de comprensión y desarrollo gráfico del lenguaje escrito, sino que sobre ella, además del déficit de información que ello supone, se asocian alteraciones importantes que afectan el cálculo, no en lo que se refiere a la capacidad operativa, que de existir podría considerarse la posibilidad de ser secundaria a una lesión cerebral en cuyo caso habría que

incluirla en el grupo correspondiente, sino a la dificultad para la realización de problemas aritméticos y geométricos, independientemente de su capacidad analítica.

En el aspecto pedagógico las inversiones, omisiones adiciones y confusiones lectoras, se producen también en la escritura, junto a contaminaciones y disortografía.

La sintomatología médica se caracteriza por la existencia de sincinesias, inestabilidad vera, distonía, inhibición, bloqueo y negativismo. La patología emocional reactiva es muy frecuente en estos escolares consecutiva a la

frustración y sentimiento de minusvalía derivados del fracaso escolar.

En cuanto a los factores etiológicos de causa orgánica, hay que valorar debidamente las circunstancias perinatales, siendo un factor a considerar la patología anóxica y la existencia de signos de inmadurez en el EEG, que todavía se mantienen en esta edad, observándose trazados con escasa actividad alfa, predominando la actividad theta a 7 c/s, a veces de aspecto sinusoidal con alteraciones variables del voltaje.

El balance psicomotor presenta escasas al-

teraciones importantes, si acaso pueden observarse limitaciones, si las hay, de estructuras temporo-espaciales y a veces de la coordinación general, pero son escasamente significativas. La valoración del perfil longitudinalmente, si ha habido un control del sujeto, se caracteriza por una progresiva aproximación a la edad cronológica siendo mayor la recuperación psicomotora que el rendimiento. Por lo general se trata de escolares incorrectamente reeducados o con un diagnóstico tardío que justifica su permanencia, todavía, en plena fase reeducativa.

CUADRO XLV

Regresión múltiple. Grupo de edad superior a 11 años. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
TCE. Otra patología del SNC. Adiadococinesia. Inhibición, bloqueo.	Lectura: Sin alteraciones específicas, inversiones.	—
<i>Relación negativa</i>		
Parto prematuro, distócico; convulsiones. EEG: Inmadurez, patología específica, lesión focal. Enfermedades congénitas y adquiridas del SNC. Inestabilidad psicomotora reactiva, negativismo, oposición.	Lectura: Ausencia, subsilábica, vacilante, deficiente interpretación. Disritmia. Escritura: Contaminaciones, distorsiones, disociaciones, disortografía; Disgrafía.	Control postural, coordinación general, estructuración espacial temporal y equilibrio dinámico.
<i>Relación positiva</i>		
Amenaza de aborto. Embarazo patológico. EEG: Disfunción. Distonía, paratonía, inestabilidad, sincinesias. Colaboración. Hipoacusia.	Lectura: Silábica, rotaciones, adiciones, omisiones, comprensión absoluta. Escritura: Inversiones, confusiones, adiciones, omisiones. Disfemias. Cálculo: Dificultades operativas y patología problemas por dislexia.	Tónico del cuello, gatco, sonrisa, sedestación, bipedestación, marcha. Lenguaje. Esquema corporal.
<i>Restan valor predicción</i>		
Embarazo patológico; enfermedades congénitas del SNC; Anoxia RN. Parto distócico. Inestabilidad psicomotora, parresias. Negativismo, oposición.	Lectura: Disritmia, rotaciones, confusiones. Escritura: Distorsiones, disociaciones, omisiones. Cálculo: Ausencia concepto n.º, patología de problemas por dislexia.	Tónico cuello, gateo, sedestación, estructuración espacial. Equilibrio dinámico.

La correlación múltiple de la sintomatología médica con el criterio es de 0,59501, lo que explica el 35,40 %.

La sintomatología pedagógica obtiene una correlación del 0,91834, suponiendo una Va-

rianza Explicada del 84,33 %.

Las 13 variables de la sintomatología psicomotora, obtienen una correlación de 0,60741, explicándose el 36,90 % de la Varianza Total.

CUADRO XLVI

Ecuación de regresión reducida. Grupo más de 11 años. Criterio: Dislexia III

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Convulsiones tardías.	Lectura: Vacilante.	Coordinación general.
EEG: Inmadurez, patología específica.	Escritura: Contaminaciones.	
Negativismo, oposición.		
Patología visual.		
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro.	Lectura: Adiciones, rotaciones.	Gateo, bipedestación.
Síncinesias. Inestabilidad psicomotriz, reactiva.	Incomprensión absoluta.	Lenguaje.
EEG: Disfunción.	Escritura: Contaminaciones, inversiones.	Esquema corporal.
Colaboración.	Disfemias.	Coordinación general.
	Cálculo: Ausencia del concepto n.º	
<i>Restan valor predicción</i>		
Inestabilidad emocional.	—	—
Negativismo, oposición.		

Comentario: la característica fundamental de la secuela disléxica en escolares mayores de 11 años es la presencia de lectura generalmente de nivel silábico o inferior, pero totalmente incomprensiva, no obteniendo información alguna del texto leído. La existencia de alteraciones específicas es variable y muy secundaria: en la escritura aparecerán, también al copiado, inversiones, confusiones y omisiones; la patología en el cálculo suele asociarse por la existencia de inexactitud operatoria, generalmente derivada de una deficiente estructuración espacio-temporal, y la dificultad en el planteamiento de problemas.

En el lenguaje hablado frecuente espasmodia, tanto de motivación emocional, como por la falta de estructuración rítmica.

En el balance psicomotor se obtienen niveles de control postural y estructuración espacial y temporal deficientes; el esquema corporal puede estar insuficientemente interiorizado, siendo la coordinación general y el equilibrio satisfactorios.

Entre la sintomatología médica se destacan alteraciones distónicas, sincinesias, inestabilidad emocional y disfunción electroencefalográfica; los factores etiológicos son escasamente significativos.

CUADRO XLVII

Regresión múltiple. Grupo: más de 11 años. Criterio: Dislexia-Debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
TCE. Enfermedades congénitas SNC; otra patología que afecte SNC. Distonía, paratonía, adiadocinesia.	Lectura: No patología específica. Disortografía. Absentismo escolar.	Control postural.
<i>Relación negativa</i>		
Amenaza de aborto. EEG: Disfunción. Sincinesias. Colaboración; Inestabilidad psicomotora. Hipoacusia.	Lectura: Subsílábica, silábica, vacilante; disritmia, insuficiente interpretación. Adiciones inversiones, rotaciones. Escritura: Contaminaciones, inversiones. Lateralidad: Brazo y dirección mirada izquierdos.	Gateo, sedestación, marcha. Lenguaje. Equilibrio dinámico, coordinación general, esquema corporal, estructuración temporal y espacial.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, parto prematuro, distocia, anoxia RN; convulsiones. Enfermedades del SNC. EEG: Patológico, focal. Paresias, inestabilidad psicomotora emocional, inhibición, bloqueo.	Lectura: Incomprensión absoluta, confusiones, omisiones. Escritura: Distorsiones. Nula. Adiciones, disociaciones confusiones, omisiones, disortografía, disgrafia. Dislalias, disfemias. Cálculo: Ausencia concepto n.º; patología problemas por dislexia y capac. analítica.	Reflejo tónico cuello, bipedestación, sonrisa.
<i>Restan valor predicción</i>		
Amenaza de aborto, parto prematuro, distócico. Sincinesias. EEG: Disfunción; patología específica. Colaboración.	Lectura: Subsílábica, incomprensión absoluta; adiciones, confusiones. Escritura: Distorsiones, dislalias, disfemias, disartrias. Cálculo: Patología problemas por dislexia.	Reflejo tónico cuello, bipedestación, sonrisa.

La varianza explicada para la sintomatología médica 68,14 % equivalente a una correlación múltiple de 0,82549.

La correlación alcanzada por la sintomatología pedagógica es del 0,85203, con una Va-

rianza Explicada del 72,59 %.

En el balance psicomotor la correlación es 0,58617, con una explicación de la Varianza de 34,63 %.

CUADRO XLVIII

Ecuación de regresión reducida. Grupo: más de 11 años: Criterio: Dislexia-Debilidad mental

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Colaboración en la exploración. Hipoacusia.	Lectura: Rotaciones. Escritura: Contaminaciones. Lateralidad: Dirección mirada izquierda.	Gateo, sedestación marcha. Coordinación general. Equilibrio dinámico.
<i>Relación positiva</i>		
Enfermedades del SNC. EEG: Inmadurez. Inestabilidad psicomotriz. Negativismo, oposición.	Lectura: Ausencia. Escritura: Adiciones, distorsiones, confusiones; disgrafía. Dislalias. Cálculo: Discalculias; no operaciones básicas ni problemas.	Tónico cuello. Bipedestación.
<i>Resta valor predicción</i>		
Colaboración	—	—

Comentario: los resultados obtenidos referidos a la dislexia secundaria a una debilidad mental son paradójicos. La clínica habitual nos muestra que en realidad la sintomatología habitual, pedagógica, en estas circunstancias es precisamente la que se relaciona negativamente con el criterio, mientras que al contrario, es la sintomatología con relación positiva, la que no suele manifestarse. ¿Cómo explicar esta situación? Nuestra experiencia nos conduce a entenderlo así:

— Por tratarse de individuos tardíamente diagnosticados, no sometidos a tratamiento reeducativo, bien por considerárseles torpes, indisciplinados o por etiquetarles de deficientes mentales graves, no sujetos a recuperación.

— Por haberse orientado inadecuadamente el tratamiento, sometiéndoles a un programa pedagógico dirigido hacia la recuperación co-

mo deficientes mentales sin haber establecido un diagnóstico correcto que debiera haberse corroborado tras un período de observación.

— Quizás por padecer niveles madurativos inferiores a los que se precisan para acceder al aprendizaje.

— La sintomatología médica no ofrece lugar a dudas así como la etiología, dando pruebas de ello la alta correlación obtenida. Como es natural consideramos importante efectuar una correcta anamnesis y valorar la sintomatología, apoyándonos muy de cerca en los resultados del EEG y del balance psicomotor; la inmadurez reflejada en el EEG estará directamente relacionada con retrasos en el desarrollo evolutivo y en manifestaciones de inmadurez en el perfil psicomotor: coordinación general, equilibrio, control postural lenguaje y esquema corporal.

CUADRO II

Regresión múltiple. Grupo: más de 11 años. Criterio: Dislexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
T.C.E. Adiadococinesia. Otra patología que afecte al SNC.	Lectura: Sin alteraciones específicas. Escritura: Distorsiones. Absentismo.	Gateo.
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades congénitas y adquiridas del SNC. EEG: Patología específica. Paresias, inestabilidad. Inhibición, bloqueo.	Lectura: Ausencia, subsilábica, deficiente interpretación; confusiones, omisiones adiciones, inversiones: disritmia. Escritura: Confusiones, inversiones, disociaciones; disortografía. Disartrias. Zurdera brazo: Patología operaciones básicas y en problemas.	Control postural, estructuración temporal. Equilibrio dinámico. Sonrisa.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico, amenaza de aborto, parto prematuro, distocia. Anoxia RN. Convulsiones. EEG: Inmadurez, disfunción, focalidad. Paratonía, distonía, sincinesias. Inhibición, bloqueo. Colaboración.	Lectura: Vacilante. Incomprensión absoluta, rotaciones. Escritura: Adiciones, omisiones; disgrafía. Cálculo: Ausencia concepto n.º; patología problemas por dificultad analítica. Dislalias, disfemias.	Tónico cuello, sedestación, bipedestación. Marcha, lenguaje. Estructuración espacial. Coordinación general.
<i>Restan valor predicción</i>		
Amenaza de aborto, distocia. EEG: Disfunción. Inhibición, bloqueo, distonía, inestabilidad psicomotora.	Lectura: Incomprensión absoluta, ausencia de lectura; adiciones. Escritura: Inversiones. Ausencia del concepto n.º Zurdera brazo.	Marcha control postural. Sonrisa.

La explicación de la Varianza de la sintomatología médica es del 46,22 %.

La correlación múltiple de las variables pedagógicas supone el 0,78194, lo que equivale

al 61,14 % de explicación.

En el balance psicomotor la explicación es del 24,06 %, llegando la correlación múltiple al 0,4950.

CUADRO L

Ecuación de regresión reducida. Grupo menos de 11 años. Criterio: Dislexia-Dispraxia

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Enfermedades del SNC. EEG: Patología específica. Negativismo, oposición.	Lectura: Confusiones. Escritura: Confusiones, inversiones, disortografía. Cálculo: No operaciones básicas y dificultad problemas por dislexia.	Esquema corporal. Estructuración temporal.
<i>Relación positiva</i>		
Parto prematuro; anoxia. Convulsiones. EEG: Lesión focal. Enfermedades del SNC. Inestabilidad. Sincinesias.	Lectura: Vacilante. Incomprensión absoluta. Escritura: Contaminaciones, omisiones, confusiones, adiciones. Dislalias. Discalculia.	Tónico del cuello. Sedestación, marcha. Lenguaje general.
<i>Restan valor predicción</i>		
Inestabilidad psicomotora.	Incomprensión lectora absoluta. Escritura: Inversiones.	Sonrisa. Marcha. Control postural.

Comentario: la dislexia asociada a la dispraxia en escolares mayores de 11 años de edad tiene escasas diferencias con la encontrada en el grupo de niños entre 8 y 10 años.

La lectura está bastante desarrollada, alcanzando el nivel vacilante incluso próximo a la normalidad, si ha habido una escolarización adecuada pueden observarse adiciones, omisiones y rotaciones, que también se manifiestan en la escritura, en la que además observamos disgrafía; en algunos casos hay incomprensión absoluta, pero en estas ocasiones o no ha habido un aprovechamiento escolar adecuado o estamos en presencia de otro criterio diagnóstico; en el lenguaje hablado son frecuentes las disfemias; la patología del cálculo se refiere bien a la dificultad en la solución de problemas por la asociación a la dis-

lexia, o a una dificultad analítica.

Limitaciones o lentificaciones en el logro de la coordinación general y la estructuración espacial son casi siempre constantes, así como retraso en la deambulación y en la adquisición de las actitudes y praxias habituales.

En la etiología debe prestarse atención a las manifestaciones convulsivas, a veces con focalidad en el EEG o simplemente con síntomas de inmadurez, así como a las situaciones que puedan haber provocado anoxia en el período perinatal o en el de RN; no debe pensarse en la existencia de lesiones cerebrales concretas por TCE o por encefalopatías, puesto que la sintomatología residual comportaría otras manifestaciones de mayor relieve neuromotor e incluso sensorial.

CUADRO LI

Regresión múltiple. Grupo: más de 11 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Excluidos</i>		
Amenaza de aborto. TCE; otra patología RN que afecte SNC. Adiadococinesia.	Lectura: Sin patología específica; omisiones, confusiones, adiciones. Absentismo escolar.	Marcha.
<i>Relación negativa</i>		
Parto prematuro, distocia, enfermedades congénitas del SN; convulsiones. EEG: Patología focal, inmadurez, inestabilidad psicomotriz, inhibición, bloqueo, negativismo, oposición.	Lectura: Subsílábica, silábica, vacilante; rotaciones inversiónes, incomprensión absoluta. Escritura: Omisiones, contaminaciones, adiciones, confusiones, disgrafía. Disfemias. Lateralidad: Zurdera brazo y dirección mirada. Cálculo: Ausencia concepto n.º; no operaciones básicas.	Sonrisa. Lenguaje. Coordinación general postural, estructuración espacial temporal, equilibrio dinámico.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Anoxia. EEG: Disfunción. Convulsiones posteriores, parésias, sincinesias, paratonía, inestabilidad psicomotriz. Trastornos visuales.	Lectura: Disritmia. Deficiente interpretación. Escritura: Distorsiones, disociaciones, disortografía. Dislalias. Discalculia: Patología problemas por dislexia y por dificultad analítica.	Tónico del cuello, gateo, sedestación, bipedestación. Esquema corporal.
<i>Restan valor predicción</i>		
Negativismo, oposición. Sincinesias. Parto distócico. EEG: Inmadurez.	Lectura: Silábica, subsilábica, rotaciones. Escritura: Omisiones. Disartrias. Cálculo: patología de problemas por dislexia. Lateralidad brazo izquierdo.	Control postural. Lenguaje. Estructuración temporal.

La correlación de las variables médicas alcanzan el 0,92815 lo que supone una explicación de la Varianza del 86,014 %.

Con la sintomatología pedagógica la correlación es de 0,58386, suponiendo una Varian-

za Explicada de 34,08 %.

Los síntomas del Balance Psicomotor se sitúan en una correlación del 0,56099, explicando el 31,47 % de la Varianza Total.

CUADRO LII

Ecuación regresión reducida. Grupo más de 11 años. Criterio: Dislexia-Patología neurológica

Síntomas médicos	Síntomas pedagógicos	Síntomas balance psicomotor
<i>Relación negativa</i>		
Colaboración; negativismo, oposición. Enfermedades del SNC. EEG: Lesión focal, patología específica. Paresias; inhibición, bloqueo.	Lectura: Vacilante. Escritura: Inversiones, disgrafia.	Sonrisa. Coordinación general. Control postural.
<i>Relación positiva</i>		
Embarazo patológico. Convulsiones tardías. EEG: Disfunción. Paresias, inhibición, bloqueo.	Lectura: Disritmia lectora. Escritura: Distorsiones, inversiones, disortografía, disgrafia. Dislalias. Patología problemas por dislexia.	Tónico del cuello sedestación, bipedestación. Esquema corporal.
<i>Restan valor predicción</i>		
Negativismo, oposición.		

Comentario: constituye un importante grupo, numéricamente hablando, el de las dificultades lectoras consecutivas a patología neurológica, sobre todo cuando existe una afectación de la corteza cerebral, sin afectación intelectual ni de la personalidad importantes. La dislexia consistiría en una más de las posibilidades sintomáticas residuales.

El cuadro apenas se diferencia en el estudiado cuando tenían edades entre 8 y 10 años; únicamente va a diferir en una sintomatología más aparente, por habersele añadido, casi siempre, un rendimiento escolar deficitario, así como, probablemente, un aumento de las dificultades de adaptación con trastornos de la personalidad, secundarios al fracaso.

Sintomatológicamente se caracterizará por una lectura aparentemente normal, frecuentemente disrítica con stops para identificación silábica y con errores específicos muy escasos; en la escritura, omisiones, contaminaciones, confusiones, disortografía y casi siempre disgrafia, dependiendo de las alteraciones

paréticas o simplemente distónicas existentes; la disfemia se encuentra en cierto número de sujetos por las mismas razones apuntadas en la disgrafia así como por las alteraciones emocionales y trastornos rítmicos; discalculias de diverso grado están presentes, sobre todo cuando hay un fracaso global.

La etiología es diversa, desde alteraciones en la concepción en el claustro uterino, pasando por la patología perinatal, hasta enfermedades del SNC; fácilmente se encuentran alteraciones motóricas en forma de hemiplejias, o simplemente paresias, así como convulsiones, aunque el hallazgo EEG más frecuente es la disfunción y la inmadurez.

En el balance psicomotor y en el desarrollo evolutivo aparecen lentificaciones en el desarrollo, afectando sobre todo las funciones motrices básicas y alterando la estructuración del esquema corporal: las limitaciones en coordinación, equilibrio dinámico, control postural, etc. dependerán más de la afectación neuromuscular que de la inmadurez evolutiva.

CONCLUSIONES GENERALES:

1. Las dislexias deben considerarse, cualquiera que fuera su origen, como agrupaciones sintomáticas o síndromes; aunque la dislexia primitiva o de evolución pueda considerarse como un cuadro clínico muy particular, existiendo, probablemente, una carga genética determinante no demostrada actualmente, siendo favorecida su expresión clínica como dificultad del aprendizaje por una serie de disfunciones que afectan a la estructuración del tiempo, del espacio, de las percepciones en general y la integración del esquema corporal.

2. A través del Análisis Factorial observamos la agrupación sistemática de una serie de variables, que se repiten constantemente, siendo en unas ocasiones la misma macrovariable el factor principal, y en otras ocupando lugares secundarios, según el tipo de dislexia y la edad del sujeto.

3. Para el diagnóstico diferencial de la dislexia deben considerarse, tal como se obtiene de los estudios de Regresión Múltiple:

3.1. La edad de los sujetos, sobre todo para establecer las diferencias fundamentales entre predislexias, dislexias de evolución desarrolladas y síndromes residuales.

3.2. Los resultados de una exploración neuropsicológica, lo más completa posible con objeto de obtener la máxima información permitiendo diagnosticar cualquier proceso neuropsicopatológico que condicione una dislexia sintomática.

3.3. La discalculia no se contrapone al diagnóstico de dislexia pudiendo coexistir perfectamente, aunque los mecanismos de la génesis de ambas técnicas básicas son distintos.

4. El diagnóstico y el tratamiento de las manifestaciones patológicas escolares necesita una colaboración interdisciplinaria.

Bibliografía

AJURIAGUERRA, J. de: *L'écriture de l'enfant I-II*. Delchaux-Niestlé. París, 1964.
 AJURIAGUERRA, J. de: *La dislexia en cuestión*. Pablo del Río. Madrid, 1977.

AJURIAGUERRA, J. de: *La Psychiatrie de l'enfant*. Masson Edit. París, 1970.
 AVANZINI, G.: *El fracaso escolar*. Herder, 1967.
 AUZIAS, M.: *Los trastornos de la escritura Infantil*. Barcelona, 1970.
 BAKKER, D. J.: «Cognitive Deficits and Cerebral Asymmetry». *Jour. Res. Dev. Edu.* V. 15, n.º 3. p. 48-54, 1982.
 BRYCE-SMITH, D.: *Lead-Induced Disorders of Sentation in Children*. «International Journal of Early Childhood». V. 12, n.º 1, 1980.
 BUCHER, M.: *Troubles Psychomotors chez l'enfant. Pratique de la Reeducation Psychomotrice*. Masson Cia. Paris, 1970.
 CASANOVA RODRÍGUEZ, M.: *La dislexia*. Anaya. Salamanca, 1976.
 COLLETE, M. A.: *Dyslexia and Classic Pathognomic Signs*. Perceptual and Motors Skills. V. 48, n.º 3, junio 1979.
 DOWNING, J.: *Madurez para la lectura*. Kapelus. Buenos Aires, 1974.
 FELDMAN, E.: *Aritmética en Niños con Problemas de Lenguafe*. Cemifa. Buenos Aires, 1977.
 GANSCHOV, L.: *Analysis of Written Language of a Language Learning Disabled (Dyslexic) College Student and Instruction Implications*. *Annals of Dislexia*, v. 34, 1984.
 GENTILE, L. M.: *Dyslexia: A Letter to the Media*. «Journal of Reading». V. 24, n.º 7, 1981.
 HARMON, S.: *Are Reversals Symptom of Dyslexia?* *Reading Teacher*. V. 35, n.º 4, enero 1982.
 HICKS CAROLYN: *Two factor Analytic of Dyslexic subtypes*. «Brithis Journal of Educational Psychology». V. 52, pt. 3, 1982.
 HYND, G. W.: *Dyslexia: Neuroanatomical/Neurolinguistic Perspectives*. *Reading Research Quarterly*. V. 19, n.º 4. Sum, 1984.
 INHELDER, B.: *El diagnóstico del razonamiento de los Débiles Mentales*. Colección Navidad, 1971.
 LAIRD, A. W.: *Specific Dyslexia: A Learning Disability*. *Reading Improvement*. V. 18, n.º 1, septiembre 1981.
 LE BOULCH, J.: *L'éducation par la Mouvement*. Les Editions Sociales Francaises. Paris, 1966.
 LOBROT, M.: *Alteraciones de la lengua escrita y remedios*. Fontanella. Barcelona, 1974.
 MAISTRE, M.: *Dyslexie-Dysortographie. I-II*. Editions Universitaires. París, 1968.
 MRLEAU-PONTY, M.: *Resume des cours sur la Psychologie de l'enfant*. *Bulletin de Psychologie* n.º 236. Gèneve, 1964.
 MINKOOWSKI, F.: *El tiempo vivido*. Fondo de C. Económica. México, 1973.
 MONSELL, A.: *Terapéutica antiepiléptica en la Infancia y su repercusión escolar*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. 1970.
 MONSELL, A.: *Algunas consideraciones sobre los trastornos del lenguaje en los niños*. «Boletín de la Sociedad Valenciana de Pediatría». n.º 24, 1964.

- MONSELL, A.: *Alteraciones perceptivas y dificultades en el rendimiento escolar de los Paráliticos Cerebrales*. Curso Monográfico de la P.C.I. III Seminario de la Escuela Departamental de Puericultura de Valencia. Mayo, 1973.
- PAVLIDIS, G. T.: *Eye Movements in dyslexia. Their diagnostic significance*. «Journal of Learning Disabilities». VL. NL Jan, 1985.
- PIAGET et INHELDER. *La Representation de l'espace chez l'enfant*. P.V.F. Paris.
- PICQ, Q.: *Educación psicomotriz y retraso mental. Aplicación a los diversos tipos de inadaptación*. Científico-Médica. Madrid, 1969.
- QUIROS-SCHREAGER.: *Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades del aprendizaje*. Panamericana. Buenos Aires, 1980.
- REY, A.: *Connaissance de l'individu per les tests*. Ch. Dessart, Bruxelles, 1963.
- SOUBIRAN et MAZO: *La réadaptation scolaire del enfants intelligents par la rééducation psychomotrice*. Dorn et Cie., 1964.
- TAYLOR, H. GERRY.: *Developmental dyslexia in relation to other childhood reading disorders: Significance and Clinical Utility*. Reading Research Quarterly. V. 15, nl., 1979.
- TORELLO, M. V.: *Using brain electrical activity happing to diagnose learning disabilities*. V. 24, n.º 2, septiembre 1985.

VALTIN, R.: *German studies of dyslexia: Implications for Educations*. «Journal of Research in Reading». V. 7, n.º 2, septiembre 1984.

ZAZZO, H.: *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Gêneve, 1960.

Bibliografía experimental

- ARY, D. L.; JACOBS, A. y RAZAVIEH: *Introducción a la investigación pedagógica*. Edit. Interamericana, México, 1982.
- ARNAU, J.: *Diseños experimentales en pedagogía y educación*. Trillas. V. 1, México, 1981.
- BRIONES, G.: *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. Trillas, México, 1983.
- COMREY, A. L.: *Manual de Análisis Factorial*. Cátedra, Madrid, 1980.
- CUADRAS, C. M.: *Método de análisis multivariante*. Universidad de Barcelona, 1981.
- ESCOTET, M. A.: *Diseño multivariado en psicología y en educación*. CEAC, Barcelona, 1981.
- TEJEDOR, F. J.: *Análisis de varianza aplicado a la investigación en pedagogía y psicología*.
- WILLIAMS, S. F.: *Razonamiento estadístico*. Interamericana. 2.ª ed., México, 1982.

Factores psicosociales de riesgo en psiquiatría infanto-juvenil

Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Directores:

J. Toro Trallero

Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Central de Barcelona. Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil, Hospital Clínico de Barcelona.

R. Bayés Sopena

Catedrático de Psicología Básica, Universidad Autónoma de Barcelona.

Temario:

— **Introducción**

J. Toro y R. Bayés

— **Patrón de conducta A en la infancia y la adolescencia: evaluación y adquisición.**

M.ª D. Bonet, T. de Flores y M. Valdés

— **Evaluación de acontecimientos vitales en la infancia**

G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez

— **Acontecimientos vitales y psicopatología infantil**

G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez

— **Comunicación no vocal y estrés en niños con parálisis cerebral**

C. Basil y R. Bayés

— **Actitud de los profesionales de la salud ante la dismenorrea juvenil**

E. Camarasa, N. Centelles y R. Bayés

— **Psicopatología en hijos de madres depresivas**

T. Brú y J. Toro

— **Valoración de la sintomatología depresiva en una población de escolares adolescentes**

M. García, J. Toro, F. Castro, L. Cuesta y P. Pérez

— **Publicidad y anorexia nerviosa**

J. Toro, M. Cervera y P. Pérez

- **Factores demográficos de riesgo en anorexia nerviosa**
J. Castro, J. Toro, M. García, P. Pérez y L. Cuesta
- **Ocupaciones riesgo para la anorexia nerviosa**
M.T. Ordeig, J. Moro y P. Pérez

Introducción

J. Toro y R. Bayés

Como señalaban hace poco Ader, Cohen y Felten (1987), en el artículo editorial de presentación de la nueva revista *Brain, Behavior and Immunity*, «nuestro conocimiento inmunológico actual no es suficiente para explicar por qué las reacciones alérgicas pueden ser provocadas por estímulos inmunológicos neutros aunque emocionalmente intensos; por qué pueden desaparecer las verrugas bajo hipnosis; por qué el ambiente social puede determinar la respuesta individual en enfermos infecciosos; por qué los virus latentes se traducen en enfermedad manifiesta bajo circunstancias ambientales «estresantes»; o por qué al exponerse a agentes infecciosos, algunos individuos enferman y otros no» (pág. 1). Dicho de otra manera, los agentes intrínsecamente nocivos, los estados intrínsecamente patógenos, son condiciones necesarias pero no suficientes para explicarnos la etiología y el curso de las enfermedades. De la misma manera, en ausencia de agentes o condiciones intrínsecamente curativas, se producen, en muchas ocasiones, mejorías o curaciones, a veces espectaculares. En el estado de conocimiento actual es, en nuestra opinión, cada vez más necesario sustituir de una vez la vieja concepción lineal en la que la exposición a un microorganismo o condición patógena concretos conducen a una enfermedad específica y un medicamento o tratamiento supuestamente activo a una mejoría o posible curación, por un *modelo bio-psico-social*, que sea capaz de dar cuenta de los complejos procesos que conducen a la enfermedad y a la salud humanas.

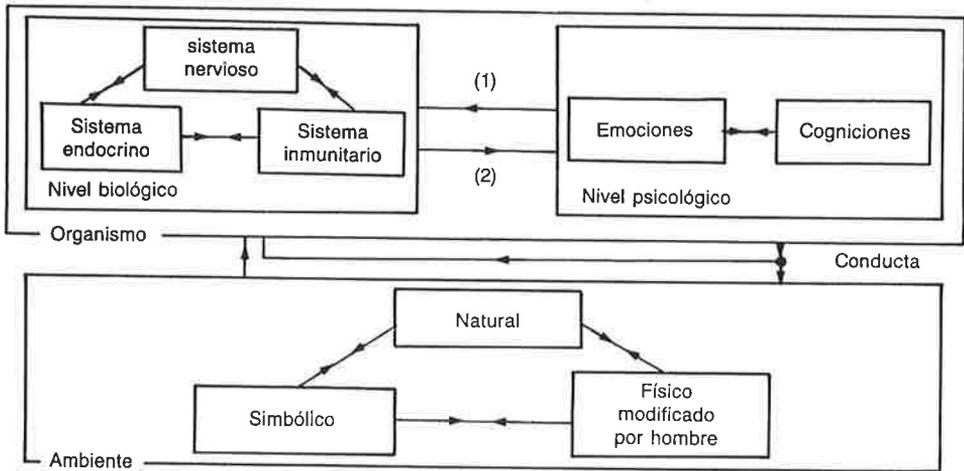
El modelo que presentamos en la figura 1, al que consideramos como permanentemente provisional y perfectible, posee las siguientes características:

a) Es *multideterminado*, al incluir variables biológicas, psicológicas y ambientales —tanto físicas como simbólicas— y tener en cuenta, por una parte, las estimulaciones nocivas o saludables del medio —tanto externo como interno— y, por otra, el grado de vulnerabilidad del individuo, el cual, mientras vive, se encuentra en perpetuo cambio.

b) *No dualista*, considerando a las variables psicológicas tan físicas como las biológicas aun cuando pertenecientes a grados de integración diferentes.

c) *No dicotómico*, al no introducir distinción ni separación alguna entre enfermedad física y mental, postulando que todo trastorno biológico produce alteración psicológica y que todo trastorno psicológico tiene su traducción en cambios en el substrato biológico, estimándose que el modelo de «salud-enfermedad» que se aplique al ámbito de la psiquiatría debe ser *el mismo* que aplican los demás terapeutas.

d) *Interactivo entre los elementos relevantes de un mismo nivel de integración*: a) *biológico*, a través de la continua influencia mutua de los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, en el sentido de que cualquier perturbación en uno de ellos tiene repercusiones en los otros dos; b) *psicológico*, a través de la continua influencia mutua entre variables cognitivas, emocionales y reacciones somáti-



- (1) Expectativas
(2) Reacciones somáticas percibidas

Fig. 1. Modelo multideterminado de salud/enfermedad

cas percibidas; y c) *conductual*, a través de la continua influencia mútua entre el hombre y el ambiente físico y simbólico propio de su cultura, por una parte, y entre el hombre y su propio organismo, por otra, a través de los denominados estilos de vida.

e) *Interactivo entre los distintos niveles de integración que constituyen la realidad bio-psico-social.* De la misma manera que el hombre cambia su entorno físico y simbólico a través de su acción, el entorno afecta a las variables biológicas y psicológicas del organismo, las cuales influyen a su vez en su comportamiento.

En la medida en que una enfermedad no sea únicamente producto de la exposición a agentes y condiciones intrínsecamente nocivos y la salud producto únicamente de la exposición a agentes y condiciones intrínsecamente saludables, y los resultados también dependan —además de la información genética— de factores aparentemente neutros que producen efectos diferenciales sobre los individuos, podrá hablarse, probablemente, de «enfermedades aprendidas» y de «salud aprendida».

