

AÑO 1991
N.º 4

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRESIDENTES DE HONOR

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

JUNTA DIRECTIVA

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

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

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

E. Doménech 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. Rodríguez Sacristán
A. Seva Díaz
J. Toro Trallero
M. Velilla Picazo

COMITÉ DE REDACCIÓN

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Dr. J. M.^a ILLA
C/ Roger de Flor, 32, ppal.
08018 BARCELONA

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

Sumario

Comentario breve. Estado actual sobre la etiología de las psicosis en la infancia: repercusiones psicopatológicas	247
<i>J.L. Pedreira Massa</i>	
Contribución a un estudio epidemiológico en salud mental infanto-juvenil	254
<i>F.M. Espín Jaime</i>	
Epidemiología del retraso mental	259
<i>M. de Linares Pezzi, M.C. de Linares von Schmitterlow</i>	
Criterios diagnósticos de la depresión en la infancia y adolescencia	268
<i>M.ª J. Mardomingo; E. de Grado</i>	
Intentos de suicidio en la infancia	278
<i>J.L. Jiménez; A.B. Yoller; Sastre</i>	
Trastornos emocionales en la dislexia específica: una perspectiva neuro comportamental	284
<i>J.A. Portellano Pérez; M. García de León</i>	
El test del dibujo de la familia en niños enuréticos y encopréticos	289
<i>M.D. Domínguez; A. Rodríguez; A. Daporte; C. Bamonde</i>	
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente: abordaje cognitivo — conductual	292
<i>Josep Toro i Trallero</i>	
Influencia sobre la psicopatología infantil de los medios de comunicación audiovisuales	302
<i>A. Monsell, J. Suárez, J. Jornet</i>	
Caso clínico	313
<i>J.M. Illa Taulats</i>	
Reseñas terapéuticas	315
Comentario de publicaciones	316
Agenda	317

Comentario breve

Estado actual sobre la etiología de las psicosis en la infancia: repercusiones psicopatológicas.

J.L. Pedreira Massa

Gijón

INTRODUCCIÓN

Desde que Kanner definiera el Autismo Infantil, ha sido múltiple el interés por el cuadro, tanto por intentar delimitarlo, como por investigar el origen, observar su evolución, discutir y debatir sobre las bases científicas para su estudio y su tratamiento, para su educación y para su sociabilización. Se podría decir, sin género de dudas, que reúne en él todo el enigma de la psicopatología en el campo de las deficiencias mentales.

El propio nombre ha sufrido múltiples vicisitudes: desde el intento de tipificación en autismo primario o secundario; hasta el concepto simbólico de Betelheim de «fortaleza vacía». Hoy la DSM-III-R lo incluye en los trastornos profundos del desarrollo y en el proyecto de CIE-10 se duda entre las psicosis infantiles y los trastornos profundos del desarrollo.

Desde la perspectiva psicopatológica las nuevas investigaciones, desde los diversos ámbitos de la ciencia aplicados a este campo, ponen de manifiesto múltiples cuestiones, aclarando en ocasio-

nes y abriendo nuevas perspectivas, nuevas hipótesis y nuevos interrogantes en otros. El campo más apasionante abierto es el de los perfiles evolutivos: ¿Es un estadio precoz de la psicosis infantil? ¿La evolución es siempre hacia la deficiencia? Aquí está la importancia de abordar el engarce versus aislamiento de autismo-psicosis-deficiencia mental.

De igual forma el campo de la intervención, a la luz de los nuevos descubrimientos, está possibilitando percibir qué tipo de intervenciones son las adecuadas en cada momento evolutivo. De igual forma se ha puesto de relieve la importancia de los aspectos preventivos y de la precocidad de los programas de intervención, así como el abordaje interdisciplinario

RELACIÓN ENTRE PSICOSIS INFANTIL Y DEFICIENCIA MENTAL

Lang ha señalado el complejo mundo de las relaciones entre deficiencia mental y organizaciones psicóticas en la infancia.

Ha debatido y matizado lo que los autores clásicos denominaban «psicosis insertada» para definir aquellos cuadros deficitarios que presentaban síntomas psicóticos. En similar medida habría que plantear el concepto de Mises de «disarmonía evolutiva».

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Avilés
Prof. Asociado Ciencias de la Conducta
Dpto. de Medicina. Universidad de Oviedo

Nota de Redacción: Se puede solicitar a esta redacción las figuras y tablas nombradas por el autor y no publicadas por problema de espacio.

Los estudios catamnésicos de determinados cuadros psicóticos, sobre todo de la esquizofrenia, ponen en evidencia la progresiva demencia y pérdidas cognitivas que hace que caigan en un funcionamiento deficitario por el deterioro de esas funciones.