Si esto es así, de la misma forma que el descubrimiento de los agentes y condiciones intrínsecamente patógenos o saludables —objetivo de la biomedicina y de las discipli-

nas tradicionalmente unidas a ella, como la farmacología— ha conseguido disminuir el riesgo y limitar o eliminar el daño de la enfermedad, el descubrimiento de la relación entre los factores psicosociales y la salud-enfermedad, así como de los principios y mecanismos que la rigen, debe contribuir a incrementar las ganancias hasta ahora conseguidas.

Aunque aquí debemos referirnos específicamente a la infancia y adolescencia, es evidente que los modelos de salud/enfermedad y de riesgo para enfermar son los mismos para todas las edades. El riesgo de enfermar es el resultado de las distintas distorsiones o disfunciones que sobrevengan en los distintos niveles de integración fenoménica y en sus sistemas interactivos que, unos y otros, ya han quedado expuestos anteriormente.

Si nos centramos ahora exclusivamente en el concepto de *riesgo* a enfermar, es forzoso incluir en él dos géneros de factores cuando menos: los *predisponentes* y los *precipitantes*. Los primeros determinarán la susceptibilidad individual a la experimentación de una determinada enfermedad. Los segundos decidirán de algún modo el momento cronológico en que haga su aparición el trastorno. A ellos aun es posible añadirles una tercera serie de he-

chos: los factores de *mantenimiento*, susceptibles de hacer perdurar —agravándola o no— la enfermedad una vez establecida. Los tres tipos de factores, interactuando conjuntamente a lo largo del tiempo, vienen a enriquecer y complementar el simplista y parcial concepto de etiología propio de la medicina tradicional. Todo ello supone que la explicación de una enfermedad —cualquier enfermedad— no es posible obtenerla preguntándose por *la causa* de la misma. Las cosas son mucho más complejas.

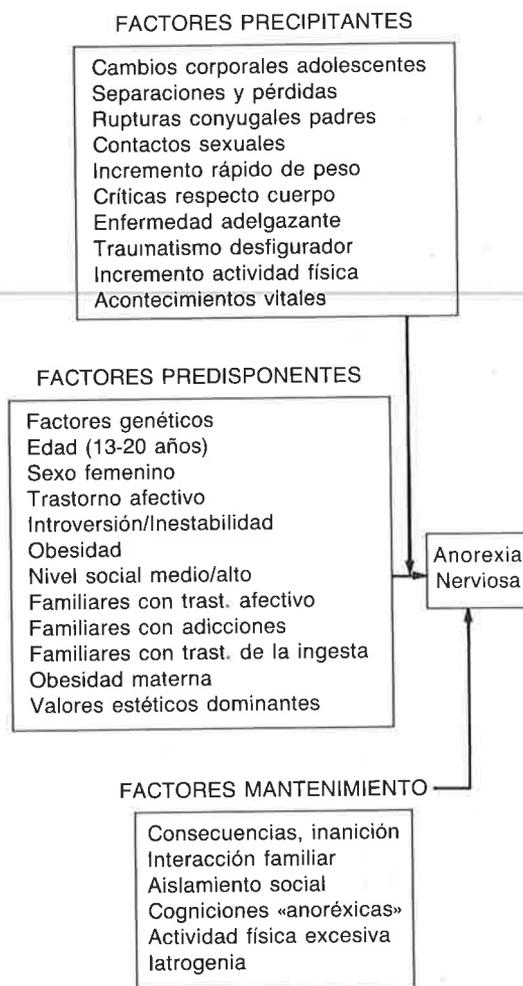
Sirva de ejemplo lo que ha puesto de manifiesto una revisión reciente (Toro y Vilardell, 1987) en el caso de una importante enfermedad adolescente, la anorexia nerviosa. La figura 2 muestra la presencia demostrada de al menos 12 factores predisponentes, 10 factores precipitantes y 6 factores de mantenimiento del trastorno. Todos ellos, pero especialmente los dos primeros, constituyen los factores de riesgo para la experimentación de la anorexia nerviosa.

El modelo de salud/enfermedad que hemos presentado es válido para cualquier género de trastorno. Ahora, al adentrarnos en el tema central de esta comunicación, vamos a referirnos al «riesgo» poniéndolo en relación con el trastorno psiquiátrico propiamente dicho. Los trastornos que estudia la psiquiatría, cualquiera que sea su etiopatogenia, se caracterizan por una serie de manifestaciones emocionales, y/o cognitivas, y/o conductuales. En la figura 3 se esquematiza la relación entre estas posibles manifestaciones psicopatológicas y los posibles factores de riesgo que las faciliten o desencadenen. Por supuesto que tales factores pueden ser estrictamente biológicos, genéticos o adquiridos, o de índole experiencial, es decir psicosociales o pertinentes al medio ambiente físico.

Obsérvese que los factores de riesgo inciden sobre un organismo cuyos elementos relevantes desde una perspectiva psicopatológica —emociones, cogniciones y conducta— interactúan y se influyen mutuamente, pudiendo establecer unos «circuitos reverberantes» que mantengan y acentúen o no, a lo largo del tiem-

po, la actuación de aquellos factores.

Los factores de riesgo que implican primariamente al organismo biológico son bien conocidos y aparecen en todas las obras más o menos especializadas: herencia genética, prematuridad, afectación neurológica perinatal, encefalitis, etc. Interesa subrayar aquí, en áreas de una concepción interactiva del ser humano, que ni siquiera estos factores que parecen



(Toro y Vilardell, 1987)

Fig. 2. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de riesgo en la anorexia nerviosa

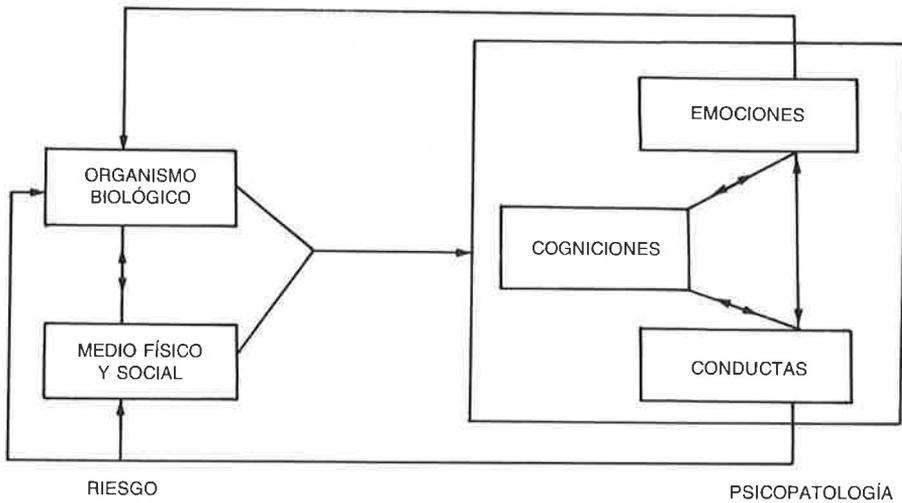


Fig. 3. Esquema de la relación factores de riesgo-psicopatología

ser tan «evidentes» ejercen su influencia psicopatológica de modo directo. En otras palabras, ante el mismo factor orgánico pueden encontrarse consecuencias muy dispares. Esta disparidad va a depender de la influencia de otros factores mediadores capaces de mitigar o exacerbar el papel negativo de los factores biológicos de riesgo. Por supuesto, que estos *factores mediadores* son de índole psicosocial. Veámos algunos ejemplos.

El *temperamento* es una de las características conductuales que más relación parece guardar con determinados géneros de psicopatología. Concretamente el conjunto de características que se engloban en el llamado «niño difícil» (Thomas y cols., 1968) parecen asociadas a alteraciones como la hiperactividad y el trastorno de conducta. El temperamento parece depender directamente de determinadas características biológicas, en parte genéticas. Pues bien, es evidente que su concreción, patológica o no, dependen esencialmente de las prácticas educativas de los padres del supuesto «niño difícil» (Plomin, 1983).

La dotación *genética* es un factor altamente relevante en muchos trastornos psiquiátricos, por ejemplo la esquizofrenia. Pues bien, es sabido que muchos casos sólo se ponen de

manifiesto tras la experimentación de determinadas influencias ambientales, más concretamente ciertas situaciones estresantes (p. ej., Gottesman y Shields, 1972).

Sabemos que la *prematuridad* es un importante factor de riesgo para el retraso del desarrollo y más concretamente para el retraso mental. Sin embargo desde hace tiempo también sabemos que este riesgo queda mitigado o anulado cuando el prematuro promedio nace en familias de nivel sociocultural medio o superior, mientras que se manifiesta con todo su poder negativo cuando el nacimiento del prematuro se produce en una familia de condición sociocultural deficitaria (Drillien, 1964).

Por fin, no hace falta señalar que el pronóstico psicopatológico del niño *lesionado cerebral* o *enfermo crónico* depende más de factores como la calidad de la asistencia que reciba, la respuesta familiar ante el trastorno en cuestión, el estereotipo social que exista de dicho trastorno o la adecuación de la escolaridad, que de las características intrínsecas de su condición patológica orgánica.

Revisada la literatura actual acerca de las relaciones existentes entre psicopatología infantil y factores de riesgo, y dejando de lado

los de naturaleza primariamente biológica, queda verificada la influencia de los siguientes factores experienciales:

a) *Factores familiares:*

- Trastornos psiquiátricos de los padres (sin descartar el posible componente genético)
- Criminalidad y agresividad
- Separaciones y pérdidas de los padres
- Conflictos conyugales entre los padres
- Situaciones estresantes
- Condición de adoptado por parte del niño
- Televisión (en relación con conductas agresivas y asociales)

b) *Factores sociales:*

- Nivel socioeconómico (y cultural) bajo
- Pertenencia a una minoría étnica
- Situaciones de estrés social

Por supuesto que estos párrafos no agotan ni mucho menos un tema tan complejo y tan rico como el de los factores de riesgo psicosocial en psiquiatría infantil. Sirvan tan sólo de introducción a una serie de trabajos, todos ellos empíricos, que de un modo u otro guardan relación con la cuestión que aquí nos ocupa. Sus contenidos son evidentemente dispares. Pero todos ellos tienen un *leit motiv*

constante: la detección de factores predisponentes o precipitantes de ciertos trastornos, así como, en algunos casos, el esbozo de ciertos procedimientos de intervención. Y una reflexión final: los estudios de riesgos en psicopatología no son ni ejercicios de filigrana académica, ni simples aportaciones a los conocimientos etiopatogénicos. Encierran algo socialmente mucho más importante: el dar pistas para los imprescindibles procedimientos de intervención preventiva.

Bibliografía

- ADER, R.; COHEN, N. y FELTEN, D. L.: *Brain, Behavior and Immunity*, 1, Editorial: Brain, behavior and immunity, (1), 1-6, 1987.
- DRILLIEN, C. M.: *The growth and development of the prematurely born infant*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1964.
- GOTTESMAN, I. I. y SHIELDS, J.: *Shizophrenia and genetics: a twin study vantage point*. New York, Academic Press, 1972.
- PLOMIN, R.: *Advances in Clinical Child Psychology*. Childhood temperament. En Lahley, B. B. y Kazdin, A. E. (eds.) Vol. 6, New York, Plenum, 1983.
- THOMAS, A.; CHESSE, S. y BIRCH, H. G.: *Temperament and behavior disorders in children*. New York University Press, 1968.
- TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca, Barcelona, 1987.

Patrón de conducta A en la infancia y la adolescencia: evaluación y adquisición

M.^a D. Bonet, T. de Flores y M. Valdés

El objetivo de este trabajo fue la adaptación a la población española del cuestionario MYTH (Matthews Youth Test Heath) de Patrón A en niños, que contiene dos escalas de extracción factorial: competitividad e impaciencia-agresión. La idea que lo originó fue la observación de la importancia de la detección precoz de los rasgos tipo A en chicos para poder esclarecer su origen real y su prevención. El cuestionario fue administrado en tres colegios de tres diferentes clases sociales, realizándose nuevas administraciones al mes y al año para establecer la fiabilidad test-retest; así mismo se llevó a cabo la validez externa mediante observaciones específicas en situaciones de juego. En conjunto los resultados fueron fiables y válidos, aunque las pruebas de validez externa deberían ser revisadas tanto en su estandarización como en su evaluación.

Las investigaciones actuales sobre salud están fundamentalmente dirigidas a una acción preventivas de la enfermedad.

La importancia de la conducta como agente generador de patología es una cuestión actualmente aceptada, y los «estilos de vida» han sido englobados dentro de los diferentes factores etiopatogénicos de numerosos trastornos.

En los estilos de vida se incluyen acontecimiento estresantes, estrategias de afrontamiento malsanas o fallidas, cogniciones anormales y dificultades para que el organismo vuelva a sus valores basales. Suponen, por tanto, una acción permanente de agentes psi-

cosociales generadores de estrés que pueden situar al organismo al borde del fracaso adaptativo. El Patrón de Conducta Tipo A configura un «estilo de vida» que predispone al sujeto a trastornos de adaptación y lo aboca a enfermedades específicas.

Son estos agentes psicosociales, junto con sus correlaciones biológicas y fisiológicas los que conforman los factores de riesgo de enfermedad.

En esta línea se ha venido estudiando el patrón de conducta tipo A y sus relaciones con diferentes enfermedades, principalmente la enfermedad coronaria. Hemos creído fundamental tener en cuenta como se generan sus factores de riesgo y por ello nuestro trabajo pretende profundizar en el origen y desarrollo del Patrón de Conducta tipo A.

La idea del patrón de conducta surge a partir de la observación clínica. No se trata de un tipo de personalidad ni es una construcción hipotética. De la misma forma que se infieren características de la personalidad evaluando lo que tienen de común enfermos con idéntico diagnóstico psiquiátrico, se han identificado un conjunto de comportamiento presentes en sujetos que comparten un mismo trastorno: patología coronaria (angor e infarto) (Valdés 83).

Friedman y Rosenman, dos cardiólogos americanos, publican en 1959 un trabajo sobre la asociación entre determinadas conductas y la incidencia de hallazgos cardiovasculares específicos. El patrón A de conducta ha sido definido como «un complejo de acción-

emoción que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha, por conseguir cada vez más en menos tiempo, en oposición a personas y/o situaciones». El patrón de conducta tipo A define un modo de hacer configurado por un conjunto de actitudes, creencias y comportamientos, que constituyen un estilo de vida propio y dan lugar a una peculiar interacción con el entorno. En estas características personales destacan la impaciencia, la velocidad, la alta implicación laboral, la competencia y la hostilidad. Muy íntimamente ligado con la naturaleza competitiva de las sociedades industrializadas del mundo occidental, el patrón A parece estar sostenido por convicciones y creencias sociales que el sujeto incorpora determinando su actividad adaptativa.

Los estudios prospectivos con seguimientos de hasta ocho años, como el «Western Collaborative Group Study» (WCGS), relevan que los sujetos A tienen dos veces más riesgos de infarto que los sujetos no A (a lo que denomina sujetos B) (Rosenman y cols., 1975). Además los sujetos A son cinco veces más propensos a reinfectarse que los B y sufren doble número de infartos mortales (Friedman y cols., 1968). Se considera que existen pruebas suficientes para afirmar que el patrón A constituye un factor independiente de riesgo coronario y, en la actualidad, se investiga la posibilidad de que este tipo de conducta constituya un factor inespecífico de riesgo. (Price, 82; Valdés y cols., 83). Esta idea se ve apoyada por trabajos que confirman mayor incidencia de cefaleas, reacciones alérgicas, infecciones respiratorias y reumatismos en los sujetos A (Barton y cols., 1982; Gracia, Bonet y cols., 1983).

La conducta tipo A ha sido evaluada a través de diferentes procedimientos. Uno de estos es la entrevista semiestructurada (S.I.) (Rosenman, Friedman y cols., 1964), es la «regla de oro» para identificar el patrón de conducta tipo A y los otros instrumentos psicométricos, derivados de la Entrevista Semiestructurada S.I. Los procedimientos de autores-puesta más importante son el Jenkins Activity

Survey (JAS) (Jenkins y cols., 1979); la escala Framingham (Haynes y cols., 1980) y el cuestionario Bortner (Bortner, 1969). Hay varios procedimientos para evaluar el patrón A en niños y adolescentes: la entrevista Butensky-Waldron (Butensky y cols., 1976; Siegel y Leicht, 1981), y la Entrevista Estructurada de Adolescentes (ASI) (Siegel y cols., 1981) paralela a la S.I. para adultos; el Hunter-Wolf A-B (escala de razón) (Wolf y cols., 1982) y el Matthews Youth Test for Health (MYTH); entre todos ellos este es el más completo para utilizar con niños de cinco años en adelante, el cual es el objeto de nuestro trabajo.

Los estudios sobre el origen del tipo A son controvertidos. Muchos de ellos subrayan la determinación genética indirecta del patrón A, a través de la carga hereditaria de algunos de sus componentes, y algunas reglas de factores genéticos en el desarrollo del patrón A. Los factores hereditarios han sido encontrados en la determinación de la «dominancia» (Rosenman y cols., 1976; Matthews y cols., 1984; Rosenman y Chesney, 1985) y «hostilidad-agresividad» (Matthews y Krantz, 1976; Mangan, 1982; Matthews y cols., 1984) y se ha sugerido una herencia del patrón A similar a la demostrada por otras dimensiones temperamentales (Eysenk y Fulker, 1982). Otros autores, como Rahe y cols., (1978) y Koskenwo y cols., (1981), fueron incapaces de detectar algún componente genético en el patrón de conducta tipo A.

En cualquier caso, el acuerdo sobre la importancia del proceso de aprendizaje en el desarrollo de la conducta tipo A es casi total, aunque algunos autores se inclinan por aceptar la hipótesis indirecta genética. Así, Price (1982) propone una teoría sobre el aprendizaje social que explica el desarrollo del patrón de conducta A, el cual se ajusta con los datos epidemiológicos de los diferentes tipos de prevalencia del tipo A de acuerdo con la cultura. En el contexto del estudio de la adquisición del Patrón A se ha impuesto, como necesidad metodológica complementaria, la investigación de las etapas biográficas de socialización,

para detectar aquellas variables familiares, educativas y culturales que determinan la configuración del patrón objeto de estudio.

En el proceso biográfico del aprendizaje se han demostrado relevantes, para la adquisición de tales conductas, la importancia del rol materno en la transmisión de aprendizajes y hábitos conductuales, las exigencias y expectativas de los padres hacia el hijo, así como el mecanismo de imitación.

Es interesante realizar este estudio en niños y adolescentes para poder determinar el mecanismo de adquisición y formación del patrón de conducta tipo A, así como otros grupos homogéneos como los sujetos B. Se ha encontrado dicho patrón de conducta incluso a los cinco años y se ha comprobado su estabilidad en los niños a lo largo del tiempo al igual que ocurre en los adultos. (Matthews y Angulo, 1980)

La detección en edades tempranas de estas conductas demostradamente malsanas, permitirá su prevención a nivel de familia, escuela y otras instituciones y/o modificación precoz, ya que se ha visto que la modificación de dicho patrón A en la vida adulta resulta especialmente problemática.

Vista la necesidad de ahondar en el estudio de las etapas biográficas de socialización para detectar las variables que determinan la configuración del patrón A, así como la necesidad de aportar estudios similares a los ya realizados en otros medios socioculturales, se impuso la elaboración de un instrumento detector de estas conductas en los niños.

El trabajo que aquí presentamos se engloba en el campo de la medicina comportamental y su objetivo básico es el de construir un instrumento detector del patrón A en niños, válido en población española.

METODO

Sujetos: Una muestra total de 484 niños y adolescentes (225 hombres y 259 mujeres) pertenecientes a tres escuelas diferentes, representativas de los niveles socioeconómicos bajo

(n:141), medio (n:177), y alto (n:166) que fueron estudiados. Las pruebas de validez externa fueron administradas a 120 de ellos (63 hombres y 57 mujeres). Las edades fluctuaban de 6 a 13 años, de acuerdo con el nivel académico, y la evaluación del tipo A fue llevada a cabo por el tutor responsable de cada clase, mientras que la validez externa la realizó un director de juego y cuatro evaluadores.

Instrumentos: Cuestionario de Salud de Matthews para niños y adolescentes (MYTH).

Este cuestionario contiene 17 afirmaciones que caracterizan el patrón tipo A en chicos.

Se realizaron dos estudios. El estudio uno fue llevado a cabo para proporcionar datos psicométricos para el MYTH. Los maestros evaluaban con que exactitud estas afirmaciones caracterizaban a 485 chicos inscritos en los grados K,2,4,6. Los chicos que permanecían en el mismo barrio de la escuela tres meses más tarde (n:420) fueron evaluados de nuevo.

Un análisis estadístico de estas evaluaciones sugirió que el MYTH era un instrumento fiable, con consistencia interna, que aporta dos factores ortogonales: competitividad e impaciencia-agresión.

La fiabilidad se evaluó mediante la técnica del test-retest.

La consistencia interna se evaluó mediante la técnica de alfa de Crombach.

Tal como se esperaba, existían diferencias sustanciales entre sexos en la conducta tipo A de los chicos.

El estudio dos evaluaba la Validez de Constructo del MYTH en una submuestra de chicos a los que se les administró diversas pruebas, observándose que los sujetos tipo A eran más competitivos, agresivos e impacientes que los B. Esta conducta impaciente exhibida por chicos A será similar a la exhibida por adultos tipo A durante la entrevista estandarizada a adultos tipo A.

En suma, estos datos apoyan la fiabilidad y validez el MYTH y son representativos de un primer paso en el desarrollo de un instrumento para evaluar el patrón A en la escuela elemental de niños.

Procedimiento de administración del MYTH: Después de seleccionar la muestra, los investigadores tuvieron una entrevista con los directores y profesores de cada escuela, para obtener la aprobación del proyecto de investigación. Se enviaron cartas a los padres de todos los chicos pidiendo su permiso para la participación de sus hijos en el estudio (el 98 % de los padres estuvieron de acuerdo). Los maestros fueron informados sobre la manera en que debían ser rellenados los cuestionarios. Para probar la fiabilidad test-retest, se distribuyeron copias del MYTH a los maestros para que las puntuaran en tres ocasiones: a principios de mayo, un mes después y un año después. Todos los profesores completaron el MYTH en las tres administraciones.

La validez externa se realizó para proveer la evidencia directa de que los chicos evaluados como tipo A por el MYTH se portan de forma competitiva, impaciente y agresiva; para realizar este estudio control se pidió a los sujetos que realizaran las siguientes tareas:

— Lucha en barra de equilibrios: éste es un juego en el cual dos chicos luchan durante no más de 30 segundos en una barra estrecha, golpeándose con un cojín, hasta que uno de ellos pierde el equilibrio. Este juego evalúa agresión y las escalas son establecidas por cuatro evaluadores, los cuales evalúan fácilmente irritabilidad, peleas, discusión sobre las reglas y manifestaciones verbales de hostilidad y miedo.

— Llevar piezas geométricas: En este juego, dos participantes llevan durante 30 segundos determinadas piezas geométricas de un recipiente a otro, cinco metros más lejos. Cuando el juego acaba, cada participante es interrogado si quiere participar en otro juego mucho más difícil. El juego evalúa competitividad y las escalas son establecidas por cuatro evaluadores, los que registran la ejecución de los chicos cuando actúan solos y en competición, necesidad de éxito, frustración y otros aspectos interactivos relacionados con el hecho de ganar.

— Carrera de partida: Diez corredores deben esperar órdenes para la señal de salida pa-

ra la carrera. La señal es hecha contando desde 10 a 0 de forma decreciente. Este juego intenta fomentar impaciencia entre los corredores y las puntuaciones son establecidas por cuatro evaluadores, los que registran expresiones de alerta, interrupciones cuando explican las reglas, empezar antes de que se de la señal de salida y otros aspectos conductuales relacionados con la impaciencia.

— Caza pelotas: Diez chicos realizan un círculo pasando una pelota de uno a otro mientras otro chico intenta interceptar ésta en medio del círculo. Todos los chicos son evaluados cuando juegan como interceptores por cuatro evaluadores, el que registra el nivel de actividad (saltar, intentos de interceptar la pelota, movimientos, hostigamiento a otros participantes) y la energía desplegada en el juego (resistencia física, esfuerzo, voz fuerte, etc.). Este juego evalúa aspectos de energía y rapidez en la conducta.

— Nudos humanos: Cinco chicos entrelazados en el suelo forman un «nudo humano». Los contrarios a los enganchados, también compuesto por cinco chicos, intentaban desunir cada miembro del nudo durante cinco minutos. Cuando el juego acaba, cada equipo intercambiaba su posición y los participantes fueron preguntados sobre cual sería el chico que preferían para actuar como jefe en su equipo. Este juego evalúa liderazgo a través de cuatro evaluadores que puntuaban en cada chico aspectos como iniciativa, dar órdenes, ser aceptado como líder, inhabilidad para aceptar el liderazgo de otros y reacción a ser presionado.

Los chicos no conocían las conductas y actitudes que fueron evaluadas en cada juego y todos los evaluadores eran mujeres.

Los datos fueron procesados por un IBM 3083 usando un paquete BMDP.

RESULTADOS

Se encontraron diferencias de sexo, curso y colegio en la media de los valores de la escala de MYTH. Estas escalas fueron signifi-

cativamente más altas en chicos y adolescentes de escuelas seleccionadas como representativas de la escuela de alto nivel socioeconómico (F: 4,77; $p < 0,05$) y en chicos cuando fueron comparados con chicas (F: 21,44; $p < 0,001$). Globalmente, estas también tuvieron un incremento significativo en las escalas del MYTH conforme el curso académico era más alto (F: 4,86; $p < 0,0008$). (Tabla I y II).

En la tabla III el análisis factorial de los ítems del MYTH para ambos sexos es representativo. El factor resultante justifica una varianza común de 56,78 %. Los ítems cargan altamente en el factor I reflejando impaciencia-hostilidad y agresión, por lo tanto podemos llamar a este factor «impaciencia-agresión» y los ítems se cargan más alto en el factor II reflejan competitividad-logros-lucha, por lo tanto este factor puede ser designado competitividad. Por lo tanto dos subescalas fueron aisladas: la subescala agresividad (ítems: 1, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 17)

y la subescala de competitividad (ítems: 2, 3, 4, 7, 12 y 16). (Tabla III).

La tabla IV muestra la consistencia interna y la fiabilidad test-retest de cada subescala de MYTH. El examen de esta tabla revela que la subescala de competitividad mostró tanto la alta fiabilidad como la consistencia interna e incluso fue altamente correlacionado con la primera administración de un año después, que la subescala impaciencia-agresión con la administrada un mes después. (Tabla IV).

Varias tareas fueron seleccionadas de acuerdo con las escalas con el fin de proporcionar los criterios externos para la validez externa, los cuales fueron agrupados de acuerdo con los componentes del tipo A que se habían medido (impaciencia-agresión, competitividad, actividad y liderazgo).

La correlación más baja entre las puntuaciones del MYTH y los valores medios de cada grupo de tareas se obtuvo en la subescala de competitividad, la cual aparece negativamente correlacionada con los criterios externos, seleccionados para esta dimensión en ambos sexos. Tal como la tabla V muestra, los valores medios de los criterios externos, para evaluar impaciencia-agresión, se acercaban más a lo esperado aunque existieran claras y marcadas discrepancias entre los evaluadores.

En general, las puntuaciones de los criterios externos para evaluar actividad estaban alta-

TABLA I
Análisis de varianza. Variable dependiente Tipo A.

	F	Tail. Prob.
Sexo	21,44	0,0001
Curso	4,86	0,0008
Colegio	4,77	0,0090
Sexo/curso/colegio	3,02	0,0026

TABLA II
Puntuaciones medias del MYTH para cada nivel académico (ambos sexos)

Nivel académico	Hombres			Mujeres		
Primero (de 6 a 8 años)	46,26	10,28	(n:51)	41,18	10,87	(n:40)
Segundo (de 7 a 9 años)	49,06	10,12	(n:49)	45,94	7,99	(n:51)
Tercero (de 8 a 11 años)	49,61	9,70	(n:56)	47,45	9,66	(n:49)
Cuarto (de 9 a 11 años)	52,61	8,63	(n:43)	47,51	8,66	(n:45)
Quinto (de 10 a 13 años)	46,64	10,50	(n:60)	43,02	11,52	(n:40)

mente correlacionadas tanto con la puntuación total del MYTH como con las dos subescalas aisladas en el análisis factorial.

Respecto a liderazgo el bajo acuerdo interevaluadores al evaluar chicos es evidente, pero por otro lado los niños que puntúan en el MYTH por encima de su valor medio (media: 42,09 ± 11,90) (n:43) fueron significativamente más evaluados como líderes en juegos (p:0,04) que niños que puntuaban por deba-

jo de las puntuaciones medias (n:38). A pesar de que la fiabilidad interevaluadores globalmente considerada no era satisfactoria, entre los niños que puntúan alto en el MYTH, el acuerdo entre evaluadores fue más alto (r:0,42). Esto quiere decir que cuanto más era evaluado un niño como tipo A en el MYTH mayor era el acuerdo externo sobre los componentes conductuales mostrados mientras realizaba las tareas ó juegos. (Tabla V).

TABLA III
Items del MYTH y peso de los factores

Items	Factor I	Factor II
1. Cuando este niño juego es competitivo/a.	0,60	0,52
2. Este niño/a trabaja rápida y enérgicamente más que lenta y perezosamente.	-0,15	0,75
3. Cuando este niño/a tiene que esperar a los demás, se impacienta.	0,45	0,56
4. Este niño/a hace las cosas a toda velocidad.	0,05	0,71
5. Cuesta mucho que este niño/a se enfade con sus compañeros.	-0,70	-0,05
6. Este niño/a interrumpe a los demás.	0,78	-0,09
7. Este niño/a es líder en varias actividades.	-0,01	-0,75
8. Este niño/a se enfada con facilidad.	0,81	0,1
9. Este niño/a parece rendir mejor cuando compite con otros.	0,37	0,49
10. A este niño/a le gusta discutir y polemizar.	0,70	0,35
11. Este niño/a es paciente cuando trabaja con otros más lentos que él/ella	-0,67	-0,11
12. Cuando trabajo o juega, este niño/a intenta hacerlo mejor que los demás	0,17	0,73
13. Este niño/a no puede estar sentado mucho rato.	-0,69	0,15
14. En los juegos o en el trabajo escolar, para este niño/a es más importante ganar que divertirse.	0,53	0,43
15. Los otros niños ven a este niño como líder.	-0,06	0,77
16. Este niño/a es competitivo/a.	0,55	0,69
17. Este niño/a tiende a pelear.	0,83	0,05
VP	5,27	4,37
% V	38,36	18,42

TABLA IV
Fiabilidad del MYTH

	Correlación interclase en diferentes administraciones				Coeficiente alta		
	1 mes después		1 año después		Niños	Niñas	Total
	Niños	Niñas	Niños	Niñas			
Tipo A	0,71	0,63	0,52	0,60	0,86	0,86	0,86
Impaciencia-Agresión	0,61	0,53	0,51	0,55	0,78	0,75	0,77
Competitividad	0,83	0,82	0,61	0,71	0,85	0,86	0,85

TABLA V

Criterio externo	Observador	Hombres (n:63)	Mujeres (n:57)
<i>Impaciencia</i>			
Tipo A. MYTH	Observador 1	0,035	0,15
	Observador 2	0,041	-0,13
Subescala Impaciencia	Observador 1	0,42	0,22
	Observador 2	0,27	-0,10
Subescala Competitividad	Observador 1	0,11	0,03
	Observador 2	0,48	-0,16
<i>Agresión</i>			
Tipo A. MYTH	Observador 1	0,30	0,12
	Observador 2	0,22	0,28
	Observador 3	0,40	0,21
	Observador 4	0,63	0,38
Subescala Impaciencia	Observador 1	0,30	0,24
	Observador 2	0,32	0,41
	Observador 3	0,32	0,25
Subescala Competitividad	Observador 4	0,57	0,40
	Observador 1	0,11	-0,06
	Observador 2	0,00	0,06
	Observador 3	0,45	0,15
	Observador 4	0,49	0,33
<i>Liderazgo</i>			
Tipo A. MYTH	Observador 1	-0,29	0,13
	Observador 2	0,55	0,35
Subescala Impaciencia	Observador 1	-0,26	0,38
	Observador 2	0,23	-0,48
Subescala Competitividad	Observador 1	-0,24	0,32
	Observador 2	0,86	0,22
<i>Actividad</i>			
Tipo A. MYTH	Observador 1	0,68	-0,62
	Observador 2	0,43	0,48
Subescala Impaciencia	Observador 1	0,51	0,55
	Observador 2	0,26	0,54
Subescala Competitividad	Observador 1	0,57	0,64
	Observador 2	0,54	0,37
<i>Competitividad</i>			
Tipo A. MYTH	Observador 1	0,12	0,15
	Observador 2	-0,55	-0,22
	Observador 3	-0,82	-0,17
	Observador 4	-0,07	-0,30
Subescala Impaciencia	Observador 1	0,06	0,13
	Observador 2	-0,71	-0,15
	Observador 3	-0,87	-0,11
Subescala Competitividad	Observador 4	-0,35	-0,21
	Observador 1	0,16	0,17
	Observador 2	-0,08	-0,30
	Observador 3	-0,45	-0,25
	Observador 4	0,40	-0,41

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio realizado por nosotros con el MYTH son consistentes con los obtenidos en un estudio similar por Matthews y Angulo (1980) en el sentido de que las puntuaciones medias para cada curso académico fueron solo ligeramente más altos. Igualmente observamos concordancia con los resultados mostrados por Waldron (1978), Review Panel (1981), respecto a la alta prevalencia del patrón de conducta tipo A en varones de clases sociales media y alta. También fueron significativos los aumentos de las puntuaciones en el MYTH a medida que se pasa de un curso escolar a otro, este dato confirma los resultados obtenidos por Hicks y Schretten (1981) con puntuaciones MYTH obtenidas durante los últimos cuatro cursos académicos.