Para Bergeret y para Lang el problema se situaría en la relativa capacidad de intercambio posible entre ambas estructuras, la psicótica por un lado y la deficitaria por el otro. De tal suerte que en organizaciones deficitarias, exista o no un fondo lesional demostrable, pueden aparecer signos y síntomas del orden psicótico (psicosis insertadas). Pero también en psicosis infantiles, tengan o no antecedentes de autismo o trastorno profundos del desarrollo, pueden identificarse áreas de deficiencias cognitivas, estables o progresivas (deficiencia insertada) (Fig. 1).

TIPOS DE PSICOSIS INFANTILES

Aunque siempre es arriesgado realizar clasificaciones en psicopatología, de forma sucinta me permitiré exponer una clasificación realizada inicialmente por Manzano Palacios y reformulada en un trabajo nuestro (Tabla I).

Es un cuadro construido con dos criterios: evolutivo el primero e integrador el segundo. Evolutivo en tanto pretende ubicar descripciones psicopatológicas y clínicas de una forma operativa para los profesionales que se enfrentan con estos cuadros. Es integrador porque persigue integrar diferentes sensibilidades que han venido apareciendo en la bibliografía internacional.

TABLA I

Gravedad psíquica propiamente dicha

- 1 — Autismo y psicosis infantiles:
- 1.1 — Tipo A: Aparición anterior a los 3 años
 - Autismo precoz de Kanner
 - Psicosis deficitaria de Misés
 - Psicosis pseudo-defectuosa de Bender
 - Psicosis precoz de Rutter y Kolvin
 - Psicosis autística de Mahler

- 1.2 — Aparición entre los 3-5 años
 - Demencia precoz de Heller, Sancta de Sanctis y Weygandt
 - Tipo pseudo-neurótico de Bender
 - Psicosis simbiótica de Mahler
 - Disarmonías evolutivas de Misés
 - Estados pre-psicóticos de Lebovici y Diatkine
- 1.3 — Tipo C: Aparición entre 8-12 años
 - Psicosis de aparición tardía de Misés
 - Esquizofrenia infantil
 - Psicopatía de Bender
- 2 — Pseudo-deficiencias culturales y ambientales
- 3 — Bloqueos neuróticos severos (fóbicos u obsesivos).
- 4 — Organizaciones perversas en la infancia (muy discutido)
- 5 — Clínicas psicósomáticas severas (Gilles de la Tourette)
- 6 — Organizaciones Borderline

I Caracteres psicopatológicos:

1.1 — Signos precoces:

Las Tablas II, III y IV ponen de manifiesto las características más importantes en las primeras etapas. Entre ellas cabría resaltar que, en un inicio, los signos precoces de cuadros psicóticos pueden aparecer en el transcurso del desarrollo normal de la primera infancia y que sería su persistencia e irreductibilidad la que nos debe poner en alerta, sobre todo cuando aparezcan una asociación de signos mayores con varios de los signos menores.

1.2 Caracteres psicopatológicos: La Tabla V recoge esta situación en base a tres parámetros:

1.2.1 Deterioro cualitativo en la interacción social recíproca.

1.2.2 Existencia de un deterioro cualitativo en la comunicación verbal, en la no verbal y en la actividad imaginaria.

1.2.3 Restricción importante del repertorio de actividades e intereses.

TABLA II

Caracteres de los signos de alarma en la evolución hacia las psicosis infantiles

- 1.ª Ninguno de ellos es patognomónico de forma aislada
- 2.ª Pueden encontrarse en el desarrollo normal
- 3.ª Factores de riesgo:
 - Asociación de varios de ellos
 - Persistencia en el tiempo
 - Irreductibilidad a tratamientos convencionales

TABLA III

Signos mayores de alarma en la evolución hacia las psicosis infantiles

- I — Trastornos psicomotores y del tono
- I — Caracteres peculiares de la mirada
- III — Reacciones ante el espejo alteradas
- IV — Ausencia o alteración cualitativa y/o temporal de los objetos transicionales
- V — Presencia de estereotipias
- VI — Alteraciones estructurales del lenguaje
- VII — Fobias masivas
- VIII — Ausencia y alteraciones del juego simbólico

TABLA IV

Signos menores de alarma en la evolución hacia las psicosis infantiles

- A — Trastornos de la alimentación
- B — Trastornos del sueño
- C — Ausencia del primer organizador del yo al 3.º mes
- D — Ausencia del segundo organizador del yo entre 6.º - 12.º meses
- E — Trastornos graves de la agresividad y conducta
- F — Trastornos de aprendizaje de forma disarmónica
- G — Aparente hipermadurez
- H — Trastornos psicósomáticos graves