La fiabilidad obtenida por el procedimiento test-retest un mes después es más baja que la obtenida por Matthews y Angulo (1980) tres meses después ($r: 0,82$), y similar a la informada por Matthews y Avis (1983) un año después ($r: 0,55$).

Respecto a la subescala de competitividad, aislada por el método del análisis factorial, aparecieron muy pocas diferencias a las halladas por Matthews y Angulo (1980) en cuanto a fiabilidad y consistencia interna ($r: 0,82$, coeficiente alfa: $0,89$). Sin embargo la subescala impaciencia-agresión apareció menos fiable y con menor consistencia interna a la obtenida por los anteriores autores ($r: 0,79$; coeficiente alfa: $0,88$), después de un análisis pormenorizado fueron incapaces de saber porque se produce esta discrepancia en los resultados.

Respecto a la validez externa, hay que mencionar que las puntuaciones obtenidas con el procedimiento de acuerdo entre observadores fueron inesperadamente bajos, a pesar de que las actitudes y conductas que iban a ser evaluadas fueron previamente bien definidas y de que los evaluadores fueron todos psicólogos perfectamente entrenados. En concreto, el aspecto más difícil de evaluar fue el de competitividad, quizás se debe al hecho de que com-

parte aspectos psicológicos y comportamentales con otros conceptos como liderazgo y agresión. De hecho es muy difícil definir la agresión excluyendo totalmente elementos de competitividad, y es igualmente complicado diferenciar el liderazgo de las actitudes competitivas.

En nuestra opinión la validez externa debe estudiarse utilizando tareas más estandarizadas tanto en la ejecución como en los criterios de evaluación.

Bibliografía

- ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S.: *The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts*. «Psychol. Bull.», 85, 1275-1301, 1978.
- BARTON, S.; BRAUTIGAM, M.; FOGLE, G. et al.: *The Type A B Behavior and the incidence of allergies in College Students*. «Psychol. Reports» 50, 566, 1982.
- BERGMAN, L. R. y MAGNUSSON, D.: *Type A-related behavior in childhood and adult type A behavior: A longitudinal study*. «Reports Dep. Psychol. Stockol.», 612, 1983.
- BORTNER, R. W.: *A Short Rating Scale as a Potential Measure of Pattern A Behavior*. «J. Chron. Dis.», 22, 87-91, 1969.
- BORTNER, R. W.; ROSSENMAN, R. H. y FRIEDMAN, M.: *Familial similarity in Pattern A Behavior*. «J. Chron. Dis.», 23, 39-43, 1970.
- BURKE, R. J.: *Early Parental Experiences, Coping Styles and Type A Behavior*. «J. of Psychol», 113, 161-170, 1983.
- BUSS, A. H. y DURKEE, A.: *An Inventory for Assessing different Kind of Hostility*. «J. Consult. Clin. Psychol.», 21, 343-349, 1957.
- BUSS, A. H.: *Instrumentality of Agression Feedback and Frustration as Determinants of Physical Agression*. «J. Person. Soc. Psychol.», 3, 153-162, 1965.
- CONNERS, C. K.: *Rating scales for use in drug studies with children, in Psychopharmacology Bulletin: Pharmacotherapy with Children*. «Washington D.C. S. Government Printing Office», 1983.
- CONNERS, C. K.: *A teacher rating scale for use in drug studies with Children*. «American Journal of Psychiatry», 6, 884-886, 1969.
- COHEN, C. B.; SYME, S. L.; JENKINS, C. D et al.: *Cultura Context of Type A Behavior and Risk for CDH: A study of Japanese American Males*. «J. Behav. Med.», vol. 2, n.º 4, 375-385.

- DE FLORES, T. y VALDES, M.: *Patrón A de conducta: Intervención terapéutica*. «Medicina Clínica» (en prensa).
- DEMBROSKY, T. M. y MCDUGALL, J.M.: *Effect of level of Challenge on Pressor and Heart Rate Response in Type A and A subjects*. «Appl. Soc. Psychol.», 9, 209, 1979.
- EYSENK, H. y FULKER, D.: *The components of type A Behavior and Genetics Determinants*. «Act. Nerv. Sup.», Suppl. 3, 111-125, 1982.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R. H.: *A Predictive Study of Coronary Heart Disease*. «JAMA», 189, 15, 1964.
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. y STRAUSS, R. et al.: *The Relationships of Behavior Patterns A to the State of the Coronary Vasculature*. «Amer. J. Med.», 44, 525, 1968.
- FRIEDMAN, M.: *Pathogenesis of Coronary Artery Disease*. McGrill-Hill (ed), New York, 1969.
- HAYNES, S. G.; FEINLEIB, M. y KANNEL, W. B.: *The relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eightyear incidence of CHD*. «Am. J. Epidem.», vol. 111, 1, 37, 1980.
- GLASS, D. C.: *Behavior Patterns, stress and Coronary Disease*. Lawrence Erlbaum Assoc. (Ed.), New York.
- GARCIA, L.; BONET, D.; NUÑEZ, P.; DE FLORES, T. y VALDES, M.: *Patrón A de conducta en niños: consideraciones etipogénicas*. «Rev. Dep. Psiquiatría Bar-na.» (en prensa), 1985.
- HICKS, A. y CAMPBELL, J.: *Type A-B Behavior and Self-Estimates on the Frequency of Headache in College Students*. «Psychol. Reports.», 52, 912, 1983.
- HOWLAND, E. W. y SIEGMAN, A. W.: *Toward the automated measure of the Type A behavior pattern*. «J. Behav. Med.», 5, 1, 37-54.
- JENKINS, C. D.; ZYZANSKI, S. J. y ROSENBAUM, R. H.: *Jenkins Activity Survey Manual Psychol Corporation*. (Ed.) New York, 1979.
- KOSKENVUO, M. y KAPRIO, J. et al.: *Psychosocial and Enviromental Correlates of Coronary-Prone Behavior in Finland*. «J. Chron. Dis.», vol. 34, 331-340, 1981.
- KRANTZ, D. S.; GLASS, D. C. y SYNDER, M. L.: *Helplessness, stres level and the Coronary Prone Behavior Pattern*. «J. Exper. Soc. Psychol.», 10, 284-300, 1974.
- LAWER, K. A.; ALLEN, M. T. y CRITCHE, E. C. et al.: *The Relationships of Psylogic Responses to the CPBP in children*. «J. Beh. Med.», vol. 4, n.º 203, 1980.
- LUNDVERG, U.: *Type A Behavior and Psychofisiological arousal*. «Scand. J. Psychol.», suppl. 1, 145-150, 1982.
- LLORENTE, M.: *Patrón de conducta tipo A en relación con variables de personalidad y agresión*. Tesis Doctoral (sin publicar).
- MATTHEWS, K.: *Psychological Perspectives on the Type A Behavior Pattern*. «Psychol. Bull.», vol. 91, n.º 2, 293-323, 1982.
- MATTHEWS, K.: *Assessment and Developmental Antecedents of the Coronary-Prone Behavior Pattern in Children*. Chapter 16.
- MATTHEWS, K. y BEANE, W. et al.: *Pattern A, Achievement Striving, and Scientifi Merit: Does pattern A Help or Hinder?* «Jour. Pers. and Soc. Psy.», 5, 962-967, 1980.
- MATTHEWS, K. y KRANTZ, D.: *Resemblances of Twins and Their Parents in Pattern A Behavior*. «Psychosom. Med.», vol. 38, n.º 2, 140, 1976.
- MATTHEWS, K. A.: *Efforts to Control by Children and Adults the Type A Coronary-Prone Behavior Pattern*. «Child Devel.», 50, 342, 1979.
- MATTHEWS, K. A. y BRUNSON, B. I.: *Allocation of Attention and the Type A Coronary-Prone Behavior Pattern*. «J. Per. Soc. Psychol.», vol. 37, n.º 11, 2081-2090, 1979.
- MATTHEWS, K. A. y ANGULO, J.: *Measurement of the Type A Behavior Pattern in Children Competitiveness, Impatience-Anger and Agression*. «Child Devel.», 51, 466-475, 19 .
- MATTHEWS, K. A. y VOLKIN, J. I.: *Efort to excel and the Type A behavior Pattern in Children*. «Child. Devel.», 52, 1283-1289, 1981)
- MATTHEWS, K. A. y AVIS, N. E.: *Stability of Overt Type A Behavior in Children Results from One year Longitudinal Study*. «Child Develop.», 54, 1507-1512, 1983.
- PRICE, V. A.: *Type A Behavior Pattern. A Model for Resarch and Practice*. «Academic Press», New York, 1982.
- PRICE, V.: *What is Type A? A cognitive Social Learning Model*. «J. Occup. Behav.», vol. 3, 109-129, 1982.
- RAHE, R. H.; HERVING, L. y ROSSENMAN, R. H.: *Here-dability of Type A Behavior*. «Psychosom. Med.», vol. 40, n.º 6, 478, 1978.
- ROSENMAN, R. H. y FRIEDMAN, M. et al.: *A predictive study of coronary heart disease*. «JAMA», 189, 15, 1984.
- ROSENMAN, R. H.: *The inteview Method of Assesment of the Coronary-Prone Behavior Pattern*. En: *Coronary-prone Behavior*, Ed. Dembroski, T. M. et al., Springer-Verlag, New York, 1978.
- ROSENMAN, R. H.; BRAND, R. J. y JENKINS, C. D. et al.: *Coronary heart Disease in the WCGS: Final follow-up experience of 8 1/2 years*. «JAMA», 233, 872, 1975.
- SIEGEL, J.; CYNTHIA, J. y LETTCH, Phd.: *Assessment of the Type A Behavior Pattern in Adolescents*. «Psychosom. Med.», vol. 43, n.º 1, 1981.
- STOUT, C. H. y BLOOM, L. J.: *Type A Behavior and up-per Respiratory Infeccions*. «J. Hum. Stress», June 4-7, 1982.
- STRUBE y OTA: *Type A Coronary-Prone Behavior Pattern Relationships to Birth Order and Family Size*. «Person. Soc. Psychol. Bull.», vol. 8, 2, 317-323, 1982.

- VALDES, M. y DE FLORES, T.: *El patrón A de conducta: análisis de una construcción observacional*. «Cuadernos de Medicina Conductual y Sexología», 1, 0, 1985.
- VALDES, M.: *Medicina psicosomática: modelos y teorías específicas*. En: «medicina Psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas», Ed. Trillas, Mejico, 1983.
- VALDES, M.: *La personalidad y la conducta en Medicina*. Ed. Univ. de arna., 1983.
- WOLF, T.; SAUNDRA, M. et al.: *Self-concept, locus of control, goal blockage, and coronary-prone behavior pattern in children and adolescents: Bogalusa Heart Study*. «Jour. Gen. Psycho.», 105, 13-26, 1981.
- WOLF, T. y MONNY, C. et al.: *Validation of a Measure of Type A Behavior Pattern in Children: Bogalusa Heart Study*. «Child. Development», 53, 126-135, 1982.
- WRZESNIEWSKI, K.: *The Development of a Scale for Assessing the Type A Behavior Pattern in Adolescent*. Symposium CIAMS, Olomouc CSR, July 5-8, 1983.
- ZYSANSKY, S. J.: *Coronary Prone Behavior*. Ed. Dembrosky-Bertag, 1978.

Evaluación de acontecimientos vitales en la infancia

G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva de análisis del Estrés basada en el estudio del ambiente, en especial del entorno social, como fuente de experiencias o situaciones estresantes, Holmes y Rahe (1967) desarrollaron el concepto de Acontecimiento Vital, hechos que implican un cambio en el patrón habitual de vida de un individuo y que comportan, por lo tanto, un esfuerzo de adaptación. Construyeron dichos autores una Escala de Valoración del Ajuste Social (SRRS) formada por 43 acontecimientos vitales, en la que cada uno de ellos poseía un valor o magnitud relativo en función del diferente impacto o esfuerzo de adaptación que implicase. Para obtener dichas puntuaciones se basaron en el juicio emitido por una muestra de población adulta. Esta escala ha impulsado gran cantidad de estudios que relacionan la acumulación de acontecimientos vitales, también llamada crisis vital, con el inicio de diversos trastornos y enfermedades (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974).

Coddington (1972) fue el primero en construir unas escalas de acontecimientos vitales para niños y adolescentes. Siguió un procedimiento similar al usado por Holmes y Rahe (1967) con adultos, para estimar el valor estresante relativo de cada hecho. En su caso una muestra de profesionales, maestros, pediatras y profesionales de la salud mental, constituían los evaluadores. Monaghan, Robinson y Dodge (1979) adaptaron una de sus escalas a la población infantil británica. Posteriormente han aparecido algunas escalas más

para niños mayores y adolescentes (Yearworth y cols., 1980, Johnson y McCutcheon, 1980). Sin embargo la evaluación de los hechos potencialmente estresantes en niños pequeños, menores de 10 años, ha sido sorprendentemente muy poco estudiada. Exceptuándose una de las escalas de Coddington, todos los demás instrumentos de medida son para niños mayores o adolescentes.

El objetivo de este trabajo es elaborar una escala de acontecimientos vitales, potencialmente estresantes, para niños, que reúna los hechos y situaciones más significativos de la infancia y que refleje nuestra realidad socio-cultural. Así mismo se pretende obtener una medida del distinto impacto de cada hecho de la escala. De esta manera es posible evaluar la «magnitud de estrés potencial» que un niño puede experimentar, en un tiempo determinado, en función no sólo del número de acontecimientos sucedidos sino también de la importancia de los mismos.

METODO

Para seleccionar los items de la escala nos hemos basado, inicialmente, en los recogidos por Coddington (1972) y Monaghan (1979). Se introducen, sin embargo, diversas modificaciones: ampliamos el número de hechos, especificamos el sentido de los acontecimientos vitales incluyendo solo items negativos o neutros, es decir hechos cuyo significado es difícil de determinar a priori y se concreta, así

mismo, las personas del entorno del niño implicadas en el mismo. Los 84 hechos incluidos se refieren a las áreas de mayor significación para el niño, la familia, la escuela, su salud y sus relaciones sociales.

Para evaluar el diferente significado de cada ítem de la escala, utilizamos un procedimiento similar al de Coddington (1972), el «juicio de expertos». El grupo de evaluadores está constituido por 160 profesionales: 46 maestros, 18 pediatras y 96 profesionales de la salud mental (6 asistentes sociales, 18 pedagogos, 55 psicólogos y 17 psiquiatras), que trabajan todos ellos en el ámbito de la Psiquiatría y Psicología Infantil y de la Psicopedagogía.

Los profesionales valoran el impacto de los acontecimientos en tres niveles de edad, en niños de 3 a 5 años 11 meses, grupo al que nos referiremos como «Pequeños», en niños de 6 a 9 años 11 meses, grupo de «Medianos» y en niños de 10 a 12 años 11 meses, Grupo de «Mayores». Se puntúan los ítems de 0 a 100. Una mayor puntuación significa que el acontecimiento tiene mayor impacto en el niño o exige mayor esfuerzo de adaptación. En el grupo de pequeños los profesionales valoran solo 80 ítems, ya que consideramos a cuatro hechos de la escala no aplicables a estas edades, en el grupo de medianos se valoran los 84 y en el de mayores 83, debido también a considerar un ítem no aplicable a este nivel de edad. Los profesionales, por lo tanto realizan 247 estimaciones.

Se obtiene la puntuación ponderada de cada acontecimiento de la escala, en cada nivel de edad, a partir de la mediana de los valores otorgados a cada ítem por el conjunto de profesionales. Consideramos la mediana una buena medida de tendencia central, al no estar influida por los valores extremos (Masuda y Holmes, 1967). Ordenamos los ítems de la escala de mayor a menor valor, según estas medianas y en cada grupo de edad, lo que nos permitirá ver como se modifica el orden de importancia atribuido a los hechos según la edad de los niños y en cada edad cuales son más importantes y cuales menos.

Se estudia el acuerdo entre los valores otorgados a los ítems por los tres subgrupos de profesionales, maestros, pediatras y profesionales de la salud mental, como una prueba de validez de los mismos. Se averigua que hechos son valorados significativamente diferentes por los profesionales, mediante la prueba Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

En las tablas 1, 2 y 3 se presentan los ítems de la escala ordenados de mayor a menor importancia y los valores obtenidos en cada grupo de edad. En la Figura 1 representamos gráficamente los valores de las medianas también en orden descendente, en los tres niveles de edad. Se observa como las puntuaciones, manteniendo el mismo orden de importancia, son más altas en el grupo de niños mayores que en los medianos y éstas superiores a las de los pequeños.

En la tabla 4 presentamos el número y porcentaje de ítems en los que hay o no acuerdo, entre los tres grupos de profesionales, respecto al valor otorgado a dicho ítem. Los ítems en que hay desacuerdo, es decir cuyos valores son estadísticamente diferentes en los tres grupos de profesionales, están marcados con un asterisco en las tablas 1, 2 y 3.

Se observa que en el grupo de pequeños, de 3 a 5 años 11 meses, de los 80 ítems valorados sólo 5 (6,25 %) presentan discrepancias en cuanto al valor atribuido, mientras que en los restantes 75 ítems (93,75 %), los profesionales concuerdan en el valor del mismo. En el grupo de medianos hay discrepancias en 10 ítems (11,9 %), y en los mayores se encuentran diferencias significativas en 21 (25,3 %). Globalmente encontramos que de las 247 estimaciones que debían realizar los profesionales hay acuerdo en el 85,43 % y discrepancias significativas en el 14,57 %. Analizando las discrepancias, se observa que, en general, los maestros y pediatras tienden a dar valoraciones más altas que los profesionales de la salud mental.

DISCUSIÓN

Las puntuaciones ponderadas o valores atribuidos a los acontecimientos de nuestra escala, obtenidos en este trabajo, tienen un carácter provisional. Si bien la mediana es una buena medida de tendencia central, consideramos que es poco discriminativa, pierde información, como podemos ver por el número de items que poseen el mismo valor. Creemos por lo tanto necesario comprobar si el uso de la media geométrica resulta aún mejor, tal como recomiendan Masuda y Holmes (1967).

La valoración del impacto de los acontecimientos vitales, realizada por los profesionales, es distinta según la edad del niño. Cambia el orden de importancia de los hechos de la escala en los tres niveles de edad. Aunque algunos hechos son valorados por igual en todas las edades, como la muerte de la madre y la muerte del padre, los dos items considerados de mayor importancia en todas las edades, o la separación de los padres, la mayoría de acontecimientos tienen un valor distinto, según la edad. Vemos, por ejemplo, que el «Nacimiento de un hermano» ocupa el lugar número 6, en orden de importancia, en el grupo de pequeños, el número 32 en los medianos y el 72 en los mayores. El item «Enfermedad o accidente que ha requerido hospitalización» ocupa el lugar 19 en los pequeños, el 31 en los medianos y el 42 en los mayores, resultado que concuerda con estudios sobre el efecto de la hospitalización en los que se ha puesto de manifiesto que esta experiencia afecta más a los niños menores (Illingworth y Holt, 1955; Douglas, 1975). Otros hechos se considera que afectan, por el contrario, con mayor intensidad en edades mayores, como por ejemplo el «Fallecimiento de un amigo/a o compañero/a» que ocupa el lugar número 53 en los pequeños, el 28 en los medianos y el 11 en los mayores. Podemos observar que en los pequeños los acontecimientos considerados de mayor significación corresponden al ámbito familiar y están relacionados especialmente con la madre, implicando muchas veces separación de la misma, mientras que a

medida que el niño crece, se piensa que el impacto de los hechos extrafamiliares, personales y de relación social es mayor, valoración que concuerda con los estudios evolutivos. La edad se confirma como una variable diferenciadora de las respuestas de estrés (Rutter, 1981). No sólo los niños reaccionan de diferente manera antes el estrés según su edad, sino también se amplían y son distintas las situaciones que les afectan.

También se puede observar en la Figura 1 que las puntuaciones de los profesionales son más altas a medida que se valoran edades mayores, manteniendo el mismo orden de importancia, es decir, se cree que los acontecimientos vitales afectan más a los niños mayores que a los pequeños, resultado difícil de valorar. Una explicación posible y acorde con las teorías cognitivas del Estrés (Lazarus, 1966) residiría en que a medida que se incrementa el nivel de desarrollo cognitivo del niño, aumenta su capacidad de apreciación de amenaza y la posibilidad de una mayor respuesta de estrés a una situación. Es de resaltar, también, que en edades mayores hay más discrepancias entre los tres grupos de profesionales en el valor atribuido a un hecho. Parece que los profesionales en su conjunto consideran que estos hechos afectan más a los niños mayores, pero están menos de acuerdo en como o cuanto. Analizando los items en que hay discrepancia entre los tres grupos de profesionales se observa que los maestros y pediatras dan en general valores más altos que los profesionales de la salud mental, resultado que ha resultado contrario a nuestras expectativas iniciales, ya que pensábamos que los profesionales de la salud mental podían tener una visión sesgada, al tener por su trabajo mayor contacto con niños que presentan problemas o trastornos tras la experimentación de una situación estresante, y en este sentido sobrevalorar el impacto de la misma, mientras los maestros y pediatras pueden tener experiencia con mayor variedad de niños, afectados o no por estos acontecimientos vitales.

Aún es necesario estudiar las características psicométricas, como fiabilidad y validez de es-

ta escala. A pesar de ello creemos que puede constituir un instrumento útil en las investigaciones sobre estrés infantil, al permitirnos

analizar y detectar algunos de los posibles factores psicosociales implicados en el proceso de la salud y la enfermedad.

TABLA I

3 años a 5 años 11 meses

N.º Orden		Valor
1	Fallecimiento de la madre	95
2	Fallecimiento del padre	80
3	La madre ha estado en prisión más de un mes	75
4	Separación de los padres	70
5	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de la madre	70
6	Nacimiento de un hermano/a	70
7	El niño/a ha estado separado de la madre más de un mes	70
8	Incidente traumático (asalto sexual, extraviarse, accidente de circulación)	70
9	Ha ido a la escuela o guardería por primera vez	70
10	Inicia sus funciones una persona responsable de la crianza del niño/a en ausencia de los padres	66
11	Fallecimiento de un hermano/a	60
12	La madre ha estado detenida o en prisión menos de un mes	60
13	El estado de ánimo de la madre ha empeorado	60
14	Aumento del número de discusiones entre los padres	60
15	El niño/a ha estado separado de la madre más de una semana pero menos de un mes	60
*16	La madre ha empezado a trabajar fuera de casa	60
17	Cambio en el horario laboral de la madre que implique estar más horas fuera de casa	60
18	Aumento del número de conflictos entre el niño/a y los padres	58
*19	Enfermedad o accidente que ha requerido hospitalización	55
20	Ruptura matrimonial entre los padres (sin relación conyugal pero comparten el domicilio)	50
21	Adquisición de una deformidad o limitación física o sensorial	50
22	Casamiento de la madre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez	50
23	El padre ha estado en prisión más de un mes	50
24	Aparición de conflictos con un profesor	50
25	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización del padre	50
26	Casamiento del padre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez	50
27	Se ha iniciado en el consumo de drogas o alcohol	50
28	Fallecimiento de un abuelo/a que vivía en casa	50
29	El niño ha estado separado del padre más de un mes	50
30	Aparición de una enfermedad grave	40
31	Cambio de profesor/a durante el curso	40
32	Cambio de escuela	40
33	El estado de ánimo del padre ha empeorado	40
34	El padre ha estado detenido o en prisión menos de un mes	40
35	Ha recibido información personal o familiar posiblemente traumática (adopción, identidad de padres, etc.)	40
36	Aumento del número de conflictos entre el niño/a y sus hermanos	40
37	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de un hermano/a	40
38	Descenso significativo del nivel de salud (episodios reiterados de enfermedades leves)	32

(continúa)

TABLA I (continuación)

3 años a 5 años 11 meses

N.º Orden		Valor
39	Es expulsado de la escuela	30
*40	Aparición de trastornos conductuales y/o emocionales significativos (orinarse en la cama, tics, etc.)	30
41	El niño/a ha estado separado del padre más de una semana pero menos de un mes	30
42	Enfermedad o accidente que ha requerido 15 días o más de cada o reposo en casa	30
43	Inicio de un nuevo curso escolar	30
44	Cambio de población donde se vive (emigración)	30
45	Enfermedad grave sin hospitalización de un miembro de la familia que vive en casa	30
46	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de un abuelo/a o de otro familiar que vive en la casa	30
*47	Incorporación de una nueva persona en la vivienda familiar	30
48	Un hermano/a se marcha de casa conflictivamente	30
49	Conflictos o fracasos importantes en la práctica de una actividad extraescolar	30
50	Aparición de conflictos con los compañeros en la escuela	30
51	Es amenazado de expulsión en la escuela	27
52	El padre o la madre han sido juzgados o están pendientes de juicio	25
53	Fallecimiento de un amigo/a o compañero/a	25
54	Cambio de etapa escolar (pre-escolar, EGB, ciclos...)	25
55	La madre ha empezado a tener problemas laborales	25
56	Cambio en el horario laboral del padre que implique estar más horas fuera de casa	25
57	Aumento del tiempo de relación con los abuelos	20
*58	Fallecimiento de un abuelo/a que vivía fuera de casa	20
59	Disminución del tiempo de relación con los abuelos	20
60	Pérdida de trabajo por parte del padre	20
61	Cambio de vivienda	
62	Fallecimiento de un amigo o familiar íntimamente vinculado a la familia	20
63	Ha repetido curso	20
64	Empeoramiento de la situación económica de la familia	20
65	Relación con una persona o grupo que ha provocada conflicto familiar	20
66	Baja significativa del rendimiento escolar	20
67	Conflictos importantes con un amigo/a íntimo/a	20
68	Cambio en el horario laboral de la madre que implique estar más horas en casa	20
69	Ha iniciado o interrumpido una actividad extraescolar	20
70	Pérdida de trabajo por parte de la madre	20
71	El padre ha empezado a tener problemas laborales	20
72	Aparición de conflictos con un grupos de amigos (barrio, verano...)	20
73	Pérdida de contacto o ruptura de la relación con un amigo/a íntimo/a	20
74	Un hermano/a se marcha de casa sin conflictos	20
75	Cambio de horario laboral del padre que implique estar más horas en casa	20
76	El padre ha empezado a trabajar (tras paro o baja por enfermedad prolongada)	12
77	Casamiento de un hermano/a	10
78	Embarazo de una hermana soltera	10
79	Cambio de trabajo de la madre	10
80	Cambio de trabajo del padre	10

Items de la escala ordenados de mayor a menor importancia y valores de las medianas de las puntuaciones otorgadas por el conjunto de profesionales. Los items marcados con un asterisco son los que presentan discrepancias significativas, en el valor otorgado por los tres grupos de profesionales.

TABLA 2

6 años a 9 años 11 meses

N.º Orden		Valor
1	Fallecimiento de la madre	95
2	Fallecimiento del padre	80
3	Separación de los padres	80
4	Fallecimiento de un hermano/a	80
5	La madre ha estado en prisión más de un mes	80
6	Incidente traumático (asalto sexual, extraviarse, accidente de circulación)	75
7	Adquisición de una deformidad o limitación física o sensorial	70
8	El padre ha estado en prisión más de un mes	70
9	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de la madre	70
*10	La madre ha estado detenida o en prisión menos de un mes	70
11	Es expulsado de la escuela	70
12	Aumento del número de discusiones entre los padres	70
13	Ha recibido información personal o familiar posiblemente traumática (adopción, identidad de padres, etc.)	70
*14	Se ha iniciado en el consumo de drogas o alcohol	70
15	Aparición de una enfermedad grave	65
16	El padre ha estado detenido o en prisión menos de un mes	65
17	Ha tenido problemas con la ley y/o con la policía	65
18	Aumento del número de conflictos entre el niño/a y los padres	60
19	Ruptura matrimonial entre los padres (sin relación conyugal pero comparten el domicilio)	60
20	Casamiento de la madre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez.	60
21	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización del padre	60
22	Casamiento del padre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez	60
23	El niño ha estado separado de la madre más de un mes	60
24	Ha ido a la escuela o guardería por primera vez	60
25	El estado de ánimo de la madre ha empeorado	60
26	Aparición de trastornos conductuales y/o emocionales significativos (orinarse en la cama, tics, etc.)	60
*27	Aparición de conflictos con un profesor	60
28	Fallecimiento de un amigo/a o compañero/a	60
29	Fallecimiento de un abuelo/a que vivía en casa	60
30	Es amenazado de expulsión en la escuela	60
31	Enfermedad o accidente que ha requerido hospitalización	60
32	Nacimiento de un hermano/a	50
33	Aparición de conflictos con los compañeros en la escuela	50
34	Enfermedad grave que ha requerido hospitalización de un hermano/a	50
35	Cambio de escuela	50
36	Ha suspendido en junio tres o más materias fundamentales	50
37	El estado de ánimo del padre ha empeorado	50
38	El padre o la madre han sido juzgados o están pendientes de juicio	50
39	Cambio de población donde se vive (emigración)	50
40	Aumento del número de conflictos entre el niño/a y sus hermanos	50
41	Conflictos importantes con un amigo/a íntimo/a	50
*42	Conflictos o fracasos importantes en la práctica de una actividad extraescolar	50
43	Baja significativa del rendimiento escolar	50
44	Un hermano/a se marcha de casa conflictivamente	50

(continúa)

TABLA 2 (continuación)

6 años a 9 años 11 meses		Valor
N.º		
Orden		
45	Ha repetido un curso	50
46	Cambio en el horario laboral de la madre que implique estar más horas fuera de casa	50
47	Descenso significativo del nivel de salud (episodios reiterados de enfermedades leves)	50
48	Aparición de conflictos con un grupo de amigos (barrio, verano,...)	50
49	Aumento significativo del trabajo escolar (deberes)	50
50	Pérdida de contacto o ruptura de la relación con un amigo/a íntimo/a	50
51	El niño ha estado separado del padre más de un mes	50
*52	La madre ha empezado a trabajar fuera de casa	50
53	El niño/a ha estado separado de la madre más de una semana pero menos de un mes	50
54	Pérdida de trabajo por parte del padre	50
55	Cambio de profesor/a durante el curso	40
56	Enfermedad grave sin hospitalización de un miembro de la familia que vive en casa	40
57	Empeoramiento de la situación económica de la familia	40
58	Relación con una persona o grupo que ha provocado conflicto familiar	40
*59	Enfermedad o accidente que ha requerido 15 días o más de cama o reposo en casa	40
60	Fallecimiento de un amigo o familiar íntimamente vinculado a la familia	40
61	Fallecimiento de un abuelo/a que vivía fuera de casa	40
62	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de un abuelo/a o de otro familiar que vive en la casa	40
*63	Incorporación de una nueva persona en la vivienda familiar	30
*64	Ha iniciado o interrumpido una actividad extraescolar	30
65	La madre ha empezado a tener problemas laborales	30
66	El niño/a ha estado separado del padre más de una semana pero menos de un mes	30
67	El padre ha empezado a tener problemas laborales	30
68	Cambio en el horario laboral del padre que implique estar más horas fuera de casa	30
*69	Ha entrado a formar parte de un grupo religioso o político	30
70	Cambio de vivienda	30
71	Cambio de etapa escolar (pre-escolar, E.G.B., ciclos,...)	30
72	Pérdida de trabajo por parte de la madre	30
73	Inicio de un nuevo curso escolar	30
74	Inicia sus funciones una persona responsable de la crianza del niño/a en ausencia de los padres	30
75	Embarazo de una hermana soltera	30
76	Un hermano/a se marcha de casa sin conflictos	27
77	Aumento del tiempo de relación con los abuelos	20
78	Disminución del tiempo de relación con los abuelos	20
79	El padre ha empezado a trabajar (tras paro o baja por enfermedad prolongada)	20
80	Casamiento de un hermano/a	20
81	Cambio en el horario laboral de la madre que implique estar más horas en casa	20
82	Cambio de horario laboral del padre que implique estar más horas en casa	20
83	Cambio de trabajo de la madre	10
84	Cambio de trabajo del padre	10

Items de las escala ordenados de mayor a menor importancia y valores de las medianas de las puntuaciones otorgadas por el conjunto de profesionales. Los items marcados con un asterisco son los que presentan discrepancias significativas, en el valor otorgado por los tres grupos de profesionales.

TABLA 3

N.º Orden	10 años a 12 años 11 meses	Valor
1	Fallecimiento de la madre	90
2	Fallecimiento del padre	90
3	Adquisición de una deformidad o limitación física o sensorial	
4	Fallecimiento de un hermano/a	80
*5	El padre ha estado en prisión más de un mes	
6	La madre ha estado en prisión más de un mes	80
7	Separación de los padres	80
*8	Incidente traumático (asalto sexual, extraviarse, accidente de circulación)	80
*9	Se ha iniciado en el consumo de drogas o alcohol	80
10	Es expulsado de la escuela	80
11	Fallecimiento de un amigo/a o compañero/a	8
12	Aparición de una enfermedad grave	80
13	El padre ha estado detenido o en prisión menos de un mes	80
14	La madre ha estado detenida o en prisión menos de un mes	80
15	Ha tenido problemas con la ley y/o con la policía	77
16	Ha recibido información personal o familiar posiblemente traumática (adopción, identidad padres, etc...)	75
*17	Aparición de trastornos conductuales, y/o emocionales significativos (orinarse en la cama, tics, etc...)	75
18	Aumento del número de discusiones entre los padres	70
19	Aumento del número de conflictos entre el niño/a y sus padres	70
20	Ruptura matrimonial entre los padres (sin relación conyugal pero comparten el domicilio)	70
21	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de la madre	70
22	Casamiento del padre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez	70
23	Casamiento de la madre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez	70
24	Conflictos importantes con un amigo/a íntimo/a	70
25	Aparición de conflictos con los compañeros en la escuela	70
26	Es amenazado de expulsión en la escuela	70
27	Casamiento del padre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez	70
28	Pérdida de contacto o ruptura de la relación con un amigo/a íntimo/a	70
29	Cambio de población donde se vive (emigración)	70
30	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización del padre	60
*31	Ha suspendido en junio tres o más materias fundamentales	60
32	Ha repetido curso	60
*33	Aparición de conflictos con un profesor/a	60
34	Aparición de conflictos con un grupo de amigos (barrio, verano,...)	60
*35	Un hermano/a se marcha de casa conflictivamente	60
36	Baja significativa del rendimiento escolar	60
*37	Conflictos o fracasos importantes en la práctica de una actividad extraescolar	60
*38	Pérdida de trabajo por parte del padre	60
39	Fallecimiento de un abuelo/a que vivía en casa	60
40	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de un hermano/a	60
41	El estado de ánimo de la madre ha empeorado	60
42	Enfermedad o accidente que ha requerido hospitalización	60
*43	Empeoramiento de la situación económica de la familia	50

(continúa)

TABLA 3 (continuación)

10 años a 12 años 11 meses

N.º Orden		Valor
44	El estado de ánimo del padre ha empeorado	50
45	Descenso significativo del nivel de salud (episodios reiterados de enfermedades leves)	50
46	Cambio de escuela	50
47	Aumento del número de conflictos entre el niño/a y sus hermanos	50
48	Relación con una persona o grupo que ha provocado conflicto familiar	50
49	Aumento significativo del trabajo escolar (deberes)	50
50	El niño/a ha estado separado de la madre más de un mes	50
51	Enfermedad grave sin hospitalización de un miembro de la familia que vive en casa	50
52	Ha entrado a formar parte de un grupo religioso o político	50
53	Fallecimiento de un amigo o familiar íntimamente vinculado a la familia	45
*54	El padre ha empezado a tener problemas laborales	42
*55	Embarazo de una hermana soltera	40
*56	Enfermedad o accidente que ha requerido 15 días o más de cama o reposo en casa	40
57	El niño/a ha estado separado del padre más de un mes	40
58	Enfermedad grave que ha requerido la hospitalización de un abuelo/a o de otro familiar que vive en casa	40
59	Inicia sus funciones una persona responsable de la crianza del niño en ausencia de los padres	40
60	Fallecimiento de un abuelo/a que vivía fuera de casa	40
*61	La madre ha empezado a tener problemas laborales	40
62	Cambio de profesor/a durante el curso	40
63	Cambio en el horario laboral de la madre que implique estar más horas fuera de casa	40
*64	Ha iniciado o interrumpido una actividad extraescolar	40
*65	Incorporación de una nueva persona en la vivienda familiar	40
66	Pérdida de trabajo por parte de la madre	40
67	El niño/a ha estado separado de la madre más de una semana pero menos de un mes	40
68	La madre ha empezado a trabajar fuera de casa	40
69	Cambio en el horario laboral del padre que implique estar más horas fuera de casa	32
70	Cambio de etapa escolar (pre-escolar, E.G.B., ciclos,...)	30
71	Cambio de vivienda	30
72	Nacimiento de un hermano/a	30
73	El niño/a ha estado separado del padre más de una semana pero menos de un mes	30
*74	Un hermano/a se marcha de casa sin conflictos	30
75	Casamiento de un hermano/a	20
*76	Inicio de un nuevo curso escolar	20
77	Aumento del tiempo de relación con los abuelos	20
*78	El padre ha empezado a trabajar (tras paro o baja por enfermedad prolongada)	20
79	Cambio en el horario laboral del padre que implique estar más horas en casa	20
*80	Cambio en el horario laboral de la madre que implique estar más horas en casa	20
81	Disminución del tiempo de relación con los abuelos	20
*82	Cambio de trabajo del padre	10
*83	Cambio de trabajo de la madre	10

Items de la escala ordenados de mayor a menor importancia y valores de las medianas de las puntuaciones otorgadas por el conjunto de profesionales. Los items marcados con un asterisco son los que presentan discrepancias significativas, en el valor otorgado por los tres grupos de profesionales.

TABLA 4

Número y porcentaje de ítems en los que hay acuerdo y desacuerdo, entre los diferentes subgrupos de profesionales, en cada grupo de edad y en total. (Los ítems en los que hay desacuerdo están marcados con un asterisco en las tablas 1, 2, 3)

	3 años a 5 años 11 meses		6 años a 9 años 11 meses		10 años a 12 años 11 meses		Total	
	Acuerdo	No Acuerdo	Acuerdo	No Acuerdo	Acuerdo	No Acuerdo	Acuerdo	No Acuerdo
Número	75	5	74	10	62	21	211	36
%	93,75	6,25	88,10	11,9	74,70	25,30	85,43	14,57

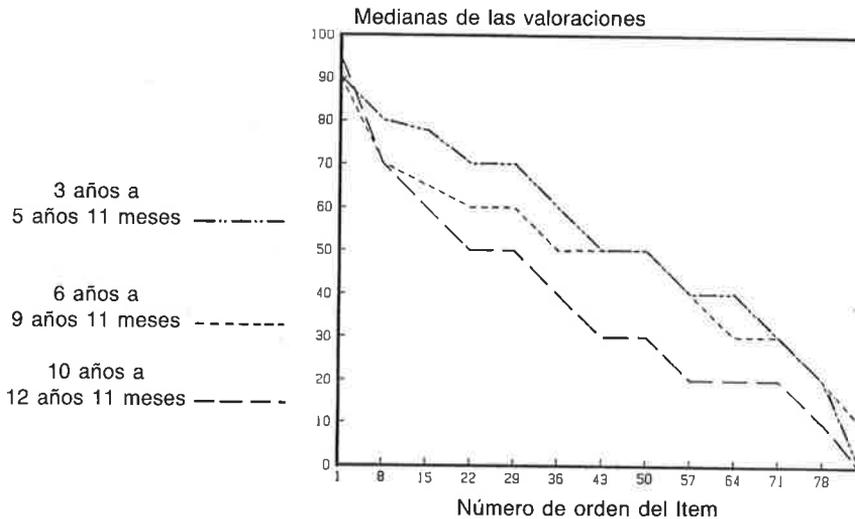


Fig. 1. Medianas en orden descendente según cada grupo de edad.

Bibliografía

- CODDINGTON, R. D.: *The Significance of Life Events as Etiologic Factors on the Diseases of Children. I. A Survey of Professional Workers*. «Journal of Psychosomatic Research», 16, 7-18, 1972.
- DOHRENWEND, E. S. y DOHRENWEND, B. P.: *Stressful Life Events: their Nature and Effects*. New York: Wiley, 1974.
- DOUGLAS, J. W. B.: *Early Hospital Admissions and Later Disturbances on Behaviour and Learning*. «Developmental Medicine and Child Neurology», 17, 456-480, 1975.
- HOLMES, T. H. y RAHE, R. H.: *The social Readjustment Rating Scale*. «Journal of Psychosomatic Research», 11, 213-218, 1967.
- LINGWORTH, R. S. y HOLT, K. S.: *Children in Hospital. Some Observations on their Reactions with Special Reference to Daily Visiting*. «Lancet», II, 1257-1262, 1955.
- JOHNSON, J. H. y MCCUTCHEON, S. M.: *Assessing Life Stress in Older Children and Adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist*. En: Sarason, I. G. y Spielberger, C.D. (Eds.), «Stress and Anxiety». Washington, D.C.: Hemisphere, 1980.
- LAZARUS, R. S.: *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- MASUDA, M. y HOLMES, T. H.: *Magnitude Estimations of Social Readjustments*. «Journal of Psychosomatic Research», 11, 219-225, 1967.
- MONAGHAN, J. H.; ROBINSON, J. O. y DODGE, J. A.: *The Children's Life Events Inventory*. «Journal of Psychosomatic Research», 23, 63-68, 1979.
- RUTTER, M.: *Stress, Coping and Development: Some Issues and Some Questions*. «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 22, 323-356, 1981.
- YEAWORTH, R. C.; YORK, J.; HUSSEY, M. A.; INGLE, M. E. y GOODWIN, T.: *The Development of an Adolescent Life Change Event Scale*. «Adolescence», 15, 91-77, 1980.

Acontecimientos vitales y psicopatología infantil

G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez

INTRODUCCIÓN

La mayoría de investigaciones en estrés infantil analizan un hecho o situación estresante y su efecto, en especial, sobre la salud psíquica de los niños. En estas investigaciones incluiríamos, entre otros, los estudios sobre el divorcio (Wallerstein, 1983), la hospitalización (Douglas, 1975; Ferguson, 1979), el nacimiento de un hermano (Dunn et al.) o situaciones más extremas como catastrofes naturales (Newman, 1976), guerras (Milgram, 1982). Son relativamente escasos los estudios sobre la influencia de la acumulación de hechos estresantes o acontecimientos vitales en la salud del niño, especialmente sobre su salud somática.

Desde que Holmes y Rahe (1967) construyeron la Escala de Valoración del Ajuste social (SRRS), existe una extensa literatura con población adulta, que, a pesar de los problemas y críticas metodológicas de la que ha sido objeto (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Thoits, 1983), demuestran que los acontecimientos vitales juegan un papel como factores que incrementan la susceptibilidad a diversos tipos de patologías.

El estudio de la influencia de los acontecimientos vitales en la salud de niños y adolescentes, como es habitual en otras áreas de investigación, se produce con cierto retraso respecto a los trabajos con adultos. A partir de las escalas construidas por Coddington (1972) para niños y adolescentes, han empezado a aparecer diversos estudios que indican que en estas edades también existe relación entre acontecimientos vitales y diversas patologías

tanto psiquiátricas como somáticas (Johnson, 1982).

El objetivo de este trabajo consiste en analizar el papel de los acontecimientos vitales, potencialmente estresantes, como un factor de riesgo que puede aumentar la susceptibilidad a la psicopatología. La hipótesis de la que partimos es la siguiente: Los niños que presentan un trastorno psicopatológico, de aparición aguda, han experimentado, durante el año anterior al inicio de la patología, mayor número de acontecimientos vitales, que los niños con un trastorno crónico o de larga evolución, o los niños normales.

METODO

Sujetos

Se comparan tres grupos de niños:

1. Grupo de estudio: niños que presentan un trastorno psicopatológico de menos de un año de evolución. Está constituido por 55 sujetos.

2. Grupo control patológico: niños que presentan un trastorno psicopatológico crónico o de más de dos años de evolución. Está formado por 110 sujetos.

3. Grupo control normal: niños que en el último año no han presentado ningún trastorno, ni orgánico, ni psicológico. Está constituido por 166 sujetos.

En la tabla I se describe la composición de estos tres grupos, según la edad, sexo y nivel socioeconómico.

Instrumento

Para averiguar que hechos, potencialmente estresantes, han sido experimentados por nuestros sujetos, utilizamos la Escala de Acontecimientos vitales, construida por nosotros (ver «Evaluación de acontecimientos vitales en la infancia», en este mismo número).

Procedimiento

El grupo de estudio y el grupo control patológico han sido seleccionados y diagnosticados en nuestra «Unitat de psiquiatria infantil i juvenil». El grupo control normal procede de diversas escuelas y fue seleccionado mediante una encuesta de salud y una entrevista. En los tres grupos la escala fue administrada, mediante una entrevista, a los padres. El tiempo sobre el que se recoge información

es el siguiente: en el grupo de estudio, grupo de niños con un trastorno agudo, nos interesa averiguar que hechos han sucedido durante el año anterior al inicio del trastorno. En los grupos control patológico, grupos de niños con trastorno crónico, y en el grupo control normal, se recoge información sobre el año anterior a la entrevista. Se divide el período de recogida de información de un año (año anterior al trastorno o año anterior a la entrevista) en dos subperíodos, 3 meses y 9 meses, para estudiar si la acumulación de acontecimientos vitales se da más en un subperíodo o en el otro.

Todas las comparaciones entre los tres grupos estudio, control patológico y control normal, se llevan a cabo dividiéndolos a su vez en subgrupos de edad: de 3 a 5 años 11 meses, al que llamaremos «Pequeños», de 6 a 9 años 11 meses, «Medianos» y de 10 a 12 años 11 meses, «Mayores». Se comparan la media

TABLA I
Composición de los tres grupos de sujetos, según la edad, sexo y nivel socioeconómico

		Grupo estudio N = 55		Grupo control P. N = 110		Grupo control N. N = 166	
		Número	%	Número	%	Número	%
Edad	3 a. a 5 a. 11 m.	6	10,9	9	8,2	45	27,1
	6 a. a 9 a. 11 m.	27	49,1	55	50	57	34,3
	10 a. a 12 a. 11 m.	22	40	46	41,8	64	38,5
Sexo	♀	26	47,3	24	21,8	85	51,2
	♂	29	52,7	86	78,2	81	48,8
Nivel socio-económico	1	3	5,4	1	0,9	1	0,01
	2	22	40	44	41,5	22	13,3
	3	25	45,4	61	57,5	138	83,1
	No consta	5	9	4	3,6	5	3

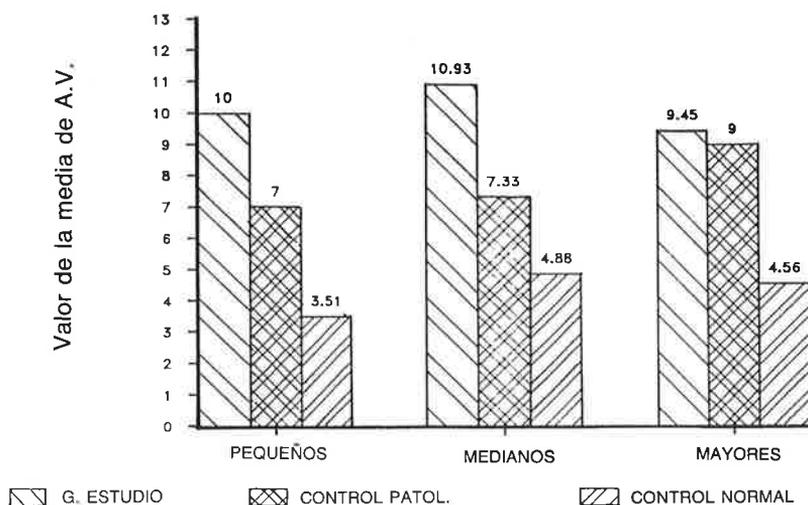


Fig. 1

de acontecimientos vitales en los tres grupos, y a su vez en los tres niveles de edad, mediante la prueba de análisis de la varianza de Kruskal-Wallis, que nos indica si las medias de acontecimientos vitales en los tres grupos difieren entre sí significativamente. Se llevan a cabo también estas comparaciones, en los períodos de 3 meses y 9 meses, en que hemos dividido el año de recogida de información.

RESULTADOS

En la tabla II se presentan la media de acontecimientos, sucedidos en el período de un año, en los tres grupos, estudio, control patológico y control normal, y en los tres niveles de edad. Estos mismos datos se representan gráficamente en la figura 1. Se observa que la media de acontecimientos vitales es mayor en el grupo de estudio ($x = 10,24$), niños con un trastorno psicopatológico agudo, que en el grupo control patológico ($x = 4,39$). La diferencia entre las medias de los tres grupos alcanza también la significación estadística en los tres niveles de edad, aunque en el nivel de mayores los resultados son más complejos

porque como se comentará más adelante no hay prácticamente diferencias entre la media del grupo de estudio y del grupo control patológico.

En las tablas III, IV y V se presentan las medias de acontecimientos vitales de los grupos estudio, control patológico y control normal, en los dos subperíodos en que hemos dividido el año de recogida de información, 3 y 9 meses, y en los tres niveles de edad, pequeños, medianos y mayores respectivamente. Observamos, en los pequeños, (Tabla III) que aunque la media de acontecimientos vitales es mayor en el grupo de estudio que en el control patológico y mayor que el control normal, las diferencias entre las medias de los tres grupos sólo alcanzan la significación estadística en el período de 9 meses, quizá debido a que son muy semejantes las medias del grupo de estudio y control patológico. En los medianos (Tabla IV) se encuentran diferencias significativas entre las tres medias en todos los subperíodos de tiempo, 3 meses, 9 meses y el total de un año. En el nivel de edad superior (Tabla V), se encuentran diferencias significativas, entre los tres grupos en el período de 9 meses y en el total de un año, no siendo así en el período de 3 meses.

TABLA II
Frecuencia de acontecimientos vitales

		G. Estudio	G. Control P.	G. Control N.	Prueba	Significación
3 a. - 5 a. 11 m.	N.º \bar{X} (1 año)	6 10	9 7	45 3,51	K-W $\chi^2 = 8,4554$	P = 0,0146 significativa
6 a. - 9 a. 11 m.	N.º \bar{X}	27 10,93	55 7,33	57 4,88	Anova F = 28,93	P < 0,001 significativa
10 a. - 12 a. 11 m.	N.º \bar{X}	22 9,45	46 9	64 4,56	Anova F = 34,76	P < 0,001 significativa
Total	N.º \bar{X} D.E.	55 10,24 4,26	110 8,01 3,91	166 4,39 3,42	Anova F = 82,696	P < 0,001 significativa

TABLA III
Frecuencia de acontecimientos vitales: grupo 3 años a 5 años 11 meses

	G. Estudio	G. Control P.	G. Control N	Prueba K-W	Significación
N.º sujetos	8	9	45		
\bar{X} (3 meses)	4,80	2,89	1,02	$X^2 = 8,46$	P = 0,0146 (signif.)
\bar{X} (9 meses)	5,20	4,11	2,49	$X^2 = 5,56$	P = 0,0618 (no sig.)
\bar{X} (1 año)	10	7	3,51	$X^2 = 8,4554$	P = 0,00146 (signi.)

TABLA IV
Frecuencia de acontecimientos vitales: grupo 6 años a 9 años 11 meses

	G. Estudio	G. Control P.	G. Control N	Prueba Anova	Significación
N.º sujetos	27	55	57		
\bar{X} (3 meses)	3,48	2,19	1,96	F = 6,068	P = 0,003 (signif.)
\bar{X} (9 mcses)	7,44	5,15	2,91	F = 21,711	P < 0,001 (signif.)
\bar{X} (1 año)	10,93	7,33	4,88	F = 28,932	P < 0,001 (signif.)

TABLA V
Frecuencia de acontecimientos vitales: grupo 10 años a 12 años 11 meses

	G. Estudio	G. Control P.	G. Control N	Prueba Anova	Significación
N.º sujetos	22	46	64		
\bar{X} (3 meses)	2,36	2,39	1,77	F = 2,133	P = 0,123 (No sig.)
\bar{X} (9 meses)	7,09	6,61	2,80	F = 33,531	P < 0,001 (signif.)
\bar{X} (1 año)	9,45	9,0	4,56	F = 34,769	P < 0,001 (signif.)

DISCUSIÓN

Estos resultados parecen apoyar nuestra hipótesis inicial: los niños con un trastorno psicopatológico de aparición aguda han experimentado, durante el año anterior al inicio de su patología, mayor número de acontecimientos vitales ($x = 4$). Estas mismas diferencias se mantienen, al menos, en dos de los niveles de edad en que hemos dividido a los niños, en los pequeños y medianos. En el caso de los mayores los resultados parecen más complejos. El análisis, por diferentes niveles de edad, de la frecuencia de acontecimientos vitales, en los dos períodos de tiempo en que dividíamos el año de recogida de información, nos indica que no hay diferencias significativas en el período de 9 meses, en el grupo de menor de edad, ni en el período de 3 meses, en el de mayor edad. Este resultado nos sugiere la posibilidad de que cuanto menor es el niño, su respuesta patológica ante situaciones entresantes es más inmediata que en el caso de niños mayores.

Las pruebas que hemos aplicado únicamente nos indican que los tres grupos difieren significativamente entre sí, pero no cual de ellos es el responsable de las diferencias, por lo que creemos necesario comparar los grupos dos a dos ya que hay resultados que nos han sorprendido y que harían que nuestra hipótesis se cumpliera sólo parcialmente. En el grupo de mayores (Figura 1, Tabla II y Tabla V), la media de acontecimientos vitales del grupo de estudio y grupo control patológico son prácticamente iguales y ambas mucho más altas que las del grupo control normal. Esto nos sugiere que los acontecimientos vitales pueden actuar no sólo como factores que predisponen o aumentan el riesgo de la psicopatología, como nos indicarían los resultados obtenidos por el grupo de estudio o niños con trastorno agudo, sino que también pueden actuar como factores mantenedores de trastornos, lo que explicaría el hecho de que los niños con su trastorno crónico tienen también medias más altas que el grupo control normal. Otras explicaciones alternativas son también posi-

bles. Estas entrarían en las discusiones y críticas planteadas a este tipo de trabajos sobre la relación entre acontecimientos vitales y trastornos (Thoits, 1983). Los individuos con trastornos tienen mayor número de experiencias vitales o es posible que ambas, acontecimientos vitales y trastornos covaríen con una tercera variable aún no identificada.

Bibliografía

- CODDINGTON, R. D.: *The Significance of Life Events as Etiologic Factors on the Diseases of Children I. A Survey of Professional Worker's*. «Journal of Psychosomatic Research», 16, 7-18, 1972.
- DOHRENWEND, E. S. y DOHRENWEND, B. P.: *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York, Wiley, 1974.
- DOUGLAS, J. W. B.: *Early Hospital Admissions and Later Disturbances of Behaviour and Learning*. «Developmental Medicine and Child Neurology», 17, 456-480, 1975.
- DUNN, J.; KENDRICK, C. y MCNAMEE, R.: *The Reaction of First-Born Children to The Birth of a Sibling: Mothers' Reports*. «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 22, 1-18, 1981.
- FERGUSON, B. F.: *Preparing Young Children for Hospitalization: A Comparison of Two Methods*. «Pediatrics», 64, 656-664, 1979.
- HOLMES, T. H. y RAHE, R. H.: *The social Readjustment Rating Scale*. «Journal of Psychosomatic Research», 11, 213-218, 1967.
- JOHNSON, J. H.: *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. En: Lahey, B. B. y Kazdin, A. E. (Eds.), «Advances in Clinical Child Psychology», vol. 5, New York: Plenum Press, 1982.
- MILGRAM, N. A.: *War Related Stress in Israeli Children and Youth*. En: Goldberger, L. y Brenitz, S. (Eds.), «Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects», New York: The Free press, 1982.
- NEUMAN, C. J.: *Children of Disaster: Observation at Buffalo Creek*. «American Journal of Psychiatry», 133, 306-312, 1976.
- THOITS, P. A.: *Life Events and Psychological Distress*. En: Kaplan, H. B. (Ed.), «Psychosocial Stress», New York, Academic Press, 1983.
- WALLERSTEIN, J. S.: *Children of Divorce: Stress and Developmental Tasks*. En: Garmezy, N. y Rutter, M. (Eds.), «Stress, Coping and Development in Children», New York, McGraw-Hill, 1983.

Comunicación no vocal y estrés en niños con parálisis cerebral

C. Basil y R. Bayés

INTRODUCCIÓN

Muchas de las personas con problemas de lenguaje y comunicación se ven incapacitadas para desarrollar el habla por falta de un mecanismo físico de expresión. Entre ellas, los niños afectados de parálisis cerebral constituyen uno de los ejemplos más representativos, puesto que estos niños presentan, desde el momento del nacimiento, una serie de trastornos motores que limitan enormemente su capacidad para emitir sonidos y articular la palabra, así como para interactuar con su medio ambiente de muchas otras formas.

Tradicionalmente, se ha asimilado la capacidad de adquirir el habla, es decir, el lenguaje articulado, con la posibilidad de adquirir el lenguaje como sistema complejo y estructurado de expresión y como vehículo de pensamiento, e incluso se ha considerado «hablar» como sinónimo de «comunicarse». Como resultado de ello, muchas de estas personas y, en particular, los niños con afectaciones motoras graves, han quedado excluidas de los programas de comunicación y lenguaje propios de nuestra cultura y se ha considerado que muy poca cosa se podía hacer para lograr que llegaran a adquirir un medio instrumental eficaz para comunicar a los demás sus deseos, expresar sus sentimientos y afectos e intercambiar experiencias pidiendo y proporcionando información. De este modo, aquellos niños que tienen ya dificultades graves para controlar y producir efectos previsibles sobre su entorno a causa de una movilidad, control postural y habilidades manipulativas muy

reducidas, se enfrentan con el problema de que tampoco pueden incidir eficazmente sobre el ambiente a través de otras personas, al carecer de medios adecuados para la comunicación. Recíprocamente, sus escasas habilidades comunicativas conllevan que los demás se sientan poco estimulados a proporcionarles atención, conversación y juego instructivo, y tiendan a limitar su interacción con el niño gravemente afectado de parálisis cerebral a un intento de solucionar sus necesidades primarias.

A nuestro juicio, de la situación que hemos descrito se derivan dos consecuencias principales. En primer lugar, a causa de sus posibilidades limitadas de actuar sobre objetos y personas, y a causa de la escasa estimulación instructiva que reciben de los demás, los niños con graves afectaciones motoras tienen pocas oportunidades para aprender las habilidades básicas en las cuales se fundamenta el crecimiento personal, intelectual y lingüístico. En segundo lugar, a causa de sus escasas posibilidades para controlar el ambiente, se ven enfrentados a los acontecimientos vitales con una muy escasa posibilidad de incidir en ellos lo cual puede acarrear el aprendizaje activo de una falta de sincronía generalizada entre las demandas del ambiente y sus posibilidades reales de afrontarlas con éxito. De acuerdo con la teoría de Lázarus (1966) sobre el estrés psicológico, estos niños podrían ver incrementada su percepción de amenaza a causa de sus creencias acerca de su relación con el ambiente, la cual, unida a sus menores recursos, les conduciría a una mayor impoten-

cia. Por otra parte, de acuerdo con Seligman (Overmier y Seligman, 1967; Seligman, 1975; Seligman y Maier, 1967), de la posible distorsión sobre las expectativas o percepción de control en estos niños cabría esperar las consecuencias emocionales (ansiedad, depresión), cognitivas (falta de disposición para el aprendizaje) y conductuales o motivacionales (disminución de la responsividad y de la iniciación de respuestas voluntarias) que definen el fenómeno de la *indefensión aprendida*.

De acuerdo con el planteamiento anterior, los principales objetivos del estudio que resumimos a continuación, y cuyos detalles se han señalado en otro lugar (Basil, 1985), son los siguientes:

1. Estudiar las características de la interacción comunicativa de un grupo de niños no-vocales, afectados de graves trastornos neuromotores, en su ambiente natural (familiar y escolar).
2. Recoger evidencia empírica que nos permita conocer si el modelo de la indefensión aprendida puede aplicarse al análisis de los déficits de interacción y comunicación que presentan estos niños.
3. Evaluar la eficacia de un tratamiento de intervención familiar destinado a disminuir los efectos de la posible indefensión.

SUJETOS

Han participado en este estudio cuatro niños de edades comprendidas entre siete años y cuatro meses y ocho años y ocho meses, afectados de parálisis cerebral con graves trastornos múltiples, que comprometen el desplazamiento, la manipulación, el nivel intelectual y el desarrollo del lenguaje. Los cuatro niños utilizan para comunicarse un tablero con pictogramas (Mayer Johnson, 1981; Vanderheiden y Grilley, 1982) que les permite expresarse a un nivel de «palabras-frase» con valor informativo y de petición, mediante sencillos movimientos de señalización en dichos pictogramas. También utilizan la expresión facial

y respuestas gestuales de afirmación y negación.

PROCEDIMIENTO

En nuestra investigación hemos registrado, de forma paralela, observaciones en el ambiente escolar (donde el niño ya estaba acostumbrado a usar el tablero pictográfico y a mantener con él un buen nivel de interacción comunicativa con el maestro) y en el ambiente familiar, antes y después de aplicar un tratamiento de enseñanza destinado a los padres. Concretamente, se evaluaron los siguientes parámetros:

- a) El grado de indefensión mostrado por los niños, medido a través del porcentaje de veces que dejaban de responder a las preguntas, instrucciones y demandas de sus interlocutores.
- b) El porcentaje de respuestas contingentes que los niños obtenían, a su vez, de los padres y del maestro, como traducción de su grado de control sobre el entorno social en una situación de conversación.

Con el análisis de los datos hemos intentado poner de manifiesto la posible relación entre ambos fenómenos, a saber, el control de los niños sobre la situación de interacción comunicativa y un aspecto de la indefensión aprendida, concretamente sus efectos conductuales o motivacionales. También hemos intentado estudiar si el tratamiento aplicado lograba mejorar la situación observada en ambiente familiar.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo muestran que el aumento en el control de los niños sobre su entorno social incrementaba su propia responsabilidad ante las situaciones de interacción con sus semejantes. Tanto el cálculo de la recta de regresión (Figura 1) como el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax (Figura 2) indicaron la existencia de una convariación negativa entre la responsividad contingente del adulto y la

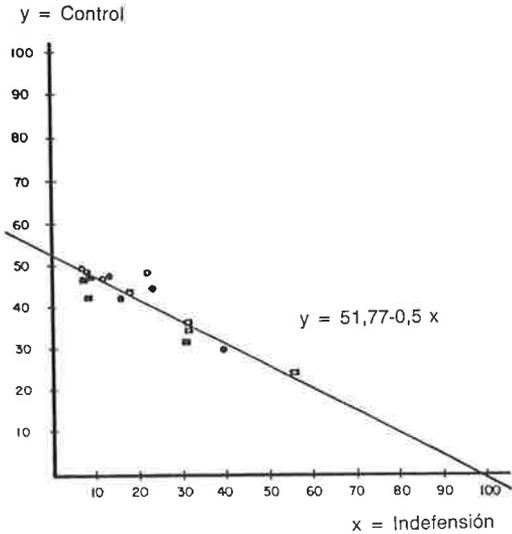


Fig. 2. Resultados del análisis factorial de componentes principales seguido de rotación varimax; solución de dos factores:

- El factor I o «factor control-indefensión» agrupa la responsividad mutua adulto-niño en el extremo positivo y las no respuestas del niño en el negativo, mostrando de nuevo la relación inversa entre el control o sincronía comunicativa y la indefensión aprendida.
- El factor II o «factor de dominio del adulto» situa la iniciativa del adulto en la conversación en el extremo positivo y la iniciativa del niño en el negativo. Las no respuestas del adulto, que covarían positivamente con la iniciativa del niño, muestran que los adultos tienden a ignorar los esfuerzos de estos niños por intervenir activamente como iniciadores de la conversación.

Variable	I	II
1: Inicia el sujeto	—070	—690
2: Inicia el adulto	426	763
3: Responde el sujeto	874	451
4: Responde el adulto	922	264
5: No responde el sujeto	—797	314
6: No responde el adulto	056	—813
Porcelana de varianza	50	25,5

falta de responsividad de los niños, la cual se había tomado como índice de los posibles efectos motivacionales de la indefensión aprendida.

En el estudio se puso de manifiesto que la responsividad de los niños ante las demandas de sus interlocutores era muy baja. En el ambiente familiar, antes del tratamiento, los niños dejaron de responder, como promedio, un 37,2 % de las veces a las preguntas y peticiones de sus padres, mientras que en el ambiente escolar el porcentaje de no-respuestas a las demandas del maestro fue de un 18,6 %. El escaso nivel de responsividad del niño no vocal cuando se intenta entablar una conversación con él, aunque disponga de un medio que le permita comunicarse (i.e. el tablero pictográfico), encontrado en el presente trabajo, coincide con los resultados de muchos otros investigadores (Calculator y Dollaghan, 1981; Calculator y Luchko, 1983; Harris, 1978, 1982; Yoder, 1984).

Nuestro estudio puso de relieve, sin embar-

go, cambios interesantes en la responsividad de los niños a sus padres después de aplicar el tratamiento orientado a mejorar las pautas de conversación de estos últimos. Después de dicho tratamiento, el porcentaje de episodios de no-respuesta de los niños en el ambiente familiar disminuyó casi un 22 %, pudiéndose equiparar prácticamente la calidad de las interacciones en casa y en la escuela donde, en la segunda medición, se halló un porcentaje de no-respuestas de los niños al maestro de un 11,5 %. Esta disminución en el porcentaje de no respuestas de los niños o indefensión aprendida, fue parejo a un aumento de las respuestas contingentes de los interlocutores al niño, es decir, a su control sobre la situación de interacción comunicativa (Figura 3). Nuestros resultados sobre la disminución del porcentaje de no-respuesta de los niños después del entrenamiento de los interlocutores coinciden con los encontrados por Calculator y Luchko (1983).