TABLA V

Características psicopatológicas

- I — Deterioro cualitativo en la interacción social recíproca:
 - 1.1 — Ignorancia de forma persistente de la existencia o de los sentimientos de los otros.
 - 1.2 — Inexistencia de petición de ayuda en épocas de estrés o si lo hace es de forma anómala
 - 1.3 — Incapacidad o dificultad para las conductas de imitación.
 - 1.4 — Gran dificultad para la capacidad de desarrollar amistades.
- II — Existencia de un deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal y en la actividad imaginaria:
 - 2.1 — Inexistencia de conductas comunicacionales (balbuceo, expresión facial, gesto, mímica, lenguaje hablado, etc.).
 - 2.2 — La comunicación no verbal es totalmente anómala en el contacto visual cara a cara, expresión facial del otro, postura gestual o corporal a la hora de iniciar o modular la interacción social.
 - 2.3 — Ausencia de actividad imaginativa.
 - 2.4 — Severas anomalías en la producción del lenguaje, se incluye: volumen, tono, énfasis, frecuencia, ritmos, entonación, etc.
 - 2.5 — Importantes anomalías en la forma o contenido del

lenguaje con uso repetitivo, estereotipado y ecolalias, irrelevancia, dificultades en el uso pronominal del «Yo», neologismos verbales, etc.

- 2.6 — Dificultades para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar del uso adecuado del lenguaje.

III — Restricción importante del repertorio de actividades e intereses:

- 1.1 — Movimientos corporales estereotipados.
- 3.2 — Preocupación excesiva por detalles o formas de diversos objetos o vinculación con objetos peculiares.
- 3.3 — Malestar desproporcionado ante pequeños cambios del entorno.
- 3.4 — Insistencia poco razonable en seguir rutinas con gran precisión.
- 3.5 — Restricción importante de las posibilidades e intereses con preocupación excesiva por algún aspecto de terminado poco relevante.

II Algunas explicaciones causales

Sólo se pretende realizar una aproximación para clasificar el estado actual de la cuestión y no buscar fáciles explicaciones sobre pretendidos diagnósticos y quedarnos tan tranquilos con un cierto sentimiento fatalista.

2.1 — ESTUDIOS BIOLÓGICOS:

2.2.1 — La Tabla VI resume los estudios genéticos: Cabe destacar la dificultad para asegurar su poder definitorio, más allá de resaltar que lo que hereda es una predisposición genética, pero no una enfermedad como tal.

2.1.2 — La Tabla VII hace lo propio con los hallazgos neurofisiológicos. Es importante resaltar la coherencia de algunos hallazgos neurofisiológicos con determinadas hipótesis psicoanalíticas y etológicas.

2.1.3 — Las conclusiones generales sobre los estudios biológicos se plantan en la Tabla VIII; cabe resaltar la abierta duda que existe en torno a esta hipótesis de forma única, aunque nadie debiera negar su importancia concebida como una forma de interacción con otras posibilidades.

2.2 — ESTUDIOS PSICOLÓGICOS:

2.2.1 — La Tabla IX pone de relieve algunas explicaciones de tipo etológico: fundamentalmente sus investigaciones se han centrado en explicaciones de tipo vincular sobre alguna de

las conductas psicóticas, aunque no se debe escapar la fina observación e interpretación por parte de los diversos grupos de investigadores.

2.2.2— Las explicaciones psicodinámicas se plantean en las Figs. 2, 3, 4 y 5. Se pueden destacar dos grandes líneas: aquella que es expuesta por Bergeret y cols. sobre el funcionamiento del aparato psíquico (Figs. 2 y 3), destacando el «desmantelamiento» de la estructura psíquica, con dos tipos de comunicaciones directas desde el nivel consciente y el inconsciente primario y secundario, sin que exista el filtro del pre-consciente. La segunda línea sería la de los que estudian la psicopatología de los bebés y poseen unas bases genéticas, incluyen la relación con la figura objetal y lo leen como posiciones similares a aquellas que ocurren en la época evolutiva precoz (Figs. 4 y 5).

2.2.3 — La Tabla X nos muestra las investigaciones cognitivas. Se basan en estudios desarrollados por Rutter, donde se reconoce un déficit cognitivo de base como causa primaria, por lo que es de aparición precoz y lleva a un fallo en el control de los intercambios emocionales y de la elaboración de los afectos.