		Antes Intervención	Después Intervención	Ganancia Control	Pérdida Indefensión
Ambiente escolar	Control %	43,1	46,5	+ 3,4	
	Indefensión %	18,6	11,5		-7,1
Ambiente familiar	Control %	33,5	42,4	+ 8,9	
	Indefensión %	37,2	15,5		-21,7

Fig. 3. Evolución del control y la indefensión de los niños en situación de interacción comunicativa, en ambientes escolar y familiar. Estos resultados muestran como después del tratamiento la calidad de las interacciones en casa y en la escuela prácticamente se equiparan.

CONCLUSIÓN

En nuestra opinión, las mejoras observadas —que todavía distan mucho de alcanzar un nivel óptimo— pueden, razonablemente, considerarse como indicadores de una adaptación más adecuada y de una disminución del estrés al que se encuentra sometido el niño, con las consiguientes ganancias en sus dimensiones psicológicas y de salud. Por ello, podemos concluir que los sistemas de comunicación no-vocal (por ej. los tableros pictográficos), unidos a una intervención familiar apropiada, aparte de su función específica, pueden mejorar en general la calidad de vida de los niños con déficits motores graves que les impiden el desarrollo del lenguaje oral.

Bibliografía

- BASIL, C.: *Processos d'interacció i comunicació no-vocal en infants amb greus afectacions motòriques*. Tesis Doctoral inédita. Universitat Autònoma de Barcelona, 1985.
- CALCULATOR, S. N. y DOLLAGHAN, C.: *Assessing the communicative competence of nonspeaking persons using communication boards*. Comunicación presentada en la «American Speech-Language-Hearing As-

sociation National Convention», Los Angeles, 21 de Noviembre, 1981.

CALCULATOR, S. N. y LUCHKO, C.: *Evaluating the effectiveness of a communication board training program*. «Journal of Speech and Hearing Disorders», 48, 185-191, 1983.

HARRIS, D.: *Descriptive analysis of communicative interaction processes involving nonvocal severely handicapped children*. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Wisconsin-Madison, 1987.

HARRIS, D.: *Communicative interaction processes involving nonvocal physically handicapped children*. «Topics in Language Disorders», 2, 21-37, 1982.

LAZARUS, R. S.: *Psychological stress and the coping process*. New York, McGraw-Hill, 1966.

MAYER JOHNSON, R.: *The Picture Communication Symbols*. Stillwater: Mayer-Johnson Co., 1981.

OVERMIER, J. B. y SELIGMAN, M. P. E.: *Effects of inescapable shocks upon subsequent escape and avoidance learning*. «Journal of COMPARATIVE & Physiological Psychology», 63, 18-33, 1967.

SELIGMAN, M. E. P.: Ed. original en inglés. Traducción castellana, «Indefensión», Madrid, Debate, 1981.

SELIGMAN, M. E. P. y MAIER, S. F.: *Failure to escape traumatic shock*. «Journal of Experimental Psychology», 74, 1-9, 1967.

VANDERHEIDEN, G. C. y GRILLEY, K.: *Non-Vocal communication techniques and aids for the severely physically handicapped*. Baltimore, University Park Press, 1982.

YODER, D. E.: *Conversational interactions of augmentative systems users: What does our research tell us*. Ponencia presentada en la «Third International Conference on Augmentative and Alternative Communication», Cambridge, 18 de octubre, 1984.

Actitud de los profesionales de la salud ante la dismenorrea juvenil*

E. Camarasa, N. Centelles y R. Bayés

La dismenorrea primaria es el dolor localizado en la zona pelviana y/o lumbar, con irradiación eventual a los muslos, que sobreviene especialmente al inicio de la pérdida menstrual —cuando los ciclos son ovulatorios— y que a menudo se acompaña de diversos trastornos como náuseas, vómitos, lipotimias, pérdidas de conocimiento, diarrea, etc., en ausencia de podología pélvica aparente. Este trastorno afecta a un elevado número de adolescentes y jóvenes. Si bien la incidencia promedio de la dismenorrea se estima es de un 50 %, si nos ceñimos a la población de adolescentes y jóvenes es todavía más elevada y afecta, en diferentes grados, a las 3/4 partes de esta población (Iglesias, Camarasa y Centelles, 1987).

Este problema que, como vemos, afecta a tantas mujeres, sobre todo en su adolescencia y juventud, repercute en sus vidas tanto en el ámbito afectivo como en el social, escolar o laboral (Budoff, 1981; Friederich, 1983; Litt, 1983; Sloss y Frerichs, 1983), e incide, de alguna manera, en la falta de igualdad de oportunidades entre los dos sexos.

Por el momento no se ha conseguido un consenso sobre su etiología. Los diversos autores que han estudiado este tema presentan una gran variedad de explicaciones que contemplan como causa del dolor menstrual factores anatómicos, neurogénicos, hormona-

les, psicogénicos o psicosociales; además algunos de ellos consideran que la dismenorrea sólo puede explicarse en base a una interrelación de causas fisiológicas y psicológicas (Iglesias et al., 1987).

Aunque todavía no se ha conseguido encontrar una explicación completa de la etiología de la dismenorrea primaria, la mayoría de autores que han realizado estudios sobre el dolor menstrual consideran que el mismo está relacionado con un nivel de prostaglandinas E₂ y F_{2α} más elevado del normal, lo que parece que produce hipercontractibilidad del miometrio e isquemia (Alvín y Litt, 1982; Alzina, 1983; Birke y Gardner, 1979; Calhoun y Burnette, 1984; Comerci, 1981; Cox y Santirocco (1); Denney y Gerrard, 1981; Friederich, 1983; Gompel, 1984; González, 1980; Lambotte (2); Smith y Powel, 1982; Wiqvist, 1976; Wood, 1983; Zorn, (3).

Para paliar o eliminar el dolor de la menstruación se han propuesto y se utilizan diversos tratamientos, tanto farmacológicos y quirúrgicos como psicológicos. Sin embargo, en conjunto, los mismos distan mucho de proporcionar resultados satisfactorios.

La revisión de las investigaciones que se han realizado hasta el momento, nos sugieren que la dismenorrea primaria si bien tiene un componente fisiológico importante se encuentra fuertemente influida por las creencias culturales y otros aspectos socioculturales y psicológicos, y por tanto es posible que en algunos casos se mantenga vigente como consecuencia del aprendizaje social.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido do-

* Este trabajo ha podido, en parte, realizarse gracias a la ayuda n.º 3216/83 de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

ble: por una parte tratar de conocer un poco mejor cómo se presenta la problemática de la dismenorrea en un grupo de mujeres jóvenes normales, sanas, de nuestra población; por otra, tratar de establecer un tratamiento no farmacológico de fácil aplicación que pudiera ayudar a las personas afectadas.

CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

En un estudio que realizamos para conocer las características del ciclo menstrual y su problemática así como para recoger información sistematizada sobre el ciclo menstrual, la experiencia de la menarquía y sobre la actitud ante la menstruación en una población de 107 estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, pudimos comprobar que la dismenorrea primaria era el trastorno más frecuente y que afectaba en diversos grados al 72 % de las jóvenes encuestadas (Camarasa y Centelles, 1986).

El 79 % de las que admitieron padecer dismenorrea primaria tenían menstruaciones dolorosas desde la menarquía, que tuvieron a una edad promedio de 12,6 años (la edad mínima en que se presentó la menarquía fue de 9 años y la máxima de 16). Pero a pesar de ello, únicamente el 27 % de ellas respondieron que habían consultado al médico por este problema; y de sus respuestas ante la pregunta sobre lo que éste les había indicado se desprende que *en general, los profesionales a los que se habían dirigido no mostraban interés en estas consultas y que en muchos casos se limitaban a responder que padecer dolores menstruales era un hecho normal que se pasaba con el tiempo o teniendo hijos, y en otros, se limitaban a recetar algún medicamento sin dar tampoco importancia al problema.*

Por otra parte, pudimos comprobar que la mayoría (67 %) de las jóvenes consultadas deseaban recibir más información sobre la menstruación y a la pregunta sobre si consideraban que la preparación que recibieron para la menstruación fue adecuada, el 27,7 % contestó negativamente —el 64,9 % recibió esta pre-

paración a través de una charla informal, en la mitad de los casos emitida por su madre—. También es importante destacar que el 10,6 % de las muchachas respondieron que no habían recibido preparación cuando tuvieron su primera menstruación (ver Tabla I).

TABLA I
Preparación para la menstruación

Pregunta	Porcentaje
<i>¿Fue adecuada tu preparación para la menstruación?</i>	
1. Una conversación informal o charla	64,9
2. Me enseñaron una compresa	3,2
3. Un libro o un folleto	1,1
4. Ninguna	21,3
5. Otras (especificalas)	9,6
<i>¿Quién te preparó para la menstruación?</i>	
1. Mi madre	47,9
2. Mi padre	2,1
3. Una hermana	5,3
4. Un hermano	—
5. Una amiga	9,6
6. Un amigo	—
7. La escuela	14,9
8. Nadie	10,6
9. Otros (especificalos)	9,6

TRATAMIENTO

En nuestra opinión, el hecho de que muchos profesionales de la salud consideren la dismenorrea como un fenómeno natural que simplemente es necesario aceptar, puede establecer en sus pacientes la expectativa de que la dismenorrea primaria posee un carácter incontrolable, puesto que reciben este mensaje de una persona que consideran bien informada. De esta manera, las jóvenes que padecen dolor y malestar menstrual podrían haber aprendido que estos acontecimientos son absolutamente independientes de su comportamiento (Seligman, 1975). Por otra parte, teniendo en cuenta el deseo que manifestaban estas jóvenes de recibir más información y, además, que el factor cognitivo de la controlabilidad de los acontecimientos juega un papel muy impor-

tante en todo tipo de tratamientos, decidimos tomar en consideración estos factores al diseñar y aplicar una intervención para intentar eliminar o paliar, en la medida de lo posible, la dismenorrea primaria.

Al plantearnos el tratamiento que íbamos a aplicar a sujetos que padecían dismenorrea, tuvimos en cuenta la experiencia previa en tratamientos no farmacológicos de la dismenorrea que se habían efectuado en otros países (Birke et al., 1979; Calhoun et al., 1984; Cox, 1977; Cox et al. (1); Chesney y Tasto, 1975; Denney et al., 1981; Mullen (4); Penzo, 1986; Tan, 1982; Turner y Chapman, 1982), así como la hipótesis de las prostaglandinas como responsables del dolor menstrual y la interacción constante entre el sistema endocrino y el sistema nervioso (Bayés, [5]).

Por todas las consideraciones anteriores, decidimos abordar el tratamiento de la dismenorrea primaria a partir de una visión global del trastorno que padeciera cada joven e intentamos incidir en el mayor número de aspectos que pudieran influir en el hecho de padecer dolor menstrual.

Utilizamos un diseño cuasi-experimental tipo A-B para ver el efecto de cambio o mejora que se producía al aplicar el tratamiento a cada sujeto. En principio, pues, nos interesaba conocer la sintomatología concreta que padecían estas jóvenes y, para recoger estos datos, utilizamos los métodos de autoobservación y de autoregistro a fin de que las sujetos de estudio se sintieran implicadas en el tratamiento y lo vieran como una cosa en la que podían incidir directamente, debido a que nosotros consideramos que los factores psicológicos pueden influir en los procesos fisiológicos, especialmente en el sistema neuroendocrino.

Para incidir en aspectos cognitivos, como las creencias culturales y las expectativas, consideramos conveniente ofrecer una información clarificadora sobre la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, de los diversos cambios que se producen a lo largo del ciclo menstrual y sobre las posibles causas del dolor menstrual. Dimos esta informa-

ción en grupo, con el fin de que cada una de las muchachas se percatara de que su problema era compartido por otras chicas de su edad. También enfatizamos el hecho de que, en nuestra opinión, no cabe considerar normal el padecer dolor cuando se tiene la menstruación, sino que hay que intentar eliminarlo.

Nos decidimos por la aplicación de una técnica de relajación combinada con visualización, porque la técnica de la relajación progresiva se ha mostrado eficaz para controlar el dolor, reduciendo la tensión muscular y redirigiendo la atención fuera del dolor, y porque la visualización actúa directamente sobre los aspectos emocionales y cognitivos (Bernstein y Borkoveck, 1973; McKay, Davis y Fanning, 1981). También incluimos un ejercicio de respiración profunda, basado en técnicas de yoga ya que facilita la relajación. Con el fin de simplificar el aprendizaje de la técnica que nos proponíamos aplicar, grabamos en cinta magnetofónica las instrucciones para que las sujetos de estudio no estuvieran preocupadas por recordar lo que debían realizar y se pudieran concentrar completamente en la relajación.

Además de darles las instrucciones grabadas, mantuvimos un contacto frecuente con ellas mediante encuentros personales y diversas llamadas telefónicas. Finalmente recogimos los resultados obtenidos en los diversos registros y comentamos con cada una su evolución, al mismo tiempo que les pedimos una valoración de todo el tratamiento.

Así, pudimos comprobar que las sujetos que tomaron parte en esta experiencia —concretamente 7 estudiantes que padecían severamente de dismenorrea desde la menarquia— valoraron muy positivamente el cambio de actitud que habían experimentado respecto a que padecían en relación con la menstruación.

A nuestro juicio, el tratamiento que hemos analizado para afrontar el problema de la dismenorrea ha dado resultados alentadores —ver, por ejemplo, la figura 1— ya que, además de que todas las participantes han mejorado su actitud ante la menstruación, han reducido o eliminado la ingesta de fármacos (ver

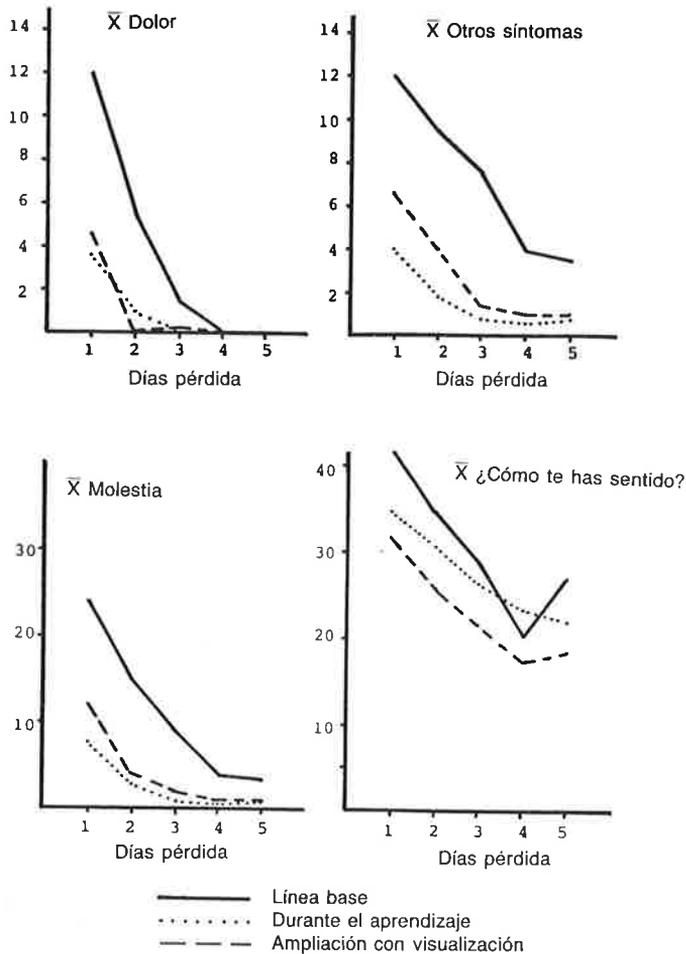


Fig. 1. (Correspondiente a la sujeto número 3 de la investigación).

Tabla 2) y, en todos los casos, han visto disminuidas las molestias provocadas por la menstruación.

Consideramos que el factor cognitivo de la controlabilidad de los acontecimientos juega un papel muy importante en todo tipo de tratamientos y, en particular, en el tratamiento de la dismenorrea primaria hemos podido comprobar que las pacientes que hemos atendido en relación con este trastorno han valorado muy positivamente el cambio de actitud que ha supuesto el hecho de considerar que mediante su esfuerzo podían incidir sobre la somatología que padecían en relación con la menstruación.

Además de la puesta a punto y utilización de tratamientos efectivos contra la dismenorrea primaria, en nuestra opinión, conviene incidir en el campo de la prevención, facilitando a las niñas y adolescentes información sobre los cambios hormonales y fisiológicos que conlleva la menarquía, la cual no es otra cosa que el inicio de una nueva etapa en la vida de la mujer. Actualmente existe, por parte de la población, una falta de conocimientos sobre el funcionamiento del ciclo menstrual, que afecta, como hemos podido comprobar, incluso a ámbitos universitarios.

Finalmente, estamos convencidos de que los profesionales de la salud que se encuentren an-

TABLA II
Medicación tomada por los sujetos para aliviar el dolor menstrual.

Tipo de medicamento	Ciclo	Sujeto número							
		2		3	4	5		7	
		2 AG		AG	AG AI AP	AI		2 AB	2 AG
Ingesta		AM	M	M	M	AM	M	AM	M
Línea base	1.º	3	4	3	1	1	8	3	1
	2.º	2	5	2	1	0	7	0	1
	\bar{X}	2,5	4,5	2,5	1	0,5	7,5	1,5	1
Aprendizaje relajación	1.º	1	6	2	1	0	7	3	0
	2.º	0	5	1	0	1	5	3	0
	3.º	1	5	1	0	0	4	3	3
	4.º	2	4	1	6	0	0	3	3
	5.º	1	1	0	0			3	0
	6.º	0	1					3	0
	7.º	2	0						
	8.º	1	2						
	9.º	2	1						
	10.º	1	0						
	11.º	1	4						
	12.º	3	3						
	\bar{X}	1,2	2,6	1	0,4	0,2	4	3	1,7
Relajación y ampliación visualización	1.º			1	0	0	0	0	2
	2.º			0	0	0	0	0	1
	3.º			0		0	0	0	1
	4.º			2		0	0	0	1
	5.º			0		0	0		
	6.º					0	0		
	7.º					0	0		
		\bar{X}	0	0	0,6	0	0	0	0

AB: analgésico; AI: antiinflamatorio; AP: antipirético; AB: antibiótico.

AM: dura los tres días anteriores a la menstruación; M: durante la pérdida

NOTA: Los sujetos 1 y 6 no tomaron medicamentos.

te adolescentes o jóvenes que padezcan dismenorrea, pueden jugar un papel muy importante para paliar o resolver el problema, para lo cual es fundamental mostrar una actitud abierta y positiva que incluya una debida atención e información.

Cuando una niña de 12 años o una adolescente de 14 padece menstruaciones dolorosas lo último que debiera encontrar es un profesional que ignore o minimice su problema.

Hemos de tener presente que el dolor es un experiencia sensorial que cada individuo percibe de una manera determinada, que está en función de su historia previa y de sus reacciones psicofisiológicas; y que el éxito de un tratamiento puede depender en gran parte de las expectativas del paciente, de su motivación y de su voluntad de cooperación.

Actualmente, todavía hay profesionales de la salud que no se plantean seriamente algu-

nos trastornos de la menstruación —entre los que se cuenta la dismenorrea— y que, por tanto, a nuestro juicio, no atienden debidamente a las mujeres que los padecen. Esta situación debiera corregirse lo antes posible.

NOTAS

1. Cox, D. J. y Santirocco, L. L. Psychological and behavioral factors in dismenorrea. Policopiado sin referencia ni fecha.
2. Lambotte, R. Dolor de origen ginecológico. Catálogo sin fecha.
3. Zorn, J. R. Tratamiento de las dismenorreas. Dismenorrea, 1-2. Policopiado sin fecha.
4. Mullen, F. G. Treatment of dysmenorrhea by professional and student behavior therapists. Policopiado sin fecha.
5. Bayes, R. El efecto placebo en psicología de la salud. G. Aguilar y S. Vinaccia (Eds.) Medicina conductual: el aporte iberoamericano. En prensa.

Bibliografía

- ALVIN, P. E. y LITT, I. F.: *Current status of the etiology and management of dysmenorrea in adolescence*. «Pediatrics», 70 (4), 516-525, 1982.
- ALZINA, J.: *El tractament específic de la dismenorrea espasmòdica*. «Annals de Medicina», 7 (LXIX), 580-581, 1983.
- BERNSTEIN, D. A. y BORKOVEC, T. D.: *Progressive relaxation training*. «Research Press», 1973. Traducción: *Entrenamiento en relajación progresiva*. Ed. Desclee de Brouwer, S. A., Bilbao, 1983.
- BIRKE, L. y GARDNER, K.: *Why suffer? Periods and their problems*, 1979. Traducción. *¿Por qué sufrir? La regla y sus problemas*. Ed. La Sal, Barcelona, 1983.
- BUDOFF, P. W.: *No more menstrual cramps and other good news*. «Penguin Books», Dallas, 1981.
- CALHOUN, K. S. y BURNETTE, M. M.: *Etiology and treatment of menstrual disorders*. «Behavioral Medicine Update», 4 (2), 21-26, 1984.
- CAMARASA, M. E. Y CENTELLES, N.: *Tractament no farmacològic de la dismenorrea*. «Tesis de licenciatura inédita», Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona, 1986.
- CHESNEY, M. A. Y TASTO, D. L.: *The effectiveness of behavior modification with spasmodic and congestive dysmenorrhea*. «Behaviour, Research and Therapy», 13, 245-253, 1975.
- COMERCI, G. D.: *Symptoms associated with menstruation*. «Pediatric Clinics of North America», 29 (1), 177-200, 1981.
- COX, D. J.: *Menstrual Symptom Questionnaire: further psychometric evaluation*. «Behaviour, Research, and Therapy», 15, 506-508, 1977.
- DENNEY, D. R. y GERRARD, M.: *Behavioral treatments of primary dysmenorrhea: a review*. «Behavior Research and Therapy», 19, 303-312, 1981.
- FRIEDERICH, M. A.: *Dysmenorrea. En Lifting the course of menstruation*. «The Haworth Press Inc.», 91-106, Rochester, Nueva York, 1983.
- GOMPEL, A.: *Concepciones actuales de la dismenorrea*. «Ginecología», 8-16, 1984.
- GONZÁLEZ, E. R.: *New era in treatment of dysmenorrhea*. «Medical News», JAMA, 244 (17), 1988-1886, 1980.
- IGLESIAS, X.; CAMARASA, E. y CENTELLES, N.: *Trastornos de la menstruación*. Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- MCKAY, M.; DAVIS, M. y FANNING, P.: *Thoughts and feelings, the art of cognitive stress intervention*. «New Harbinger Publications», 1981. Traducción: *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Martínez Roca, Barcelona, 1985.
- LITT, I. F.: *Menstrual problems during adolescence*. «Pediatrics in Review», 4 (7), 203-210, 1983.
- PENZO, W.: *Evaluación conductual del dolor crónico*. «Tesis doctoral inédita» Universidad de Barcelona, Barcelona, 1986.
- SLOSS, E. M. y FRERICHS, R. R.: *Smoking and menstrual disorders*. «International Journal of Epidemiology», 1 (12), 107-109, 1983.
- SMITH, R. P. y POWELL, J. R.: *Intrauterine pressure changes during dysmenorrhea therapy*. «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 143, 286-292, 1982.
- TAN, J. A. y CHAPMAN, C. R.: *Psychological interventions for chronic pain: a critical review*. «I Relaxation training and biofeedback», Pain, 12, 1-21, 1982.
- WIQVIST, N.: *Le potentiel thérapeutique des inhibiteurs de la prostaglandine-synthetase en obstétrique et gynécologie*. «Médecine et Hygiène», 34, 731-735, 1976.

Psicopatología en hijos de madres depresivas

T. Brú y J. Toro

El interés por el estudio de los hijos de enfermos mentales se ha incrementado notablemente en los últimos años. No cabe duda que los hijos de pacientes con trastornos afectivos ocupan el primer lugar en la literatura psiquiátrica. En una de las más completas revisiones realizadas hasta la fecha (Orvaschel, 1983) se concluye que los hijos de padres con trastornos afectivos sufren un riesgo superior para la psicopatología y otras formas de trastornos conductuales. Asimismo se reconoce que en la actualidad sabemos muy poco acerca de cómo las alteraciones específicas de la infancia tienden a manifestarse en la vida adulta. Por otro lado, recomienda aceptar que poco o nada sabemos sobre por qué hay hijos de padres depresivos y/o bipolares —así como niños sometidos a mil y una circunstancias aversivas— que, pese a ello, no experimentan alteración alguna. Otras revisiones han llegado a conclusiones semejantes (p. ej., Beardlee y cols., 1983).

Son bastantes los trabajos empíricos que han intentado desentrañar la estructura de tal influencia. El estudio de las prácticas de crianza y de la interacción en las primeras épocas de la vida ha resultado significativamente explícito. Así Ghodsian y cols. (1984) han verificado que los problemas infantiles presentes a los 14 meses de edad no guardan relación con la depresión materna, aunque sí parecen guardarla los problemas observados a los 27 y 42 meses de edad. Davenport y cols. (1984) observaron que las madres maníaco-depresivas eran menos solícitas con las nece-

sidades de salud de sus hijos, subrayaban más sus rendimientos, eran más sobreprotectoras y daban cuenta de un afecto más negativo hacia ellos que las madres controles. Asimismo aparecían como más desorganizadas, menos activas con sus hijos y más desgraciadas, tensas e ineficaces. El mismo equipo verificó (Zahn-Waxler y cols., 1984) que hacia los dos años de edad los hijos de padres bipolares ya experimentaban problemas psiquiátricos sustanciales. Observaron que esos niños tenían dificultades para «compartir» con sus compañeros y para regular su hostilidad, poniendo de manifiesto patrones desadaptativos de agresión. Los problemas emocionales y sociales de tales pequeños —concluyen— eran similares a los problemas interpersonales de sus padres maníaco-depresivos. Por otro lado, Gaensbauer y cols. (1984) observaron a los 12, 15 y 18 meses a una serie de hijos de pacientes bipolares, en situaciones de interacción con sus madres. Dieron por demostrado que tales niños mostraban alteraciones en la calidad del vínculo con ellas así como en la regulación adaptativa de sus emociones. Por fin, y para no ser exhaustivos, nos limitaremos a citar el interesantísimo e ilustrativo trabajo de Kelles y cols. (1986), quienes verificaron en 72 hijos de 37 familias, uno de cuyos pares era depresivo, que la gravedad y cronicidad del trastorno depresivo se asociaba significativamente en las anomalías adaptativas y los diagnósticos DSM III de los hijos. Esta asociación es semejante a la hallada en los conflictos conyugales y en la separación de los padres. Verifi-

caron también que la depresión de la madre está más asociada a psicopatología infantil que la depresión del padre.

Por nuestra parte, intentamos verificar en nuestro medio sociocultural esta asociación entre trastorno afectivo en los padres y psicopatología en los hijos. Asimismo hemos considerado de particular interés estudiar la influencia que ciertas variables pudieran ejercer en la posible aparición de psicopatología. Las variables que hasta la fecha hemos analizado son el sexo y la edad del niño en el momento en que se realiza la evaluación, ya que parece lógico pensar que la repercusión de la enfermedad afectiva del padre o la madre sea distinta en función de dichas variables. Presentamos aquí los primeros datos provisionales de nuestro estudio, resultados que además limitaremos aquí las diferencias obtenidas en función de la edad y el sexo.

MÉTODO

El grupo experimental está constituido por una muestra de 50 niños uno de cuyos padres ha sido diagnosticado de trastorno afectivo bipolar o de depresión mayor según los diagnósticos del DSM-III. En la muestra el paciente afectivo suele ser la madre, estando los padres muy poco representados. Ello se debe, probablemente, a la mayor incidencia de trastornos depresivos en las mujeres.

Se ha seleccionado un grupo control, compuesto por 60 niños, hijos de padres sin patología psiquiátrica ni orgánica conocida, equiparados al grupo experimental por lo que se refiere a edad, sexo y nivel socioeconómico.

Tanto el grupo experimental como el control han sido subdivididos para el estudio de las variables apuntadas anteriormente. Así, atendiendo al sexo, el grupo experimental se divide en 30 niños y 20 niñas y el grupo control en 27 niños y 33 niñas. Teniendo en cuenta la edad, se constituyen dos subgrupos: uno de edades comprendidas entre los 6 y 11 años; y otro de edades comprendidas entre los 12 y 15 años.

Así, el grupo experimental consta de 36 niños de 6 a 11 años y 14 niños de 12 a 15 años (Tabla I).

En todos estos niños se han empleado, para la evaluación de trastornos psicopatológicos y conductuales, tres cuestionarios:

a) La Escala de Evaluación de Conners (Goyette y cols., 1978) en su versión para padres, a partir de la cual, mediante análisis factorial, los autores obtuvieron ocho factores: conducta problemática; ansiedad; impulsividad-hiperactividad; problemas de aprendizaje; psicósomática; perfeccionismo; conducta antisocial y tensión muscular (Tabla II).

b) La Escala de Evaluación de Conners (Conners, 1969) para maestros, de la que se han obtenido cuatro factores: conducta problemática; distracción-pasividad, tensión-ansiedad e hiperactividad (Tabla III).

c) El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs y Beck (1977), que se ha introducido para evaluar específicamente síntomas depresivos.

TABLA I
Composición por edades y sexo de los grupos experimental y control

	Grupo experimental n = 50	Grupo control n = 60
Niños	30	27
Niñas	20	33
6 a 11 años	36	44
12 a 15 años	14	16

TABLA II
Factores de la Escala de Evaluación de Conners para padres

<i>N.º total de ítems = 93</i>	
I.	Conducta problemática
II.	Ansiedad
III.	Impulsividad-hiperactividad
IV.	Problemas de aprendizaje
V.	Psicósomática
VI.	Perfeccionismo
VII.	Conducta antisocial
VIII.	Tensión muscular

RESULTADOS

De la comparación de puntuaciones en los grupos experimental y control se han obtenido los siguientes resultados:

a) En cuanto a la variable *sexo* (Tabla IV):

En los varones y en relación a las puntuaciones de la Escala de Conners para maestros se obtienen diferencias significativas en las dimensiones Conducta problemática y Distrac-

ción-pasividad, ambas con una significación estadística de 0,05, dándose las puntuaciones más elevadas en el grupo experimental.

En la Escala de Conners para padres se detectan diferencias significativas en los factores Problemas de aprendizaje y Comportamiento antisocial, ambas con mayores puntuaciones en el grupo experimental.

No se han hallado diferencias significativas en la puntuación global del C.D.I.

En el grupo de niñas no se observan diferencias significativas en ninguno de los factores de las escalas de Conners ni en la puntuación global del C.D.I.

b) En cuanto a la variable *edad* (Tabla V):

En el subgrupo de 6 a 11 años no se observan diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Conners para maestros.

En la Escala de Conners para padres se observan diferencias significativas en los factores Ansiedad y Psicossomática con una signi-

TABLA III

Factores de la Escala de Evaluación de Conners para maestros

<i>N.º total de ítems = 39</i>	
I.	Conducta problemática
II.	Distracción-pasividad
III.	Tensión-ansiedad
IV.	Hiperactividad

TABLA IV

Factores de la Escala de Conners para padres y maestros que diferencian significativamente a los grupos experimental y control en función del sexo

	Conners maestros	Conners padres
<i>Niños</i>	Conducta problemática p 0,05 Distracción-pasividad p 0,05	Problemas de aprendizaje p 0,05 conducta antisocial p 0,05
<i>Niñas</i>	n.s	n.s

TABLA V

Factores de la Escala de Conners para padres y maestros que diferencian significativamente a los grupos experimental y control en función de la edad

	Conners maestros	Conners padres
<i>6 a 11 años</i>	n.s.	Ansiedad p 0,05 Psicosomática p 0,05 (control superior a experimental)
<i>12 a 15 años</i>	Distracción-pasividad p 0,008 Tensión-ansiedad p 0,01	Problemas de aprendizaje p 0,05

ficación estadística de 0,05 en ambos, pero sin embargo, en este caso y a diferencia de los restantes, la puntuación del grupo control es superior a la del grupo experimental.

Respecto al C.D.I. no se observan diferencias significativas.

En el subgrupo constituido por los niños de 12 a 15 años aparecen, en la Escala de Conners para maestros, diferencias significativas en los factores Distracción-pasividad y Tensión-ansiedad, siendo las puntuaciones más altas las obtenidas en el grupo experimental.

En la Escala de Conners para padres se detectan diferencias significativas en el factor Problemas de aprendizaje, también con las puntuaciones más altas obtenidas por el grupo experimental.

En la puntuación del Cuestionario de Depresión no se observan diferencias significativas entre ambos grupos.

COMENTARIOS

A modo de conclusión, de estos resultados parciales parece deducirse un incremento inespecífico de riesgo psicopatológico en el grupo de los varones de mayor edad; no así en las niñas.

Sin embargo, en el grupo de menor edad, resulta compleja la interpretación de las puntuaciones superiores obtenidas por el grupo control en los factores ansiedad y psicósomática.

Las posibles interpretaciones de este hecho oscilan desde la posibilidad de que los hijos de depresivos experimenten o manifiesten menos ansiedad hasta que los padres depresivos no la detecten, a diferencia de los padres controles.

Es de destacar el hecho de que en ninguno de los subgrupos aparezcan diferencias significativas en cuanto a sintomatología depresiva valorada mediante el C.D.I., en contraste en la literatura existente. Esto puede ser interpretado en el sentido de que probablemente los síntomas depresivos estarían presentes únicamente en edades superiores, no comprendidas en este estudio.

Sin embargo, dado que las muestras son reducidas y que el nivel de significación estadística obtenido no es muy elevado, creemos necesario proseguir el estudio con muestras más amplias para verificar los hallazgos obtenidos hasta el momento. Cuanto aquí se expone tiene, pues, un simple carácter tentativo.

Bibliografía

- BEARDSLEE, W. R.; BEMPORAD, J.; KELLER, M. B. y KLERMAN, G.: *Children of parents with major affective disorder: a review*. «American Journal of Psychiatry», 140, 825-832.
- CONNERS, C. K.: *A teacher rating scale for use in drug studies with children*. «American Journal of Psychiatry», 126, 884-888, 1969.
- DAVENPORT, Y. B.; ZAHN-WAXLER, C.; ADLAND, M. L. y MAYFIELD, A.: *Early child rearing practices in families with a manic-depressive parent*. «American Journal of Psychiatry», 141, 230-235.
- GAENSBAUER, T. J.; HARMON, R. J.; CYTRIN, L. y MCNEW, D. H.: *Social and affective development in infants with a manic-depressive parent*. «American Journal of Psychiatry», 141, 223-229.
- GHOFSIAN, M.; ZAJICEK, E. y WOLKIND, S.: «A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems», «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 25, 1, 91-109.
- GOYETTE, C. H.; CONNERS, C. K. y ULRICH, R. F.: *Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales*. «Journal of Abnormal Child Psychology», 6, 221-236.
- KELLER, M. B.; BEARDSLEE, W. R.; DORER, D. J.; LAVORI, P. W.; SAMUELSON, H. y KLERMAN, G. R.: *Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children*. «American Journal of Psychiatry», 43, 930-937, 1986.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: *An empirical-clinical approach a definition of childhood depression*. En Schultersbrandt y Raskin: «Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models», Raven Press, New York.
- ORVASCHEL, H.: *Maternal depression and child dysfunction: children at risk*. En Lahey y Kazdin: «Advances in clinical child psychology», (vol. 6), Plenum, New York, 1983.
- ZAHN-WAXLER, C.; MCNEW, D. H.; CUMMINGS, E. M.; DAVENPORT, Y. B. y RADKE-YARROW, M.: *Problem behaviors and peer interactions of young children with a manic-depressive parent*. «American Journal of Psychiatry», 141, 236-240.

Valoración de la sintomatología depresiva en una población de escolares adolescentes

M. García, J. Toro, F. Castro, L. Cuesta y P. Pérez

A lo largo de esta última década la depresión infantil y adolescente ha focalizado la atención de muchos de los profesionales que trabajan en esta área. De la no existencia del trastorno se evolucionó a su aceptación como una forma psicopatológica enmascarada y, ante la aparición de los criterios diagnósticos DSMIII, el cuadro clínico de depresión infantil ha sido equiparado al cuadro clínico que se presenta en los adultos. Este último aspecto es todavía contradictorio y la observación de otras formas de manifestación de la depresión infantil y adolescente es actualmente aceptada.

A cualquier edad es difícil realizar un diagnóstico de depresión, pero existen peculiaridades intrínsecas en la etapa infantil que lo hacen más dificultoso. Un niño reconoce un estado de malestar interno pero le es extremadamente difícil definirlo de forma identificable para un adulto y todavía más laborioso le es diferenciar un estado transitorio de infelicidad con una situación más persistente (Firth y Clapin 1981). La fluctuación de los estados emocionales en los niños ha sido señalada por varios autores encontrándose índices de fiabilidad test-retest muy bajos (Edelbrock 1985). Asimismo, se ha considerado muy alta la influencia que ejerce el entorno (hospital, escuela, hogar) en donde se pregunta al niño sobre sus sentimientos y el tipo de respuestas que ésta da.

Todos estos aspectos hacen que las actuales cifras de prevalencia sobre trastornos depresivos en niños y en adolescentes sean tan dispares. Algunos de los estudios realizados

no detectaron ningún caso de depresión entre los sujetos que asistían a un centro de psiquiatría infantil y adolescente (Makita 1973). Otros estudios encontraron que aproximadamente un 30 % de la población general adolescente estudiada presentaba puntuaciones en un cuestionario sobre sintomatología depresiva superiores al umbral considerado para depresión severa o moderada en el adulto (Albert, N. y Beck, A. T., 1975).

Los estudios realizados actualmente señalan a los niños y especialmente a los adolescentes como mejores interlocutores para referirse a su estado emocional que los propios padres o maestros (Rutter 1976).

Se ha considerado necesario distinguir entre los conceptos de depresión estado/síntoma y depresión enfermedad/síndrome clínicamente detectable. Boyd y Weissman reagruparon y redefinieron síntoma y estado depresivo como aquellos sentimientos de tristeza, desánimo y decepción, expresados por el individuo durante la entrevista clínica o a través de un cuestionario; mientras que para el diagnóstico de un trastorno depresivo se requerirá no sólo la expresión de dichos sentimientos sino la observación de dicho estado durante la entrevista con el paciente. Se considera que existe un gradiente, todavía no claramente definido, entre un estado anímico normal y un cuadro depresivo clínicamente detectable.

Estudios epidemiológicos realizados en población adolescente señalan la presencia de sentimientos de infelicidad, descontento y desánimo en el 40 % de los jóvenes, un 20 %

refiere sentimientos de menosprecio, un 7 % expresa ideas de suicidio y un 25 % presenta ideas de referencia (Rutter y col., 1979/80).

Se observa una mayor incidencia de trastornos depresivos en la población adolescente respecto a la infantil. Asimismo aparece una inversión de la prevalencia de la sintomatología depresiva entre los sexos, mientras el trastorno depresivo es más frecuente entre los varones antes de la pubertad, una mayor incidencia en mujeres se observa a partir de dicho período (Kaplan 1984, Rutter 1976).

Nuestro estudio fue diseñado para observar en que proporción la población adolescente refería síntomas depresivos y cómo éstos se modificaban en relación al sexo, edad, clase socioeconómica y valoración de la autoimagen.

MÉTODOS MATERIAL Y MUESTRA

Se escogió una población de escolares adolescentes de tres colegios de E.G.B y C.O.U. del área metropolitana de Barcelona. Se administró a los alumnos el cuestionario de depresión de Beck junto a dos cuestionarios que hacían referencia a datos sociodemográficos, a la valoración de su aspecto corporal y a actitudes ante la ingesta.

El procedimiento, muestra y cuestionarios empleados en el estudio se explica en otro trabajo sobre «Actitudes ante la ingesta, factores sociodemográficos y valoración de la imagen física» (J. Castro y col.).

El cuestionario de depresión de Beck (B.D.I.) consta de 21 preguntas con tres opciones de respuestas que establecen el grado de severidad de la sintomatología. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en población adulta y existen algunos estudios en población adolescente (Kaplan 1984 y Teri 1982). La versión castellana utilizada fue la traducida por J. Conde (1981). Según el autor, puntuaciones superiores a 9 son consideradas indicativas de sintomatología depresiva, dividiéndolas en tres gradientes: puntuaciones de 10 a 15 para depresión leve, de 16 a 23 para

depresión moderada y superiores a 24 para depresión severa.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica de la muestra

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sexo y edad entre los tres grupos escolares del estudio. La muestra estaba formada por 54 % de varones y 45 % de mujeres con edades comprendidas entre 12 y 19 años, edad media de 15 años (DS = 1.6). El nivel socioeconómico se valoró según la profesión de los padres.

Descripción de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de depresión de Beck (B.D.I.)

Se excluyen de la muestra todos aquellos sujetos que no contestaron a todas las preguntas del cuestionario. Así, 74 fueron excluidos, quedando un total de 1.480 sujetos.

La puntuación media en el cuestionario de depresión obtenida por nuestra muestra fue de 6.5 con una desviación estándar de 5.2, una moda de 4 y una mediana de 5. La máxima y mínima puntuación fueron de 41 y 0 respectivamente.

El porcentaje de individuos con puntuaciones superiores a 16 que según las normas establecidas por el autor serían indicativas de depresión moderada o/y severa fue de 5.4 %.

Se realizó un análisis de varianza para valorar la posible influencia en las puntuaciones del cuestionario de las variables sociodemográficas obteniéndose las siguientes diferencias estadísticamente significativas (Tabla I):

- a) Sexo: la puntuación media fue más alta en mujeres que en varones.
- b) Edad: aquellos sujetos con edades comprendidas entre 15 y 19 años presentaban puntuaciones más elevadas que el grupo de menor edad.
- c) Clase socioeconómica y escuela: consi-

deramos que ambas variables eran relevantes para valorar el entorno socio-económico-cultural de los sujetos y las estudiamos por separado. Las puntuaciones más elevadas correspondieron a los individuos de los niveles socioeconómicos más bajos y a los sujetos que asistían a aquellas escuelas que por su localización en el barrio o por su composición eran representativas de las clases sociales menos favorecidas.

Se valoró también las modificaciones de las puntuaciones del cuestionario de depresión en función de las variables que hacían referencia al aspecto físico del sujeto desde una valoración objetiva a través del peso a una valoración más subjetiva del individuo, encontrándose las siguientes diferencias estadísticamente significativas (Tabla II):

a) Peso: aquellos individuos que presentaban un peso mayor al establecido para su

TABLA I
Puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario B.D.I. según las variables sociodemográficas

		X	DS	N	
<i>Sexo</i>	Varones	6,1	5,1	794	p 0,05
	Mujeres	6,8	5,3	672	
<i>Edad</i>	Menores de 14	5,5	4,8	425	p. 0,001
	Entre 15 y 19	6,8	5,2	645	
<i>Nivel socioeconómico</i>	I	6	5	735	
	II	7	5,3	735	
	III	6,9	5,4	311	

TABLA II
Puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario B.D.I. según variables referidas a la imagen y valoración del aspecto corporal

		X	DS	N	
<i>Peso corporal</i> (<i>peso real/peso ideal</i>)	inferior al 75 %	5,3	4,1	52	p. 0,05
	entre el 76 % y 80 %	5,3	4,1	116	
	entre el 81 % y el 115 %	6,5	5,3	1063	
	entre el 116 % y el 125 %	6,7	4,6	121	
	superior al 126 %	7,5	4,7	71	
<i>Valoración de su imagen corporal</i> « <i>Se considera...</i> »	muy obesa/o	9,5	6,8	16	p 0,001
	bastante obesa/o	9,1	6,2	63	
	algo obesa/o	7,6	5,2	326	
	normal	5,7	5,0	735	
	algo delgada/o	5,8	4,8	242	
	bastante delgada/o	6,9	4,8	67	
	muy delgada/o	9	3	12	
« <i>Le gustaría estar...</i> »	más delgada/o	7,4	5,4	640	p 0,001
	como ahora	5,4	4,8	624	
	más llena/o	6,5	4,9	196	
<i>Realiza dieta</i>	Sí, actualmente	8,3	5,6	134	p 0,001
	No	6,2	5,1	1326	

edad y estatura presentaban más altas puntuaciones medias.

b) Valoración de su aspecto corporal y deseo de modificarlo: aquellos sujetos que se consideraban obesos o muy delgados presentaban mayores puntuaciones en el cuestionario, y entre ellos los que deseaban perder peso y estaban haciendo algún tipo de dieta alimentaria obtuvieron puntuaciones significativamente superiores que aquellos individuos que aceptaban su imagen corporal y no realizaban ningún tipo de dieta.

DISCUSIÓN

Las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario de depresión de Beck en nuestro estudio son similares a las encontradas por otros autores utilizando el mismo instrumento psicométrico. Kaplan 1984 en una población de 385 sujetos de edades comprendidas entre 11 y 18 años obtuvo una puntuación media de 6, con una desviación estándar de 5.8, mediana de 4.6 y un rango de puntuación de 0 a 35.

L. Teri 1982 limitó su estudio al grupo de adolescentes de mayor edad (14 a 18 años) obteniendo una puntuación media de 8.47 y una desviación estándar de 8.03, cifras superiores a las encontradas en nuestro estudio. Esta diferencia parece estar relacionada con la edad de la muestra, como hemos encontrado en nuestro estudio, y también fue hallado en el estudio realizado por Kaplan, existe un aumento de las puntuaciones medias en los grupos de mayor edad.

La mayor evidencia de sintomatología depresiva en los adolescentes se ha relacionado con los cambios físicos y hormonales que ocurren durante el período puberal. Durante esa etapa del desarrollo, el adolescente está más alerta y reactivo a los acontecimientos internos, cambios cognitivos y a esos cambios físicos que le alejan o acercan a la media en su

entorno social. Por lo tanto, el aspecto físico durante este período adquiere una especial importancia para el adolescente y estos aspectos estarán muy unidos a los conceptos de autoimagen y autoestima y consecuentemente al estado del ánimo. Los resultados de nuestro estudio reflejan esta asociación entre imagen y autovaloración negativa con una mayor expresión de síntomas depresivos.

La pubertad no sólo incrementa la incidencia de trastornos depresivos en el adolescente sino que produce un cambio en el cuadro clínico depresivo apareciendo los patrones detectados en el adulto: mayor incidencia en mujeres y incremento de las ideas de suicidio.

Como conclusiones de nuestro estudio señalamos que son factores de riesgo a tener en cuenta al valorar la sintomatología depresiva en adolescentes: el sexo, la edad, la clase socioeconómica, aquellos aspectos físicos que lo alejan de su concepto de imagen física ideal y las valoraciones sobre dichos aspectos físicos que el sujeto hace.

Bibliografía

- ALBERTA, N. y BECK, A. T.: *Incidence of depression in early adolescence: a preliminary study*. J. of Youth and Adolescence, 4, 301-107, 1975.
- BOYD, J. H. y WEISSMAN, M. M.: *Epidemiology of affective disorders*. «Arch. Gen. Psy.», 38, 1039-1047.
- CANTWELL, D. P. y CARLSON, G. A.: *Affective disorders in childhood and adolescence*. An update. Spectrum Publication, N. Y., 1983.
- COSTELLO, A. J.: *Assessment and diagnosis of affective disorders in children*. «Child Psychol Psychiat.», vol, 27, 5, 565-574, 1986.
- KANDEL, B. B. y DAVIES, M.: *Epidemiology of depression mood in adolescent*. «Arch. Gen. Psy.», 39, 1205-1212, 1982.
- KAPLAN, S. L.; HONG, G. K. y WEINHOLD: *Epidemiology of depression symptomatology in adolescent*. «J. of Am. Acad. of Child Psy.», 23, 91-98.
- RUTTER, M., IZARD, C. E. y READ, P. B.: *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. Guilford, 1986.

Publicidad y anorexia nerviosa

J. Toro, M. Cervera y P. Pérez

Los últimos años han visto un incremento progresivo de la incidencia de anorexia nerviosa en todo el mundo occidental u occidentalizado. En lógico paralelismo se han multiplicado las publicaciones y estudios relacionados con este trastorno. A medida que se ha ido progresando en el conocimiento y comprensión de la enfermedad, han ido pasando a un muy primer plano los factores socioculturales. En efecto, en este momento es prácticamente imposible entender la inmensa mayoría de los casos de anorexia nerviosa sin tener en cuenta la dramática influencia de los valores y estereotipos culturales relacionados con la estética corporal, especialmente la que afecta a la mujer (Garfinkel y Garner, 1982; Leon y Finn, 1984; Vendereycken y Meerman, 1984; Toro y Vilardell, 1987).

Este hecho ha multiplicado los estudios de factores culturales implicados en la anorexia nerviosa, así como los dirigidos a delimitar los grupos de riesgo y sus características específicas en este terreno de los valores estético-corporales. Por supuesto que tales trabajos abordan a las muchachas adolescentes de los países desarrollados como sujetos primordiales (p. ej., Leichner y cols., 1986). De esta labor surge el convencimiento de que nuestra actual «cultura de la delgadez» entraña una intensísima presión social sobre todos los miembros de la colectividad en general, sobre las mujeres en particular, y sobre las adolescentes de modo especialísimo en orden a conseguir un cuerpo delgado. Este hecho, esta coacción sociocultural interviene en la anorexia nerviosa como factor predisponente, precipi-

tante y/o de mantenimiento (Toro y Vilardell, 1987).

Son muchos los caminos que la sociedad tiene para infundir y conseguir la interiorización del modelo corporal «delgado» en nuestras adolescentes y jóvenes. Existe un amplio consenso en que uno de los medios más eficaces, si no el que más, es la publicidad a través de los medios de comunicación. Por nuestra parte hemos intentado una aproximación al análisis de esta influencia en nuestro país, a través del trabajo que aquí publicamos esquemáticamente (el trabajo completo corresponde a Toro y cols., en prensa). Para ello partimos del modelo interactivo psicosocial que aparece en la Figura 1.

Así pues, pretendíamos delimitar la posible influencia de la publicidad comercial en la anorexia a través de su implicación en la interiorización de un modelo corporal delgado. En concreto se intentó:

- a) Evaluar el volumen de la publicidad («potencia publicitaria») suscitadora de comportamientos favorecedores del adelgazamiento.
- b) Clasificar y cuantificar los tipos de productos o servicios adelgazantes anunciados.
- c) Analizar los mensajes verbales contenidos en esos anuncios; y
- d) Delimitar la población receptora de esa publicidad.

METODO

De todas las revistas periódicas editadas en el Estado español, se seleccionaron aquéllas

que satisfacían estos dos criterios:

a) Tener una difusión superior a los 100.000 ejemplares, y

b) Contar con más del 60 % de lectores femeninos.

La aplicación de estos criterios permitió seleccionar 10 revistas, las cuales fueron analizadas durante los meses de mayo de los años 1984, 1985 y 1986. Ello supuso la revisión y análisis de 93 ejemplares.

El estudio se realizó aplicando algunos criterios y fórmulas que facilitaron la objetivación y cuantificación de las variables que debían ser analizadas. He aquí sus definiciones:

Anuncio directo: el que incita directa y textualmente al consumo de productos o servicios cuya finalidad sea la pérdida de peso.

Anuncio indirecto: el que presenta una imagen visual o un texto que implican delgadez aunque no respalde a un servicio o producto específicamente adelgazante.

Coefficiente de impacto: es un indicador de la «potencia publicitaria». Evalúa y relaciona la cantidad de anuncios y lectores de un determinado medio de comunicación.

RESULTADOS

En cuanto al *volumen de la publicidad* suscitadora de adelgazamiento, se obtuvieron los siguientes porcentajes:

1. El 10 % de todos los anuncios aparecidos en esas revistas invitan directa y textualmente (anuncios directos) a adelgazar.

2. Alrededor del 15 % de todos los anuncios aparecidos sugieren o invitan indirectamente (anuncios indirectos) a adelgazar.

3. En consecuencia uno de cada cuatro anuncios puede provocar directa o indirectamente el deseo de adelgazar.

Señalemos de paso que en ninguno de los 93 ejemplares examinados apareció anuncio alguno que invitara a engordar o a aumentar de peso.

Una vez clasificados los productos o servicios destinados a conseguir comportamientos

favorecedores del adelgazamiento, se obtuvieron las siguientes frecuencias de aparición en la publicidad revisada en función del *tipo* de productos estudiados:

- 1.º Alimentos hipocalóricos (31 %).
- 2.º Cremas adelgazantes (26 %).
- 3.º Productos farmacéuticos (15 %).
- 4.º Bebidas hipocalóricas (15 %).
- 5.º Instituciones (16 %)

La aplicación del coeficiente de impacto a las palabras y locuciones que integran los textos de esta publicidad permitió detallar los *mensajes verbales* más «penetrantes» en el público lector. En total fueron analizadas 24 palabras y locuciones asociadas al hecho de adelgazar. Las cinco de mayor coeficiente fueron las siguientes:

- 1.º «Adelgazar», «Delgado» y «Delgadez».
- 2.º «Kilos» y «Centímetros».
- 3.º «Obesidad», «Grasa», «Celulitis» y «Adiposidad».
- 4.º «Plantas medicinales» y «Productos naturales»
- 5.º «Peso».

Por supuesto, todo producto anunciado aduce razones para justificar, y por tanto incentivar, su consumo. Un estudio somero de tales *motivaciones* da las siguientes proporciones (redondeadas):

Motivos estéticos: 60 %

Motivos de salud: 30 %

Otros motivos: 10 %

Por fin se relacionó la potencia publicitaria con los *datos demográficos* de la población lectora. Concretamente se buscó su relación con la edad, la clase social y la condición de hábitat (rural o urbano), además de con el sexo que obviamente estaba implicado ya en los criterios de selección de las revistas en cuestión. En líneas generales se verificó que mayoritariamente —significativamente— los lectores se encuadraban bajo las siguientes señas:

Sexo: femenino.

Edad: 14-18 y 19-24 años.

Clase social: Media, media-alta y alta.

Hábitat: Poblaciones de más de 200.000 habitantes (con la excepción de Madrid).

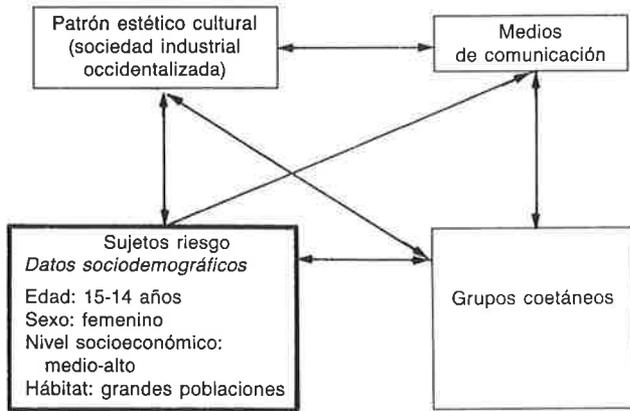


Fig. 1 Sistema de influencias socioculturales que determinan la interiorización de un patrón estético corporal facilitador de la anorexia. (Toro y Vilardell, 1987.)

CONCLUSIONES

Sin entrar aquí en mayores disquisiciones, los datos aportados permiten extraer las siguientes conclusiones:

- En nuestra sociedad existe una intensísima presión publicitaria en favor del adelgazamiento. En las revistas más específicamente «femeninas», uno de cada cuatro anuncios implica de un modo u otro el factor «delgadez», y uno de cada diez incita directamente a conseguir adelgazar.

- Entre los productos y servicios «adelgazantes», los alimentos hipocalóricos y las cremas son las más anunciadas. Pensando en la anorexia nerviosa hay que subrayar esta asociación entre «alimento» e «hipocaloría».

- Las motivaciones estéticas son, con mucho, las más abundantes y por tanto las que se suponen más eficaces. La salud queda en un claro segundo plano. El cuerpo se «manipula» en función de una estética, como todas, coyuntural.

- Los mensajes verbales que utilizan las palabras «delgado», «delgadez», y «adelgazar» son las más frecuentes. Es algo que da idea de lo *directo* de estos mensajes. El hacer hincapié en los kilos y en los centímetros es un perfecto complemento, seguido claro está de la alusión a «grasas» y afines.

- La población receptora mayoritaria de esta publicidad es la población femenina, situada en la adolescencia y en el inicio de la juventud, de niveles socio-económicos medios y altos y residiendo en grandes ciudades. Es éste el aspecto más significativo de este trabajo, puesto que *esta población coincide con la que se detecta en la epidemiología anoréxica*.

Bibliografía

- GARFINKEL, P. E. y GARNER, D. M.: *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Brummer/Mazel, 1982.
- LEICHER, P.; ARNETT, J. y RALLO, J. S. y cols.: *An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a canadian school age population*. «International Journal of Eating Disorders», 5, 5, 969-982, 1985.
- LEON, G. R. y FINN, S.: *Sex-role stereotypes and the development of eating disorders*. En Widom, C. S. (ed.): *Sex roles and psychopathology*. Plenum, New York, 1984.
- TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- TORO, J.; CERVERA, M. y PÉREZ, P.: *Publicity and anorexia nervosa*, en prensa. «Social Psychiatry».
- VANDEREYCKEN, W. y MEERMAN, R.: *Anorexia nervosa: a clinican's guide to treatment*. Berlin: de Gruyter, 1984.

Factores demográficos de riesgo en la anorexia nerviosa

J. Castro, J. Toro, M. García, P. Pérez y L. Cuesta

El progresivo incremento de la incidencia de la anorexia nerviosa en el mundo occidental (Theander, 1970; Jones y cols., 1980; Margo, 1985) ha promovido el estudio de sus posibles causas. Ello ha conducido a analizar las características psicopatológicas, biográficas y sociodemográficas de las poblaciones más afectadas, es decir las adolescentes. Puesto que la edad comprendida entre 12 y 25 años es la que acapara la mayor parte de los casos de anorexia nerviosa (por ej., Halmi y cols., 1979), es lógico que la atención se centre sobre la población adolescente normal, considerada como la edad de riesgo para este trastorno. Las razones de que esa edad resulte propicia para la anorexia nerviosa son diversas, pero hay un creciente consenso a atribuir la máxima responsabilidad a la interacción entre las características psicobiológicas propias de la adolescencia (Crip, 1980) y los patrones estéticos corporales actualmente predominantes en el mundo occidental (Garfinkel y Garner, 1982; Leon y Finn, 1984; vandereycken y Meerman, 1984), especialmente en lo que concierne al sexo femenino. Existe el convencimiento progresivo de que la «culture of slenderness» (Vandereycken y Meerman, 1984) segrega valores y normas determinantes de actitudes y comportamientos relativos al volumen, forma y peso corporales, especialmente en las edades de cambio físico, de aparición y desarrollo de las características sexuales secundarias, cuando deben asumirse y evaluarse tales modificaciones.

Esa preocupación por la consecución de un aspecto físico delgado, conlleva una valora-

ción no alimenticia o placentera de alimento. El alimento simplemente sirve al peso y éste al volumen y forma del cuerpo. La restricción de la ingesta se convierte en habitual y en ciertos casos se produce la anorexia. Así pues la población afecta de anorexia sería la parte visible del iceberg constituido por una porción significativa de la población adolescente. Las formas leves o precoces del trastorno anoréxico pueden no llegar a las consultas clínicas (Crisp y cols., 1976), constituyendo una zona de tránsito entre la normalidad y la anorexia nerviosa propiamente dicha.

Estas circunstancias han llevado a estudios epidemiológicos a fin de detectar en poblaciones adolescentes normales la incidencia de actitudes ante la ingesta que pudieran favorecer la aparición de anorexia nerviosa y de otros trastornos de la ingesta (Button y Whitehouse, 1981; Leichner y cols., (1986).

Nuestro estudio pretende relacionar las actitudes y conductas «anoréxicas» ante la ingesta y el peso con ciertas variables sociodemográficas, el peso corporal, la autoevaluación corporal, el deseo de cambiar el volumen corporal y la práctica de dietas restrictivas.

PROCEDIMIENTO

Se eligieron tres escuelas barcelonesas. Una de ellas era pública y estaba situada en una zona suburbial; las otras dos eran privadas, una de ellas con tarifas elevadas y la otra con tarifas medias. Para analizar el estudio se so-

licitó la autorización de la dirección de la escuela privada y de las autoridades educativas en el caso de las públicas.

Los mismos investigadores administraron los cuestionarios en los tres centros. A los alumnos, reunidos en su aula, se les explicaba que se estaba realizando un trabajo sobre la alimentación y el peso de la población escolar, por lo que se solicitaba su colaboración.

Los participantes completaron dos cuestionarios. Uno de ellos, confeccionado para este estudio, contenía preguntas sobre estudios y profesión de los padres; talla y peso de los sujetos; práctica de dietas durante el último año por parte de los sujetos, familiares y amigos; autoevaluación de volumen corporal («muy obeso», «bastante obeso», «un poco obeso», «normal», «un poco delgado», «bastante delgado», «igual», «más delgado»). En todos los casos dudosos, los sujetos fueron medidos y pesados por los examinadores.

También se administró el EAT (Eating Attitudes Test) De Garner y Garfinkel (1979), cuestionario de 40 ítems relacionados con actitudes, conductas y experiencias propias de la anorexia nerviosa. Los sujetos responden en una escala de cinco puntos. Según los autores, el punto de corte sería de 30 puntos, por encima del cual se situaría la población anoréxica. Su coeficiente de validez es de 0,72 y el de fiabilidad interna de 0,99. El EAT ya ha sido utilizado en otros trabajos de intención epidemiológica (Button y Whitehouse, 1981; Leichner y cols., 1986) pareciendo probada su utilidad.

SUJETOS

El estudio se realizó con un grupo de 1554 adolescentes de ambos sexos. De ellos 406 (26,5 %) procedían de la escuela pública, y 502 (32 %) y 645 (41,5 %) de las dos escuelas privadas. Pertenecían a los cursos 7.º y 8.º de la Enseñanza General Básica. 1.º, 2.º y 3.º de BUP, y al Curso de Orientación Universitaria.

RESULTADOS

Descripción demográfica

En la tabla 1 se describen las variables sociodemográficas que describen la muestra. En total resultaron 848 (54,5 %) varones y 706 (45,5 %) hembras, con una edad que oscilaba entre los 12 y los 19 años, con una media de 15 años y una desviación estándar de 1,6. El estatus socioeconómico se evaluó según la profesión de los padres, hallándose un claro predominio de sujetos pertenecientes al grupo de nivel más elevado (50,6 %).

TABLA I
Descripción de la muestra general

<i>Número de población general = 1554</i>	
Sexo	Varón 848 (54,5 %) Hembra 706 (45,5 %)
Edad	Media de 15 años con SD = 1,62 Rango entre 12 y 19 años
Escuelas	A 502 (32 %) B 645 (41,5 %) C 406 (26,5 %)
Clase social	Grupo I 779 (50,6 %) Grupo II 385 (25,0 %) Grupo III 50 (3,3 %)

Puntuaciones en el EAT según variables demográficas

De los 1554 sujetos que cumplimentaron los cuestionarios 290 no contestaron todas las preguntas, por lo que fueron desestimados. Así pues, los cálculos se realizaron con 1924 sujetos. La puntuación media general en el EAT fue de 13,5 con una desviación estándar de 8,8. Un total de 64 sujetos, es decir el 5 %, obtuvieron en el EAT una puntuación por encima de 30, considerada patológica.

Al realizar el análisis de la varianza entre las medidas obtenidas en el EAT por los dife-

rentes subgrupos en relación a las diversas variables, se obtuvieron los siguientes resultados:

Sexo. La media de las puntuaciones en el EAT del sexo femenino fue significativamente ($p < 0,001$) superior ($\bar{x} = 16,1$) a la del sexo masculino ($\bar{X} = 11,4$) (Figura 1).

Edad. Los sujetos de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años tenían una media de las puntuaciones en el EAT significativamente ($p < 0,01$) superior ($\bar{X} = 14,2$) a la de los sujetos más jóvenes de edades entre los 12 y los 14 años ($\bar{x} = 12,4$) (Figura 2).

Peso. Se calculó para cada sujeto el porcentaje de su peso real en relación con su peso ideal, obtenido según las tablas que relacionan peso, talla y edad (Geigy 1975). Así la población estudiada se distribuyó en grupos desde los más delgados hasta los más obesos, resultando las medidas en el EAT progresivamente superiores ($p < 0,05$) en los grupos con sobrepeso y obesidad (Figura 3).

Clase Social. No se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos (Figura 4).

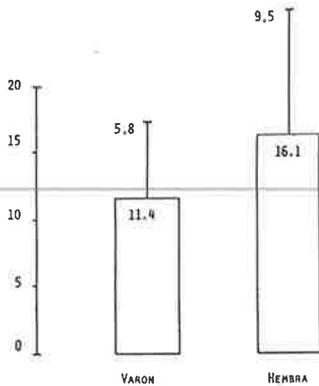


Fig. 1. Cuestionario EAT en función del sexo.

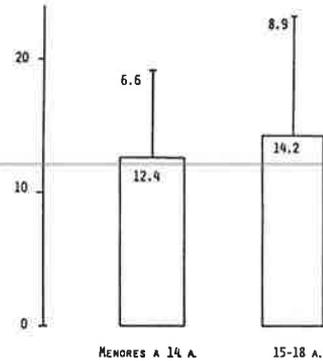


Fig. 2. Cuestionario E.A.T. en función de la edad.

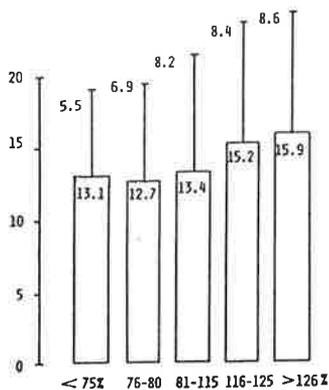


Fig. 3. Cuestionario E.A.T. en función del peso (Porcentaje del peso real en relación al ideal).

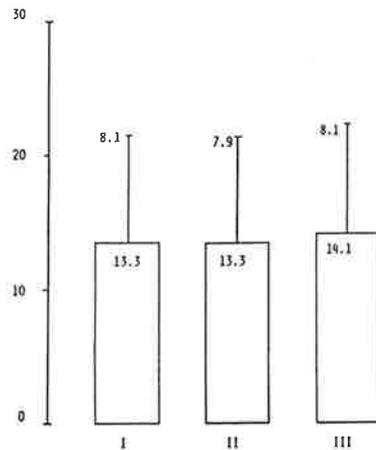


Fig. 4. Cuestionario EAT en función de la clase social.

Escuela. No se hallaron diferencias significativas entre escuelas (Figura 5).

Puntuaciones en el EAT según variables relacionadas con la ingesta y el volumen corporal

Dieta estricta. Los sujetos que han realizado dieta en el último año obtuvieron en el EAT una media ($\bar{x} = 22,8$) significativamente ($p < 0,001$) superior a los que no la han realizado ($\bar{x} = 12,6$) (Figura 6).

Autoevaluación corporal. Los sujetos que se consideran «algo», «bastante» o «muy obesos» obtienen en el EAT unas puntuaciones medias significativamente ($p < 0,001$) superiores a las obtenidas por los sujetos que se consideran «normales», «algo», «bastante» o «muy delgados» (Figura 7).

Deseo de cambio de imagen corporal. Los sujetos que desean estar más delgados obtienen en el EAT una media ($\bar{x} = 16,8$) significativamente ($p < 0,001$) superior en relación con los que desean seguir igual ($\bar{x} = 10,8$) o desean un peso mayor ($\bar{x} = 11,8$) (Figura 8).

CONCLUSIONES

Como conclusiones podríamos destacar unos factores que parecen influir en tener o no un actitud de tipo anoréxico delante de la ingesta, tal como la mide el EAT, y por lo tanto serían factores a tener en cuenta en el estudio de los factores de riesgo para iniciar una anorexia nerviosa en algunos sujetos.

En nuestro grupo de población adolescente estos factores serían el sexo femenino, tener entre 15 y 19 años, el sobrepeso y la obesidad, realizar algún tipo de dieta para adelgazar, tener una autoimagen corporal de exceso de volumen y por último el desear estar más delgado de lo que el sujeto realmente está.

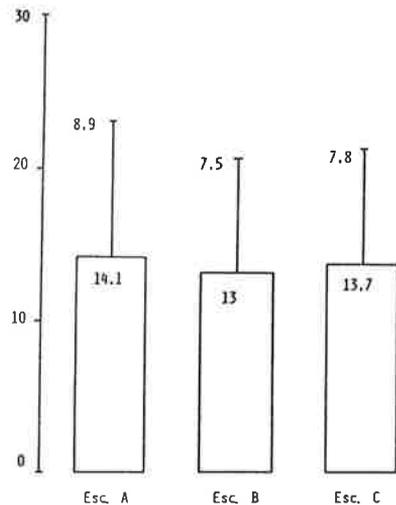


Fig. 5. Cuestionario EAT en función de la escuela.

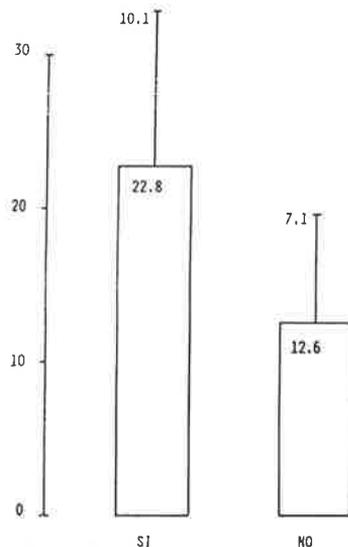
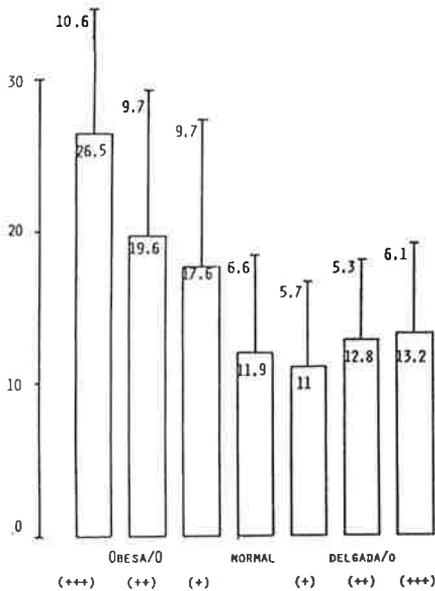


Fig. 6. Cuestionario EAT en función dieta.



Bibliografía

- BUTTON, E. J. y WHITEHOUSE, A.: *Subclinical anorexia nervosa*. «Psychological Medicine», 11, 509-516, 1981.
- CRISP, A. H.: *Anorexia nervosa*. «Let me be». Academic Press, London, 1980.
- CRISP, A. H., PALMER, R. L. y KALUCY, R. S.: *How common is anorexia nervosa? A prevalence study*. «British Journal of Psychiatry», 218: 549-554, 1976.
- GARFINKEL, P. E. Y GARNER, D. M.: *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York, 1982.
- GARNER, D. M. Y GARFINKEL, D. M.: *The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. «Psychological Medicine», 9, 273-279, 1979.
- HALMI, K. A.; CASPER, R. C.; ECKERT, E. D.; GOLDBERG, S. C. y DAVIS, J. M.: *Unique features associated with onset of anorexia nervosa*. «Journal of Psychiatry Research», 209-215, 1979.
- JONES, D. J.: *Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County*. «Psychosomatic Medicine», 42, 551-558, New York, 1980.
- LEICHTNER, P.; ANETT, J.; RALLO, J. S.; SRIKAMESWARAN, S. y VULCANO, B.: *An epidemiology study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population*. «International Journal of Eating Disorders», 5, 5, 969-982, 1986.
- LEON, G. F. y FINN, S.: *Sex role stereotypes and the development of eating disorders*. In Widom, C.S. (Ed.): *Sex roles and psychopathology*. Plenum, New York, 1984.
- MARGO, J. L.: *Anorexia nervosa adolescents*. «British Journal of Medical Psychology», 58, 193-195, 1985.
- Tablas científicas. 7.ª edición, Geigy, Barcelona, 1975.
- THEANDER, S.: *Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 cases female cases*. «Acta Psychiatrica Scandinavia» (Supopl.) 214, 1-194, 1970.
- VANDEREYCKEN, W. y MEERMAN, R.: *Anorexia nervosa: a clinician's guide to treatment*. Berlin: de Gruyter, 1984 a.
- VANDEREYCKEN, K. y MERRMAN, R.: *Anorexia nervosa: is prevention possible?* «International Journal of Psychiatry in Medicine», 14, 191-205, 1984 b.

Fig. 7. Cuestionario EAT en función de la autoimagen.

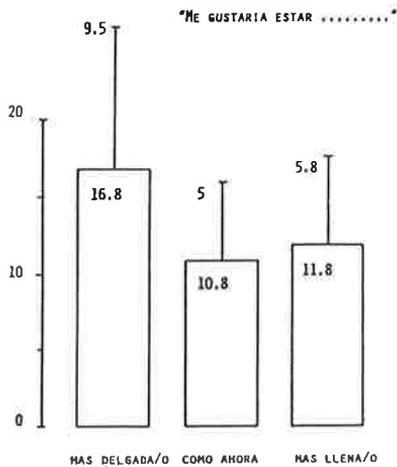


Fig. 8. Cuestionario EAT en función del deseo de imagen corporal.

Ocupaciones-riesgo para la anorexia nerviosa

M.T. Ordeig, J. Toro y P. Pérez

INTRODUCCIÓN

La gran proliferación durante la última década y media en el mundo occidental de trastornos de la ingesta y en particular de la anorexia, ha promovido el estudio de sus posibles causas. Actualmente se está de acuerdo en analizar el trastorno anoréxico partiendo de un modelo etiológico multicausal que analiza la interacción entre un conjunto de factores biológicos, psicológicos y culturales que actúan como elementos que predisponen, desencadenan, y mantienen el trastorno. Dentro de este enfoque se va perfilando el importante papel que juegan una serie de factores (estereotipo, normas, valores) y presiones presentes en nuestra cultura occidental y se empiezan a relacionar dichas influencias con el incremento de anorexia en los países del mundo occidental desarrollado. Se llevan a cabo estudios que confirman la existencia de indicadores externos que son tanto el reflejo de un nuevo estereotipo corporal de delgadez como de la difusión del mismo y adopción por parte de amplios grupos de población.

A medida que se realizan estudios con amplios grupos de población juvenil se confirma la alta frecuencia de un conjunto de actitudes y comportamientos ante la ingesta y el propio cuerpo propios de personas que sufren anorexia, tales como: preocupación exagerada por el propio cuerpo, sobrevaloración del propio peso, desear estar más delgado, iniciar comportamientos dirigidos a alcanzar dicho objetivo...

Si la alta incidencia de estos comportamien-

tos y actitudes son el reflejo de la actuación de un estereotipo corporal femenino de delgadez ampliamente difundido que actúa como criterio que moldea las actitudes, percepciones, cogniciones y comportamientos de las jóvenes, parece lógico suponer (como hicieron Garner y Garfinkel, 1980) que cuanto más intensa, directa y cercana sea la presión del estereotipo, más intensa será también la respuesta. Este sería el caso de personas jóvenes que realizan actividades relacionadas con el cuerpo, y más concretamente con un cuerpo delgado y esbelto, caso de bailarinas y gimnastas (Garner y Garfinkel, 1980).

OBJETIVOS

En primer lugar demostrar que los factores de riesgo de presentar actitudes y comportamientos propios del trastorno anoréxico son mayores en sujetos que se dedican a actividades relacionadas con un cuerpo delgado (modelos, estudiantes de danza y personas que se dedican de forma recreativa a la gimnasia) que en sujetos que no se dedican a las mismas.

En segundo lugar, demostrar que existen diferencias entre grupos considerados de riesgo en función del tipo de actividad.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Hemos recogido una muestra total de 1.812 sujetos divididos en dos grupos independientes (Tabla 1):

TABLA I
Distribución de las variables: sexo, edad y peso en el Grupo de Estudio y Grupo Comparación

	Grupo de Estudio		Grupo de Comparación		
	N	%	N	%	
<i>Sexo</i>					
Chicas	(118)	88,7	(784)	46,7	
Chicos	(15)	11,3	(895)	53,3	
N. Total	(133)		(1.679)		
<i>Edad</i>					
12-14 años	(14)	10,6	(627)	37,4	
15-18 años	(31)	19,3	(932)	55,5	
19-25 años	(63)	47,4	(115)	6,9	
Superior a 26 años	(25)	19,1	(4)	0,4	
\bar{x} Edad	21,1		15,3		
<i>Peso</i>					
Inferior a 75 %	(1)	0,8	(33)	2,1	
76-85 %	(13)	10	(133)	8,3	
86-115 %	(115)	88,5	(1.236)	76,9	
116-125 %	(1)	0,8	(133)	8,3	
Superior a 126 %	(1)	0,8	(73)	4,5	
<i>Actividad</i>					
Danza	(30)	22,6	(502)	29,9	E.G.B.
Modelos	(15)	11,3	(646)	38,5	B.U.P.
Gimnasia	(88)	66,2	(406)	24,2	F.P.
			(101)	60	1.º Medicina
			(23)	1,4	1.º Psicología

1. *Grupo de Estudio:* Reúne a 133 sujetos, 118 mujeres y 15 varones entre 12 y 44 años (\bar{x} edad = 21 a). El grupo de Estudio está

integrado por tres grupos de actividad:

Danza: Estudiantes de danza clásica y contemporánea del Instituto del Teatro de Barcelona.

Modelos: Alumnos de una escuela y agencia de modelos de Barcelona.

Gimnasia: Agrupa a personas que asisten a cuatro gimnasios de distinta ubicación socioeconómica de Barcelona para realizar unas horas a la semana de gimnasia, jazz, aerobio...

2. *Grupo de Comparación:* Integrado por 1.679 sujetos, de los cuales 784 son mujeres y 895 varones, entre 12 y 30 años (\bar{x} edad = 15 años) que cursan estudios de E.G.B., B.U.P.,

F.P., 1.º de Medicina y 1.º de Psicología en distintos centros públicos y privados de Barcelona.

PROCEDIMIENTOS

Se han comparado el Grupo de Estudio y el Grupo de Comparación así como los subgrupos de actividad entre sí en las siguientes variables:

— Peso (porcentaje de peso real en relación al ideal según las tablas que relacionan, edad, talla y peso).

— Autoimagen corporal (respuestas a la pregunta «¿Cómo te encuentras tú?»: obeso/a, Normal, delgado/a).

— Deseo de imagen corporal (respuestas a la pregunta «¿Cómo te gustaría estar?»: más

delgado/a, me encuentro bien así, más lleno/a).

— Dieta (respuesta a la pregunta «¿Haces dieta para adelgazar o la has hecho durante el último año?» Si/No).

— Respuesta al E.A.T. (Eating Attitudes Test, Garner y Garfinkel, 1979).

— Respuesta al B.D.I. (Beck Depression Inventory, Beck, 1961).

INSTRUMENTOS

Se han administrado tres cuestionarios:

Cuestionario que recoge las variables relacionadas con el peso y la ingesta (peso, autoimagen corporal, deseo de imagen corporal y realización de dieta). Cuestionario desarrollado por la Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Central de Barcelona (Toro y col., 1985).

El E.A.T. (Eating Attitudes Test) (Garner y Garfinkel, 1979). Cuestionario de 40 ítems que evalúa actitudes y comportamientos ante la ingesta característicos de personas que sufren anorexia. El punto de corte a partir del cual se situaría (según los autores del test) la población anoréxica corresponde a una puntuación de 30. El E.A.T. es tanto un cuestionario válido para la evaluación clínica de los síntomas del trastorno, para evaluar su seguimiento, como «...útil como instrumento de screening para identificar casos actuales o incipientes de anorexia nerviosa en poblaciones con alto riesgo para desarrollar la enfermedad» (Garner y Garfinkel, 1979). Es un instrumento que ya ha sido empleado en estudios de características similares al que aquí se describe (Garner y Garfinkel, 1980; Button y Whitehouse, 1981; Leichner y col., 1986).

El B.D.I. (Beck Depression Inventory) (Beck, 1961). Escala autoadministrada que evalúa los síntomas de depresión. La justificación de administrar esta escala en el presente trabajo se basa en los resultados obtenidos en diversos trabajos (citados en Garfin-

kel y Garner, 1982) que señalan que la sintomatología depresiva es la que más frecuentemente acompaña el cuadro de la anorexia y de las preocupaciones excesivas por el peso y la ingesta.

RESULTADOS

Variables relacionadas con el peso de la ingesta

En las tablas 1 y 2, aparecen las diferencias más importantes en la distribución de las respuestas del Grupo de Estudio y Grupo de Comparación a las variables del cuestionario sociodemográfico.

Peso: En el Grupo de Estudio el 99 % de los sujetos tienen un peso por debajo o dentro del que les corresponde por edad y talla mientras que en el Grupo de Comparación un porcentaje inferior (87 %) de personas reúne estas mismas características. El Grupo de Estudio está integrado por un porcentaje mayor de personas delgadas. En el Grupo de Comparación el porcentaje de personas con un peso corporal por encima del que les corresponde por edad y talla (12 %) es superior al de personas del Grupo de Estudio (1 %).

Autoimagen corporal: La distribución de porcentajes en las respuestas de sendos grupos a la pregunta «¿Cómo te encuentras tú?» son bastante similares. Sin embargo, si relacionamos esta variable con el peso encontramos que en ambos grupos, y en el Grupo de Estudio de forma más acusada, existen discrepancias entre el peso y la percepción del mismo. Es decir, el porcentaje de personas que se considera obeso/a es siempre superior al número de personas con un peso superior al que les corresponde por edad y talla.

Deseo de imagen corporal: A pesar de que la mayoría de sujetos del Grupo de Estudio tiene un peso inferior o igual al que les corresponde por edad y peso, el 63 % no está satis-

TABLA II

Distribución en el Grupo de Estudio y Grupo de Comparación de las respuestas a las siguientes preguntas:

	Grupo de estudio		Grupo de Comparación	
	N	%	N	%
<i>Autoimagen corporal:</i>				
¿Cómo te encuentras tú?				
Estoy obeso/a	(31)	23,5	(461)	27,5
Estoy normal	(80)	60,6	(853)	50,9
Estoy delgado/a	(21)	15,9	(362)	21,7
<i>Deseo de imagen corporal:</i>				
¿Cómo te gustaría estar?				
Más delgado/a	(81)	62,8	(726)	43,4
Me encuentro bien así	(40)	31,0	(726)	43,3
Más lleno/a	(8)	6,2	(218)	13,0
<i>Realización de dieta:</i>				
¿Haces dieta para adelgazar o la has hecho durante el último año?				
Afirmativo	(39)	29,3	(158)	9,5
Negativo	(94)	70,7	(1512)	90,5
<i>Dieta en familiares y amigos:</i>				
¿Alguno de tus familiares y amigos hace dieta para adelgazar?				
Únicamente un familiar	(15)	11,3	(314)	15,9
Únicamente un amigo	(47)	34,6	(325)	19,4
Varios de los anteriores	(54)	40,7	(429)	41,6
Ninguno	(18)	13,5	(335)	20,0

fecho con su imagen corporal y desea estar más delgado frente a un 43 % de sujetos del Grupo de Comparación. Este último grupo expresa asimismo más satisfacción con su imagen corporal: 43 % no desean modificarla frente a un 31 % de personas del Grupo de Estudio.

Dieta: Más de una cuarta parte de los sujetos que integran el Grupo de Estudio realizan o han realizado dietas de adelgazamiento frente a sólo un 9 % de personas del Grupo de Comparación.

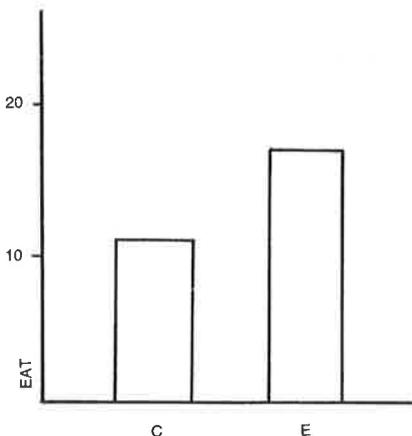
Dieta en familiares y amigos: Un porcentaje mayor (35 %) de personas del grupo de Estudio tienen un amigo que realiza restricción de alimentos con el fin de adelgazar.

Puntuaciones en el E.A.T.

Grupo de Comparación y Grupo de Estudio. (Tabla 3). La media obtenida por el

TABLA III
Puntuaciones en el E.A.T. Grupo de Estudio y Grupo de Comparación

Grupo de Estudio		Grupo de Comparación
17,4	\bar{X}	11,0
13,2	SD	8,9



Grupo de Estudio es significativamente más elevada ($\bar{x} = 17,4$) que la obtenida por el Grupo de Comparación ($x = 11$) ($<0,001$).

Subgrupos de Actividad. (Tabla 4). La puntuación media obtenida por el grupo de estudiantes de danza ($\bar{z} = 30$) es significativamente ($P < 0,001$) más elevada que la obtenida por los dos grupos restantes, modelos ($\bar{x} = 14$) y gimnastas ($\bar{x} = 18,6$).

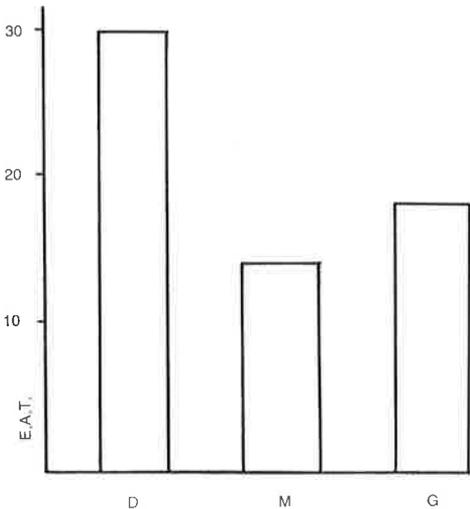
La media del grupo de bailarinas coincide con el punto de corte a partir del cual se considera la respuesta al E.A.T. como susceptible de incluirse dentro de lo patológico.

TABLA IV

Puntuaciones en el E.A.T. Subgrupos de actividad

	Danza	Modelos	Gimnasia
X	30	14,8	18,6
SD	13,6	10,1	11,5
Máximo	53	38	51
Mínimo	14	5	2
N	(19)	(19)	(81)
	(P < 0,001)		

	Danza	Modelos	Gimnasia
Danza			
Modelos	P < 0,001		
Gimnasia	P < 0,01	N.S.	



Puntuaciones en el E.A.T. en función de variables relacionadas con la ingesta y el peso. Grupo de Estudio

Autoimagen corporal: Cuando relacionamos la respuesta al E.A.T. del Grupo de Estudio globalmente considerado con la variable autoimagen corporal (Tabla 5), observamos que los sujetos que obtienen puntuaciones significativamente más elevadas ($P < 0,001$) son los que se ven a sí mismos obesos ($\bar{x} = 29,2$). Los sujetos que se encuentran «normales» obtienen asimismo una puntuación media significativamente ($P < 0,01$) más elevada que los que se ven a sí mismos delgados ($\bar{x} = 12$).

TABLA V

Respuestas al E.A.T. en función de la variable autoimagen corporal. Grupo de Estudio

	Obeso/a	Normal	Delgado/a
X	29,2	18,5	12,4
SD	14,5	10,51	6
Máximo	53	46	26
Mínimo	7	3	2
N	(27)	(70)	(17)
	(P < 0,001)		

	Obeso/a	Normal	Delgado/a
Obeso/a			
Normal	P < 0,001		
Delgado/a	P < 0,001	< 0,01	

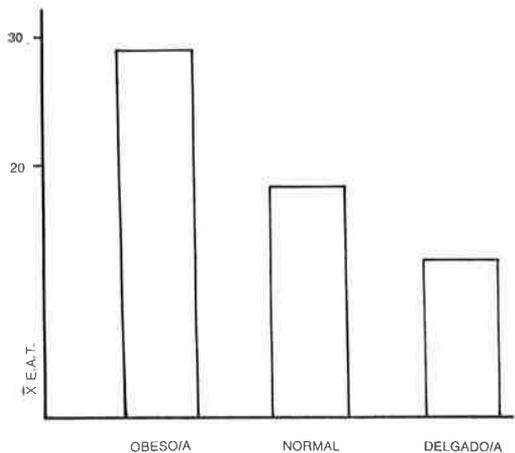


TABLA VI

Respuesta al E.A.T. en función de la variable Deseo de Imagen Corporal. Grupo de Estudio

	Más delgado/a	Como ahora	Más lleno/a
\bar{X}	23,4	14,7	12
SD	13	9,8	8
MAX.	53	46	28
MÍN.	3	2	5
N	(70)	(39)	(9)

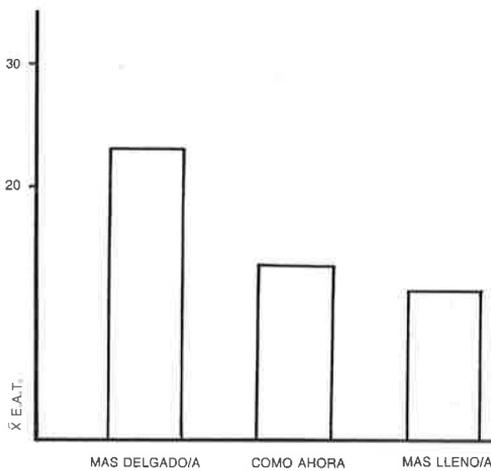
(P < 0,001)

Más delgado/a Como ahora Más lleno/a

Más delgado/a

Como ahora P < 0,01

Más lleno/a P < 0,01 N.S.



Realización de Dieta: (Tabla 7). Los sujetos que hacen dieta para adelgazar obtienen una puntuación significativamente más alta ($\bar{x} = 29$) ($P < 0,001$) y muy próxima al punto de corte (30) a partir del cual se puede considerar la respuesta al cuestionario como patológica, que los sujetos que no realizan dieta ($\bar{x} = 16,5$).

Puntuaciones ≥ 30 en el E.A.T.

Grupo de Comparación y Grupo de Estudio. (Tabla 8.)

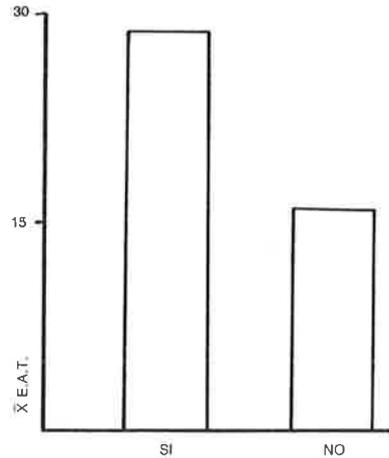
El porcentaje de sujetos del Grupo de Es-

TABLA VII

Respuesta al E.A.T. en función de la variable Realización de dieta. Grupo de Estudio.

	Realizan dieta	No realizan dieta
\bar{X}	29,0	16,5
SD	11,1	11,2
MAX.	53	50
MÍN.	11	2
N	31	88

(P < 0,001)



tudios (20 %) que obtienen una puntuación en el E.A.T. susceptible de incluirse dentro de lo patológico es casi siete veces superior al porcentaje de personas del Grupo de Estudio (3,5 %) que puntúa por encima de 30.

Subgrupos de Actividad:

El porcentaje de sujetos del grupo Danza (30 %) que obtiene una puntuación por encima del punto de corte es significativamente superior ($p < 0,01$) al de los dos grupos restantes; modelos (13 %) y gimnastas (18 %).

Puntuaciones en el B.D.I.

Grupo de Comparación y Grupo de Estudio: La puntuación media alcanzada por ambos grupos (Grupo E, $\bar{x} = 6,1$, Grupo C, $\bar{x} = 5,7$) no son estadísticamente diferentes.

Subgrupos de Actividad: Las modelos ($\bar{x} = 7,9$) son las que obtienen una puntuación

significativamente ($P < 0,05$) que las estudiantes de baile ($\bar{x} = 7,5$) y las gimnastas ($\bar{x} = 5,2$).

Puntuaciones ≥ 16 en el B.D.I.

Grupo de Comparación, Grupo de Estudio y Subgrupos de Actividad. (Tabla 10)

Más sujetos del Grupo de Estudio (6 %) en comparación con los sujetos del grupo C (4 %) obtienen una puntuación por encima del punto de corte. En los tres subgrupos de actividad, las modelos son las que más puntúan por encima de 16 (26 % de las modelos, 2 % de las gimnastas y 10 % de las bailarinas) siendo la diferencia estadísticamente significativa $P < 0,01$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de estar más delgadas, las perso-

nas que se dedican a actividades relacionadas con un cuerpo delgado se diferencian de las personas de su misma edad que no realizan tales actividades en el siguiente perfil actitudinal y comportamental:

- No estar satisfechas con su peso y desear estar más delgadas.
- Realizar dietas restrictivas para adelgazar.
- Mostrar una incidencia superior de un conjunto de actitudes y comportamientos ante la ingesta y el peso (miedo intenso a pesar demasiado, preocupación por la comida y consumo calórico de los alimentos, comportamientos muy selectivos ante la ingesta, control de la sensación de hambre...) propios de personas que sufren el trastorno anoréxico.

Dentro del factor de riesgo para la anorexia nerviosa que supone dedicarse a actividades relacionadas con un cuerpo delgado se

TABLA VIII

Porcentaje de E.A.T. ≥ 30 . Grupo de Estudio y Grupo de Comparación.

Grupo de estudio		Grupo de comparación	
N	%	N	%
(27)	20	(70)	3,5

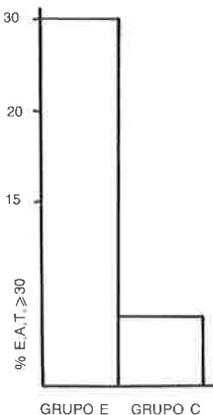


TABLA IX

Porcentaje de E.A.T. ≥ 30 . Subgrupos de actividad.

Danza		Modelos		Gimnasia	
N	%	N	%	N	%
(9)	30	(2)	13,3	(16)	18,1

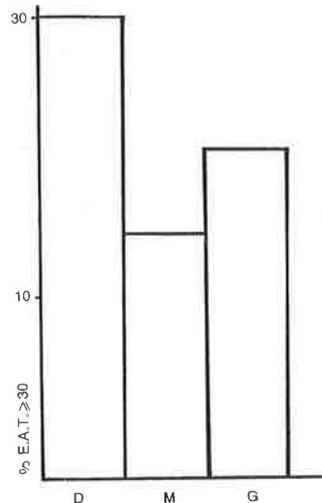
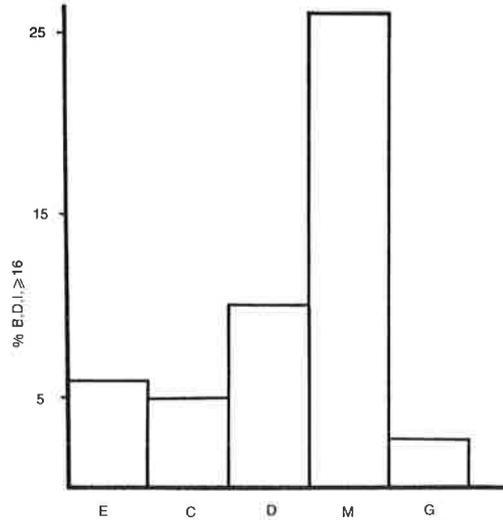


TABLA X
Porcentaje de B.D.I. \geq 16. Todos los grupos.

Grupo de estudio		Grupo de comparación		Danza		Modelos		Gimnasia	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(9)	6,6	(82)	4,8	(3)	10	(4)	26,6	(2)	2,2

(P < 0,01)



puede aislar un tipo de actividad que incrementa el riesgo: dedicarse a la danza. Podríamos de este modo describir las características que definirían un prototipo asociado a mayor riesgo: ser chica joven, entre 12-18 años, estudiante de danza y a pesar de tener un peso normal o estar delgada no estar satisfecha con la propia imagen corporal, desear estar más delgada e iniciar la restricción de alimentos para conseguirlo.

Éste es un estudio piloto con un grupo de comparación no igualado con el de estudio y las comparaciones que se llevan a cabo entre ambos grupos son metodológicamente criticables. Teniendo en cuenta estas limitaciones que afectan el alcance y generabilidad de nuestros resultados las tendencias globales aquí descritas confirman las obtenidas por otros autores (Garner y Garfinkel, 1980; Davies y Furnham, 1986). Existen diferencias significativas entre poblaciones consideradas de mayor riesgo por la elección de su carrera y acti-

vidad y la población general en factores relacionados con la patología anoréxica. La incidencia de sintomatología depresiva no parece perfilarse como un factor que diferencie a sendos grupos, excepción hecha en lo que a subgrupos de actividad se refiere, de las modelos.

Los resultados aquí descritos contribuyen a reafirmar la influencia poderosa de una serie de factores de naturaleza sociocultural y grupal. Con ello no olvidamos, como han señalado diversos autores, que la anorexia es un trastorno plurideterminado en el cual interactúan una serie de factores socioculturales, biológicos y psicológicos. Los aquí descritos interactúan con influencias psicológicas de carácter individual que ayudarían a responder al interrogante de por qué en todas las personas que reúnen las características aquí descritas, algunas presentan un cuadro anoréxico y otras no.

Bibliografía

- DAVIES, E y FURNHAM, A.: *Body satisfaction in adolescent girls*. «British Journal of Medical Psychology», 59, 279-287, 1986.
- DAVIES, E. y FURNHAM, A.: *The dieting and body shape concerns of adolescent females*. «Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines», 27, 3, 417-428, 1986.
- DAVID, M. y GARNERY GARFINKEL, P. E.: *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa*. «Psychological Medicine», 10, 647-656, 1980.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E.: *Anorexia nervosa, a multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York Book Center, Montreal, 1982.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E.: *The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. «Psychological Medicine», 9, 273-279, 1979.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E.: *Cultural expectations of thinness in women*. «Psychological Reports», 47, 483-491.

Algunas consideraciones en torno a las psicoterapias infantiles

J. L. Pedreira Massa

*Psiquiatría infantil. Coordinador de Salud mental del Área Sanitaria de Avilés
Con la colaboración de Lda. González, Psicóloga Infantil
de la Unidad de Salud Mental Infantil del Centro de Salud Mental de Mieres*

INTRODUCCIÓN

El debate establecido en el momento actual sería dilucidar cuál y cuáles son las indicaciones de una psicoterapia en la infancia, así como delimitar los límites conceptuales de ella. Un segundo nivel, del citado debate, se establece en qué tipo de trabajo psicoterapéutico puede llevarse a cabo en los servicios públicos. En el presente capítulo vamos a intentar exponer someramente algunos planteamientos prácticos y teóricos sobre el lugar de las psicoterapias en la infancia y adolescencia en el contexto de los servicios públicos; muchos de los contenidos pueden y deben ser objeto de debate, incluso en el seno de las diversas tendencias teóricas, y en modo alguno son un discurso cerrado, sino que, por el contrario, representan la apertura del discurso.

En muchas ocasiones se usa/abusa del término de Psicoterapias, pero en muy pocas ocasiones se delimita el qué se hace y cómo se aborda esa demanda. En una gran mayoría de las ocasiones se simplifica y reduce el campo al de los «consejos» o al exclusivo objetivo de hacer desaparecer (?) el síntoma o a la búsqueda de «adaptación» según determinados parámetros preconcebidos de antemano por el técnico, respetables pero muy subjetivos. Nosotros pensamos que estos y

otros son peligros de trivializar muy peligrosos y, sobre todo, muy poco rigurosos teórica y técnicamente. No se debería confundir la realización de un tipo determinado de intervención, por muy eficaz que sea, con la realización de una psicoterapia.

La formación de psicoterapeutas es una laboriosa tarea que precisa de constancia y claridad en los fundamentos teóricos y prácticos, así como de una adecuada supervisión que delimite las competencias. En el campo de la infancia y de la adolescencia aún es más difícil la tarea de la formación de los psicoterapeutas, lo cuál hace que se decante también la demanda de formación en este campo de profesionales y técnicos. No todo el que trabaja con niños y adolescentes es psicoterapeuta, ni todo trabajo que se realiza con ellos es psicoterapia, por mucho que los profesionales se ubiquen en centros que presumiblemente llevan el marchamo «psi».

FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA

En capítulos anteriores hemos resaltado las fases históricas de la infancia expuestas por Lloyd de Mause; simplemente resaltar que es desde el siglo XIX, con la fase de sociabiliza-

ción, que las intervenciones sobre la infancia han tenido su importancia, empezando en esa época la oportuna cimentación teórica y metodológica. Sobre todo ha sido en la segunda mitad de nuestro siglo, fase de ayuda, cuando realmente han surgido las publicaciones más serias y rigurosas sobre el trabajo que se desarrollaba sobre la infancia y adolescencia.

¿Cuáles son las principales tendencias psicoterapéuticas?

Como bien es sabido fue Freud quien primero teorizó sobre la infancia, pero daba poca credibilidad al análisis infantil y además decía que tenía muchas dificultades para llevarlo a cabo. No obstante fue el descubridor del inconsciente infantil y describió las fases del desarrollo libidinal y pulsional ya en 1895, y que se completa con algunas matizaciones en la Interpretación de los sueños de 1900 y en los Tres ensayos sobre la sexualidad de 1909. El caso Juanito (1909) marca un hito importante, pero Freud no realiza el análisis directamente sino que lo hace a través de su padre que era alumno suyo. En dos trabajos posteriores: Análisis profano (1926) y Continuación de introducción al psicoanálisis (1932), realiza dos sugerencias un tanto contradictorias; podría ser interesante el análisis profiláctico en la infancia pero es difícil llevarlo a cabo por la escasez de analistas formados; la segunda es que para el análisis infantil sería preferible que fueran analistas femeninas y que este campo del análisis infantil era un campo adecuado para las analistas.

Desde esas primeras formulaciones de Freud mucho ha cambiado la tendencia psicoanalítica y sus escuelas:

1. Los pioneros fueron poco sistematizados pero sentaron algunos principios importantes: Pfister ideó el «método del paso» para abordar a los jóvenes; Zullinger puede ser considerado como el pedagogo por excelencia, y Hag-Hellmuth fue el primero en trabajar con el juego y la ludoterapia.
2. La gran pionera fue M. Klein (analizada por Ferenczi), que preconiza e interpreta precozmente toda la sexualidad in-

fantil, reglamentando parte de la cuestión del cajón de juegos y de los juguetes necesarios. Derivados de sus planteamientos surgen Winnicott con el diseño de la consulta terapéutica y de otros instrumentos como el «garabato» y la teorización del objeto y espacio transicionales y A. Aberastury hace una diferencia precisa entre juego diagnóstico y juego terapéutico.

3. A. Freud destaca el papel de la pedagogía, llevando los principios analíticos hacia una pedagogización, asumiendo el papel de ideal del yo el propio psicoterapeuta. Greenacre, H. Nájera y E. Plank (con sus técnicas para la psicoprofilaxis quirúrgica a través del juego), son representantes de esta línea de actuación.
4. A caballo de ambas tendencias podrían situarse: Spitz con su tendencia de psicoanálisis genético, sobre todo teorizando sobre las relaciones de objeto y la constitución del Yo en la infancia; Bo Iby trabaja sobre la vinculación, las relaciones de apego y la creación de las figuras de apego, siendo la tendencia etológica.
5. Actualmente son reconocidas algunas tendencias importantes:
 - 5.1. Los clásicos:
 - Lebovici, Soulé y Anxieu trabajan con la dramatización en la infancia.
 - Diatkine trabaja con la reconstrucción de las relaciones objetales y establece claramente la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis en la infancia.
 - Kreisler aborda las relaciones de objeto a través de la clínica psicósomática infantil.
 En general las técnicas empleadas son las terapias diádicas y el psicoanálisis precoz.
 - 5.2. Los institucionales:
 - Tosquelles trabaja sobre todo el maternaje terapéutico y con los deficientes profundos.

— Aubin plantea el trabajo institucional con niños psicóticos.

5.3. Los renovadores:

— G. Raimbault utiliza otras vías para intervenir: El hospital pediátrico, los pediatras, etc.

— F. Dolto sería la nueva pedagogía analítica.

— M. Mannoni resalta el papel de la primera entrevista y la función de una nueva institución.

— R. y R. Lefort abordan las intervenciones en las psicosis infantiles y la función de la simbolización.

Posteriormente surge la tendencia conductista, que fija su atención en lo manifiesto de la conducta infantil y su modificación dependería de los «refuerzos» positivos o negativos que se establezcan frente a una conducta determinada. Watson estaría en una postura más ecléctica, mientras Skinner y Pribram podrían representar una línea menos dialogante y más dogmática en los planteamientos.

Las teorías cognitivas, derivadas de las tendencias teóricas de Piaget y Luria, buscan la integración de los procesos intelectuales y cognitivos en el desarrollo del crío, obteniendo operaciones intelectuales precisas: tiempo, espacio, movimiento, etc. Unidos a los aspectos neurológicos y algunos dinámicos surgen las terapias psicomotrices, con las reeducaciones, la logopedia, etc.

El abordaje comunicacional y familiar: desgajadas de la escuela psicoanalítica, como Minuchin, Wachlawitz, Sluzky, Masson, etc., con gran fundamentación del concepto psicoanalítico de familia pero con el baño pragmático, un tanto concretista, de la psicología del yo americana o conductista de Palo Alto. Las tendencias europeas, derivadas también del psicoanálisis, están más influenciadas de contenidos sociologizantes, como la escuela italiana de Selvini, Pratta, Cancrini, Coletti, etc., y lo aplican a los servicios públicos, como Semboloni, etc.

La última tendencia está en las coberturas sociales. Surgen del paternalismo inicial de

Louisse Bowen y sus seguidores del movimiento pro-salvación del niño, trabajando con la infancia inadaptada en USA y dan origen a Protección de Menores y a los Tribunales Tutelares de Menores, comenzando una nueva fase más sutil en la represión infantil, con un gran mimetismo hacia la ideología de las clases dominantes; hacen cierta la alegoría de A. Platt: los protectores del niño o la invención de la delincuencia infanto-juvenil.

CONCEPTO DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

El concepto de psicoterapia, sobre todo en la infancia y adolescencia, es algo muy debatido y que, al derivar de una concepción teórica, presenta los defectos que le son propios. No obstante asumimos el concepto de Schneider, en términos generales: «la psicoterapia es un método sanitario de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a los conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración, el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y en absoluto la del psicoterapeuta.»

¿Es aplicable este concepto tal cual a la infancia? Hay que considerar que en la infancia se emplean algunos métodos específicos (juego, dramatización, actividad, etc.), no obstante existe y se posibilita un tipo de transmisión lingüística, si ello es así y, por lo tanto, se accede a una función de simbolización, entonces es cuando se establece una relación psicoterapéutica.

En plano amplio el concepto enunciado sirve tanto para el nivel individual como el de

pareja, como para una familia, un grupo o una comunidad, pero existen unas excepciones que hay que considerar:

— Hay técnicas de grupo que tienen otros ejes de referencia y, por tanto, no son en sentido estricto una psicoterapia.

— La terapia familiar basada en la teoría de la comunicación no es una psicoterapia como tal, puesto que no existe la exigencia de una estructuración del psiquismo del sujeto.

— Determinadas técnicas de intervención comunitaria, aunque pueden tener efectos psicoterapéuticos o convertirse en psicoterapias, en sí mismas no son, ni tienen por qué ser psicoterapias.

TESIS EN LA CONCEPCIÓN DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Estas tesis que fundamentan el concepto anteriormente expresado de psicoterapia han sido formuladas por Schneider (1) para la psicoterapia general, nosotros las hemos reformulado para la infancia y adolescencia e intentado articular para su utilización en un servicio público:

1.ª tesis: «La psicoterapia es un método de tratamiento de los trastornos psíquicos y psicósomáticos que alteran la salud infanto-juvenil o que se producen a lo largo de su normal evolución. Se dirige a sujetos enfermos o que sufren, por lo que pertenece al campo del sistema sanitario y de la medicina».

Esta delimitación psicológica sólo puede hacerse en función de la totalidad del sujeto infantil, con sus propios procesos de evolución y maduración, reconociendo que todo trastorno psíquico ocurre y se desarrolla en un sujeto con un cuerpo y que éste tampoco permanece indiferente a ese sufrimiento.

De esta suerte trabajar en exclusividad sobre lo psíquico no es más que trabajar sobre un fantasma idealizado. Precisamente por esta

situación es por lo que debe encuadrarse en las actividades propias del sistema médico-sanitario; toda intervención fuera de él no es estrictamente una psicoterapia, por lo que debiera ser definida con otros ejes que excluyan la relación que caracteriza al paciente y a su tratamiento.

2.ª tesis: «La estructura fundamental del psiquismo es conflictiva y la psicoterapia trata al sujeto infantil o al adolescente enfermo o que sufre, intentando descubrir los conflictos intrapsíquicos no resueltos o ayudando a comprender la organización de ellos en esa etapa evolutiva en la cual se encuentra el sujeto».

La situación conflictiva intrapsíquica es un dato antropológico universal del ser humano, consecuencia de las vicisitudes a lo largo de su desarrollo y de la integración, por un proceso de maduración, de los conflictos interpersonales que se viven a lo largo de la infancia. Esta noción de conflicto es muy amplia y en la infancia y adolescencia tiene la característica de estar «presentificada» en este momento, por lo tanto hay que enmarcar la acción psicoterapéutica como algo que ayude a organizarlos y a superarlos.

3.ª tesis: «Para entender por qué los conflictos intrapsíquicos no encuentran solución, es indispensable recurrir a la noción de un inconsciente que sostiene la estructura del psiquismo según el sistema consciente/inconsciente».

Precisamente en la infancia se está organizando estructuralmente el psiquismo infantil, de aquí los grandes gastos de energía y de economía psíquicas que se realizan en esta etapa de la vida. En esta etapa de la vida se debe pasar de ser objeto de deseo a ser sujeto deseante, lo cual comporta: la formación de un yo, pero también los investimentos y contrainvestimientos objetales. De aquí que, en muchas ocasiones, sea en un après-coup como cobra significación la situación conflictiva.

4.ª tesis: «El abordaje psicológico de los

conflictos intrapsíquicos no resueltos y a menudo inconscientes, solo puede realizarse si el paciente siente, en función de su sufrimiento, el deseo de hacerse ayudar o tratar por medio de ese abordaje psicológico de los conflictos».

Es muy difícil que en la infancia y adolescencia aparezca esta situación en la forma y manera en que se presenta la introspección o insight en la persona adulta. El insight en la infancia y adolescencia pasa por otras coordenadas que el terapeuta precisa desenmarañar y ayudar a presentar y comprender esos problemas internos.

5.ª tesis: «La relación psicoterapéutica es una relación interpersonal subjetiva, comparable, bajo muchos aspectos y puntos de vista, a las relaciones que establecemos con el reducido número de personas más allegadas a nosotros. Pero la relación psicoterapéutica presenta varias características diferentes a la relación interpersonal subjetiva habitual».

En la infancia hay una serie de peligros o de «artimañas» que no son psicoterapia, pero que pueden presentarse como tales: la empatía, la seducción, la convicción, etc. que no son técnicas psicoterapéuticas. Las funciones del psicoterapeuta en esa relación con la infancia se cifran en una función de filtro del material traído por el niño o adolescente, y devolver al sujeto infantil un material más elaborado y comprensible, con el fin de dirigir la evolución de esa relación hacia la dirección de la cura. Hay que saber ser receptor de los amores y odios de la infancia y adolescencia a través de intercambios libres e independientes y saber devolverlo al niño o adolescente de forma comprensible.

6.ª tesis: «La comunicación entre el psicoterapeuta y el sujeto/paciente se hace a través del lenguaje que debe convertirse en el modo exclusivo de relación».

Pero en la infancia el lenguaje tiene varias expresiones y el conocimiento de esas formas de expresión establece el límite de la concepción de lenguaje. Lenguaje en tanto favorecen los procesos de simbolización del ser infantil: juego, dibujo, los garabatos de Winnicott, las pequeñas dramatizaciones, la utilización de cierto material proyectivo, etc. son formas de comunicación y lenguaje infantiles que establecen la forma de relación entre el psicoterapeuta y el sujeto infantil, posibilitando una toma de sentido de esa relación.

7.ª tesis: «Para que un proceso psicoterapéutico, que debe llevar consigo tales efectos terapéuticos, pueda establecerse, es indispensable que el psicoterapeuta y el sujeto deseen colaborar y trabajar en común para el establecimiento de dicho proceso, el cual tiene en cuenta las modalidades de la relación psicoterapéutica».

Es importante ver los handicaps y dificultades e interferencias que ocurren en este proceso en la infancia:

— Escasez de centros y profesionales formados, con lo que las distancias físicas suelen ser importantes.

— Necesidad de que el niño sea acompañado por alguna persona adulta en esos desplazamientos y que esa persona adulta se encuentre en disponibilidad para hacerlo.

— Los trayectos tienen su dificultad para la infancia.

— La posible rivalidad vivenciada de las figuras parentales hacia el psicoterapeuta.

— El respeto del «secreto» e intimidación hacia los contenidos ofertados por el pequeño paciente.

8.ª tesis: «Los fines de la psicoterapia son múltiples y tienden, idealmente, a permitir al sujeto resolver, por sí mismo, los conflictos intrapsíquicos y conseguir así un grado de liberación que le permita elegir. El psicoterapeuta debe esforzarse por no imponer sus propias opciones».

ideológicas al sujeto, lo cual exige que las reconozca y las analice».

Hay determinadas escuelas denominadas psicoterapéuticas que exigen una adhesión a la ideología de dicha escuela; este elemento enturbia la relación que podría establecerse y las resistencias y las defensas tienen o acaban teniendo otra significación, pero ya dejan de ser psicoterapéuticas.

El control de la ideología del psicoterapeuta pasa por analizar los elementos constitutivos de la contratransferencia. Precisamente por ésta situación es tan difícil ser psicoterapeuta infantil si no se han comprendido y elaborado los propios conflictos de la infancia del psicoterapeuta.

Si lo que domina es la ideología del psicoterapeuta, se manipula o seduce a la infancia por proyección de los propios conflictos no elaborados y no resueltos y el resultado podría ser, a medio y largo plazo, el contrario al supuestamente deseable.

LA DEMANDA PSICOTERAPEUTICA Y EL INICIO DE UNA PSICOTERAPIA

Algunas reflexiones en torno a la demanda psicoterapéutica en la infancia y adolescencia

A. *Algunas delimitaciones conceptuales:*

1. Demanda social: la denominamos así cuando parte de alguna de las instituciones (educativas, sociales, sanitarias, etc.) que están en contacto con la vida y el desarrollo del niño y/o adolescentes.
2. Demanda de psicoterapia por el individuo concernido: es una posibilidad que en la infancia es más bien rara, aunque en el momento actual en la adolescencia suelen aparecer casos en que el sufrimiento hace que se canalice una petición de ayuda.

3. Demanda en el sentido psicoanalítico del término: exige una larga lista de requisitos para que pueda explicitarse y es tarea del psicoterapeuta el descifrar esa demanda. Esta tarea se ubica en intentar descifrar desde la demanda explícita la demanda latente, lo que hay en la trastienda de esa demanda, o aquello que subyace y sostiene la demanda explicitada.

B. *Algunas aproximaciones a la demanda:*

1. Cambio en la situación social mediante la cual las dificultades «psi» se manifiestan. Es elocuente el cambio espectacular que se opera en los niños con dificultades escolares que se opera cuando existe un cambio de actitud en los maestros hacia ellos, cambiando la actitud hacia el rendimiento, etc.
2. Cambio del niño en sí. En ocasiones corresponde a una situación evolutiva y madurativa, o simplemente reactiva, o bien se liga al momento pulsional y libidinal; en todas estas situaciones existe como una reorientación de las catecixias y ello puede hacer que origine un cambio.
3. Cambio del niño y de su contexto social. En ocasiones por intervenciones desde varias instancias o agencias sociales, en otras ocasiones espontáneamente (por propia evolución, por respuestas eficaces puntuales, etc.) se origina un cambio simultáneo tanto de la situación social como en el propio niño. La complejidad de este tipo de cambios hace que simplemente lo enunciemos.

C. *Dificultades en torno a la demanda:*

1. Existen interpretaciones diversas de la noción de demanda, las cuales dependen del lugar en que se ubiquen aquellos que lo interpretan, sea un lugar teórico o un lugar en la cadena de la demanda con relación al ser infantil.

2. La existencia de una demanda, en el sentido dinámico del término, en el ser infantil como requisito para el inicio de una psicoterapia y que puede ser leído como pre-transferencia.
3. La demanda de psicoterapia, incluso la ya enunciada, no basta para que se instale la psicoterapia.
4. La demanda de psicoterapia supone el concepto de transferencia, de ello surge una nueva pregunta: ¿La transferencia en el niño tiene el mismo estatuto que en el adulto? Controversia entre las escuelas psicoanalíticas a lo largo de su historia y que se inició con los planteamientos de A. Freud y M. Klein, pero que continúa hoy en día respecto a la neurosis de transferencia y al final de la cura con niños.

D. *Salidas posibles:*

La escucha de la demanda en la consulta debe permitir desenmarañar la demanda del sujeto en cuestión, de aquella otra derivada de los que hablan en su nombre. Esa escucha de la demanda debiera responder a preguntas tales como: ¿quién pide? ¿qué pide? ¿por qué pide? ¿quién sufre?

E. *Objeto de la demanda:*

El objeto fundamental es posibilitar la emergencia del deseo, es decir facilitar el paso de la demanda del deseo. Lo cuál habría que enmarcarlo con los conceptos freudianos de necesidad y pulsión.

Para Freud el deseo se refiere a la experiencia de satisfacción, en la relectura que Lacan hace de Freud, el deseo sucede en el psiquismo a la falta esencial vivida por el niño separado de su madre, viene en el lugar de la necesidad orgánica y de la pulsión porque el deseo es en lo que se convierte la pulsión cuando está alienada en un significante. El deseo es una llamada al otro en tanto que polo de significación.

La demanda sería aquello mediante lo cuál el deseo se desvía, gracias a los desplazamientos y condensaciones, o metonimias y metá-

foras. Lo que el análisis va a «construir» será una articulación del deseo y la demanda con el objeto y el fantasma.

Algunas consideraciones en torno al psicoanálisis de niños

Para Lacan el problema que un niño aborda en un psicoanálisis se plantea, de cierta manera, en la relación del niño con la palabra de los padres. Según él «el inconsciente no es una realidad individual sino una dialéctica transindividual de las relaciones de los padres», lo cual incluye también el sentido transferencial.

La cuestión que se plantea, entonces, es la relación del sujeto con el lenguaje. El lenguaje pre-existe a la aparición del sujeto y, en cierto modo, lo engendrar. En las perturbaciones del niño, la naturaleza y los accidentes del discurso, el baño de palabras que rodean al niño, son tanto o más la causa de las dificultades que la carencia de cuidados, tan a menudo citados en primer lugar como la causa de las dificultades presentadas.

En este contexto el medio humano ya no es ni biológico ni social, sino lingüístico. Según Eric Laurent (2), es necesario aclarar que la operación que efectúa el analista con la palabra es radicalmente diferente a la del lingüista. El lingüista cifra, establece sus reglas y su gramática; el psicoanalista apunta al goce, restituye a la lingüística lo real. Es lo que ocurre con el sueño que restituye la realización de un deseo, o lo que ocurre con el juego infantil.

Esta aportación de Lacan tiene el interés de tener en cuenta la dinámica de una situación tal como puede aparecer en el discurso del paciente y más allá de éste. Estudia el lenguaje en su relación con el significante, destaca el papel que juega la alternancia de presencia/ausencia en el mundo infantil. El objeto que el niño tendría que descubrir es un objeto que falta, un objeto ausente. El discurso puede articularse, precisamente, porque hay faltas-agujeros. Lo que interesa en la cura de niños, desde esta perspectiva, no son las cri-

sis sucesivas que suceden en la infancia a lo largo del proceso de desarrollo, sino el niño en sufrimiento cara al deseo y al significante.

Iniciar una psicoterapia

Hasta el momento actual hemos ido considerando los distintos aspectos que conforman un abordaje psicoterapéutico y la función de la demanda en el establecimiento de una psicoterapia; es llegado el momento de abordar aspectos más específicos del cómo hacerlo, pero con la seguridad que son orientaciones y puntos para una reflexión, ya que el presente capítulo pretende abrir ese campo.

El primer elemento a tener en cuenta es que el niño no se suele demandar directamente una intervención y que su conciencia de enfermedad no pasa por los mismo cánones de introspección e insight que en el adulto. Pero no obstante el niño sufre y percibe su sufrimiento, desde ese lugar hay que abordar el inicio y la demanda. Es más, en muchas ocasiones el origen de la demanda se encuentra en los padres o los profesores u otras agencias sociales, hay que desbridar lo que les pertenece al deseo de ellos y que son sus propios conflictos y que se depositan en el niño, de aquellos otros elementos que sí que pertenecen al mundo infantil.

Un segundo elemento a la hora de establecer el encuadre psicoterapéutico se cifra en la dificultad de autonomía del ser infantil, que suele precisar una persona adulta que lo acompañe al lugar donde se realiza el trabajo psicoterapéutico. En nuestra experiencia en servicios públicos suele ser la figura materna. Esto ocasiona problemas de tipo transferencial y contratransferencial importantes que es preciso tener en cuenta: también la figura materna está inmersa en el encuadre, aunque no se encuentre en presencia física en el seno de la sesión. Morandé realizó un sugerente capítulo sobre la reconstrucción del rol madre a través de estas circunstancias y representa, por su rigor, una referencia obligada.

Otro elemento a tener en cuenta es que el

lenguaje no está totalmente adquirido, al menos con la fluidez que en el adulto, y que a los servicios públicos suelen acudir las capas más desfavorecidas socio-culturalmente. A este nuevo handicap hay que unir la dificultad para iniciar las asociaciones de manera espontánea, por lo que se deben utilizar medios de expresión, con valor lingüístico para la infancia, que faciliten los procesos asociativos y de simbolización: el juego, los dibujos, las pequeñas dramatizaciones, etc.; a través de estos elementos se favorece lo proyectivo y que emerge material para ser analizado.

Existe una cuestión metodológica de primera magnitud que se debe de cumplir en todas las ocasiones: la realización de las entrevistas previas de evaluación de las que debe extraerse la indicación, así como los pasos a cubrir en la psicoterapia, en tanto que se desarrolla la actividad en un servicio público. De igual forma se evaluará la conveniencia de la intervención complementaria en otras agencias de vida del niño, con el fin de diseñar el conjunto de las acciones siguiendo el planteamiento de Bleger (4): individual (sobre el sufrimiento del sujeto, dándole al ser infantil las posibilidades de reorganización en el sentido de Laurent), familiar (como forma de contención de los procesos históricos y de los mecanismos relacionales), institucional (para redefinir los problemas y ofrecer la contención adecuada a ellos) y comunitaria (con el fin de intervenir sobre las actitudes). Todo ello debe extraerse de la fase de evaluación y de las entrevistas previas.

Siguiendo a Diatkine (5) se pueden sentar unas bases que sirvan como criterio para sentar unas indicaciones para iniciar la psicoterapia:

1. Cuando se encuentre presente un gran sufrimiento infantil o una angustia con tendencias depresivas detectables.
2. Cuando se presente una restricción importante de la actividad correspondiente para esa etapa madurativa en la cuál se encuentre el sujeto infantil.
3. Cuando exista una restricción de nuevos

invertimientos o éstos se realizan de una forma inadecuada.

4. Cuando no exista la aparición de operaciones nuevas.
5. Cuando se instauren organizaciones o situaciones irreversibles.

(Los apartados 2, 3, 4 serían equivalentes a lo que Misés, A. Freud y Lang catalogan como disarmonías evolutivas, o cuadros similares).

Antes de continuar, es preciso señalar la importancia de evaluar correctamente alguno de los elementos propios del sujeto infantil, con el fin de tenerlos en cuenta a la hora del inicio psicoterapéutico. Estos elementos son propios a los fundamentos del yo infantil y se expresan, fundamentalmente, por medio de la conducta:

- a) La imitación, no en el sentido de Bandura sino, en el sentido dinámico de situarse en la posición de algo admirado para, posteriormente, poder identificarse con ese alguien.
- b) La identificación, en tanto favorece la obtención del ideal del yo.
- c) La introyección, en tanto nos remite a la obtención del super-yo, primero externo y luego interno.

Estos elementos, planteados con una perspectiva evolutiva, deben enmarcarse en un contexto evolutivo más amplio, pues a su vez la conducta es considerada como el eslabón intermedio entre el valor del lenguaje corporal (valor de la psicósomática como encrucijada: Keisler) o como resomatización (para Sperlíng). La tercera etapa, posterior a la fase conductual, sería la fase de mentalización, en la cual tanto el deseo como el sentido del discurso puede manifestarse a través de procesos mentalizados y de la organización de sus defensas. En sentido estricto podría decirse que, cuanto más mentalizadas sean las respuestas más maduras son, y cuanto más somatizadas se presenten serían más inmaduras, pero no todo es tan lineal y, en ocasiones, los aspectos regresivos pueden posibilitar una progresión, en un segundo tiempo, más satisfactoria.

Para el inicio de la psicoterapia hay que tener muy presente la situación de los procesos de transferencia y contratransferencia: si en sentido riguroso no debiera hablarse de ellos hasta el establecimiento de una psicoterapia con un encuadre preciso, no es menos cierto que hay elementos previos que pueden condicionar, en uno u otro sentido, la marcha del proceso. Estos elementos previos ha sido teorizados como pretransfer positivos o negativos por varios autores (Manzano y Palacio (6); de Vicente (7); Mira (8), etc.). Esos elementos pretransferenciales son aquellos inherentes a la pertenencia pública del servicio y a la definición que la comunidad tiene de él, al hecho según el cual uno u otro miembro del equipo asume a priori uno u otro caso o demanda, la opinión que se posee del derivante, las características personales iniciales del niño y la familia, etc.

La transferencia se establece respetando el «agujero» permanente que se sitúa en la consideración del sujeto infantil en la encrucijada de las instituciones que operan en la infancia y adolescencia: familia-escuela-historia-instituciones sociales (sanidad incluida), los bordes de ese «agujero» deben permanecer para poder intervenir psicoterapéuticamente (de Vicente (7) y Mira (8)), ese agujero es el que delimita la demanda y la necesidad: la primera en el sentido institucional/individual y la segunda en el sentido individual.

No se puede entender el concepto de transferencia sin asumir el de contratransferencia, conociendo a ésta como las parcelas no elaboradas del terapeuta y que éste proyecta en la situación psicoterapéutica. Entre ambas situaciones existe una relación dialéctica, sirviendo de puente dialéctico la comprensión de lo que Winnicott denominó como situación transicional.

LOS MEDIOS PARA LA PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

No se pretende hacer una exhaustiva pormenorización de ellos, sino simplemente enume-

rar aquellos que se deben considerar como mínimos.

1. El local:

Debe reunir tres características: *comodidad, amplitud y luminosidad*.

Dichas características son de gran utilidad tanto para el terapeuta como para el sujeto infantil. Hay que tener en cuenta que se debe facilitar la emergencia de los procesos de simbolización y en la infancia, tal y como se ha expresado con anterioridad, en muchas ocasiones la actividad física puede facilitararlo.

2. Los instrumentos:

Quizás hayan sido M. Klein y A. Aberastury quienes más hayan planteado trabajos sobre los instrumentos precisos para posibilitar una apertura de las asociaciones infantiles y facilitar los procesos de simbolización. En términos generales se podría decir que lo necesario serían aquellos elementos mediante los cuales se comunica más fácilmente el ser infantil: los juguetes. Ahora bien, no todos los juguetes serán necesarios para esta labor.

2.1. El cajón de los juguetes: basta con que existan pocos pero adecuados y dependiendo de la etapa madurativa de los niños. En términos generales se puede decir que no debería faltar: un juego de construcciones, una muñeca, pelota, un oso de peluche o similar, coches y cacharritos de cocina o similares.

2.2. «Lo propio del niño»: en ocasiones, por las especiales características de una demanda concreta, es preciso tener algo específico para uno o determinados niños. Ese juguete específico y propio de ese niño hay que separarlo de los demás, ya que tiene sus «cargas» para ese determinado niño.

2.3. Para facilitar las asociaciones se puede utilizar un cierto material proyectivo, además de los juguetes, y que tiene especial importancia este uso psicoterapéutico más allá de

lo simplemente evaluador:

2.3.1. El dibujo y la modelación: no solo es importante catalogar los aspectos formales, sino que la importancia real se encuentra en el análisis de los contenidos y las asociaciones surgidas, de ahí la importancia de la «historia» sobre lo hecho por el niño.

2.3.2. Test proyectivos como forma de facilitar las asociaciones y posterior trabajo psicoterapéutico de los contenidos emitidos. En este sentido es muy útil la utilización de determinadas láminas, nunca el test entero, del Pata Negra de Corman cuando se trate de problemas en los investimentos objetales, o láminas del CAT en versión H ó A, en la preadolescencia y adolescencia láminas del TAT, etc.

2.3.3. Material específico: el sceno-test resulta muy útil por los personajes de roles y por toda su constitución. En la etapa de la preadolescencia y adolescencia el MAPS puede resultar útil, pues es el propio sujeto el que elige su decorado, sus personajes y su historia.

3. El terapeuta:

De cada apartado se podría escribir un capítulo específico por lo menos, pero, sobre todo, del psicoterapeuta el peligro de reducir es real. No obstante se intentará realizar un bosquejo:

3.1. El psicoterapeuta infantil precisa tener una receptibilidad importante, no señalar, asumir y contener cantidad de aspectos. Ello no significa que se «infantilice», es más,

éste sería uno de los factores de rechazo en el sujeto infantil y de la propia contratransferencia del psicoterapeuta.

- 3.2. Un dato importante a tener en cuenta es que se debe valorar mucho las características propias de su personalidad, lo cuál comporta que debiera conocer sus propios funcionamiento, ya que existe, de hecho, una importante dificultad de ser psicoterapeuta infantil sin que previamente se hayan asumido los conflictos y la evolución propios, sin riesgo de proyectar y/o rechazar con demasiada frecuencia. (1, 4, 5 y 6)
- 3.3. La formación del psicoterapeuta de niños debe ser muy escrupulosa y controlada teórica, práctica y técnicamente. De aquí la importancia de la supervisión como forma de controlar los efectos contratransferenciales.

consultas terapéuticas, sobre todo en los casos más reactivos. En este sentido la institución sería una suma de profesionales que no dicotomizan o parcializan, sino que globalizan, en contradicción con psicologizaciones, psiquiatrizaciones, medicalizaciones, socializaciones, etc. del síntoma del niño o adolescente.

De todo lo dicho con anterioridad es de donde se desprende la importancia de los Servicios públicos para el tratamiento de los problemas de la infancia y de la adolescencia, baste para ello algunos elementos: el pago, el lugar de las resistencias y su canalización, la sala de espera y su función, etc.

La formación de los psicoterapeutas infantiles es algo muy costoso, económica y personalmente, como para reducir o trivializar la complejidad de este campo.

Algo para recordar

Es importante no psicologizar el síntoma, lo que implica no identificar al niño con su síntoma, sino trabajar qué sentido tiene para el sujeto infantil y qué sentido tiene para la dinámica familiar, insistiendo en la relación posible entre ausencia de sufrimiento y beneficios secundarios.

Precisamente por ello es importante situar, en su justa medida, la cantidad de goce que se encuentra en juego. De ello se va a desprender la importancia del manejo institucional o de cuándo la institución se pone a funcionar de formar perversa y entonces afianza el síntoma. Dicho de otra manera: todos los implicados «gozan por...» «sufren por...», cuestión mucho más patente en aquellos casos en los que la problemática social es dominante.

Es importante rescatar el abordaje multi-profesional con fines terapéuticos en sí mismos, cuyo ejemplo evidente podrían ser las

Bibliografía

- SCHNEIDER, P. B.: *Propedéutica de una psicoterapia*. Ed. Nau Llibres. Valencia, 26-43, 1979.
- LAURENT, E.: *Concepciones de la cura en psicoanálisis*. Ed. Manatíal, Buenos Aires, 125-139, 1984.
- MORANDE, G.: *Reconstrucción del rol madre a través de la psicoterapia infantil*. En: Pedreira, J. L. (comp.) «Función madre (Antropología, Psicología y Sociología)», Ed. Fundamentos. Madrid (en reedición).
- BLEGER, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*. Ed. Paidós, Buenos Aires/Barcelona/México, 123-127, 1984.
- DIATKINE, R.: *Du normal et du pathologique chez l'enfant*. «Psychiatr. Infant.».
- PALACIO ESPASA, F. y MANZANO, J.: *La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leurs mères*. «Psychiatr. Infant.», XXIV, 2, 5-26, 1982.
- VINCENTE, F. DE: *Algunos aspectos clínicos en la clínica infantil*. En: «I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la E.E.N.» Ed. Servicio de Publicaciones de la Diputación Provincial, Huelva, 45-53, 1986.
- MIRA, V.: *La dirección de la cura en el psicoanálisis de niños*. En op.cit. en 7, 35-44.
- BERMANN, G.: *Tratado de psicoterapia infantil*. Ed. Espax, tomos I y II, Barcelona, 1976.