En resumen, se puede decir que los desacuerdos son más por pertenencia a modelos o escuelas que por la índole de los hallazgos dado que, si realizamos una valoración crítica en el conjunto de lo expresado hasta el momento actual (Tablas XI y XII), se pone de manifiesto esta situación. La dificultad de acercarse a una comprensión integral del proceso psicótico en la infancia puede deberse a múltiples razones; muchas de ellas no parecen responder a criterios estrictamente científicos. Más allá de esta situación, se podría decir que: la complementariedad de las diferentes investigaciones nos vendría dada por el foco sobre el que sitúa el énfasis el investigador, pero este foco no es más que el lugar desde el que ve la situación, es una perspectiva que no debiera invalidar otras posibles perspectivas. Esta flexibilidad es necesaria en cualquier vertiente de la ciencia, pero en las llamadas ciencias humanas esta visión parece mucho más pertinente.

TABLA VI

Investigaciones biológicas en autismo y psicosis infantil genética

-
1. — Anomalías cromosómicas:
 - 1.1 — Resultados contradictorios
 - 1.2 — Relación síndrome de fragilidad cromosoma X (Lubs, H Harvey & Lejeune): en grandes poblaciones aparece en niños sin alteraciones psicopatológicas
 2. — Análisis genético:
 - 2.1 — Bases empíricas:
 - Frecuencia: 1/10.000 nacimientos
 - Sexo: 4/1 para varones
 - 2.2 — Datos familiares:
 - Inexistencia relación autismo-padres Esquizofrénicos
 - En fratria de autistas: Incidencia más elevada
 - Mayor presencia en gemelos homocigóticos que en heterocigóticos
 - 2.3 — Análisis de los datos:
 - Dudas para el origen estrictamente genético: Autosómico recesivo y con débil penetrancia
 - Interacción entre factores genéticos y del entorno
 - Lo que se transmite es una «anomalía genética» y no una organización patológica determinada de antemano
 - Cualquiera que sea el patrimonio genético heredado de un niño/a, la influencia del entorno es un hecho (Interacciones, experiencias)
-

TABLA VII

Investigaciones neurofisiológicas en autismo y psicosis infantil

-
- 1 — E.E.G.:
 - 1.1 — 30-50% de autistas: anomalías del tipo de escaso ritmo alfa, presencia de ritmos amplios y lentos entrecortados con ritmos rápidos de bajo voltaje
 - 1.2 — En sueño: Similares resultados
 - 1.3 — Conclusión: Escasamente significativas las alteraciones descritas
 - 2 — Potenciales evocados: Estimulaciones simples y asociadas (Lelçord, 1982):
 - 2.1 — Trastorno en el filtrado de influjos sensoriales
 - ↓
 - Sobrecarga sensorial
 - ↓
 - Dificultad para asociar estímulos de modalidades sensoriales diferentes
 - ↓
 - Desestructuración de mecanismos perceptivos
 - 2.2 — Dificultad en adquisición del lenguaje: simetría en los pe por los fonemas
 - 2.3 — Preferencia en sensaciones procedentes del cuerpo
 - 3 — Hallazgo fundamental: fallo de la barrera protectora contra los estímulos → invasión del psiquismo interno por estímulos procedentes del mundo exterior insuficientemente filtrados
-

TABLA VIII

Conclusiones de los estudios biológicos en autismo y psicosis infantil

-
- 1 — Imposibilidad de explicar el autismo como alteración bioquímica únicamente
 - 2 — Se ignora si las alteraciones bioquímicas son por alteración de los neurotransmisores centrales
 - 3 — Las alteraciones bioquímicas no son patognomónicas ni se les puede atribuir un carácter unívocamente causal
 - 4 — Se desconoce si son factores determinantes o expresión de perturbaciones asociadas o secundarias al autismo
 - 5 — Dificultades metodológicas de dos tipos:
 - 5.1 — Número escaso de casos en las muestras
 - 5.2 — Inexistencia de criterios homogéneos en la selección de los sujetos estudiados
-

TABLA IX

Investigaciones etiológicas en el autismo y psicosis infantil

-
- 1 — Estereotipias del autismo y psicosis:
 - 1.1 — Modular y reducir las excitaciones demasiado fuertes del entorno (Hutt, 1969)
 - 1.2 — Utilidad de comunicación no verbal entre el autista y el entorno (Garrigues, 1982)
 - 1.3 — Caracter de movimientos inhibidos intencionados (Tinbergen, 1983)
 - 2 — Evitación del contacto relacional:
 - 2.1 — La mirada solo de usa como canal de información y no para relación con los otros (Argyle, 1982)
 - 2.2 — Información por breves miradas periféricas repetidas, para evitar activamente las situaciones de cara-a-cara y el intercambio directo de miradas (Hutt, 1970)
 - 3 — Utilización de objetos:
 - 3.1 — No se pelean por obtenerlos, ni defienden los que poseen (Huty & Ritcher, 1976)
 - 4 — Conductas automutilantes y autoagresivas:
 - 4.1 — Respuesta a frustración (Duche & Braconnier, 1977)
 - 4.2 — Demanda hacia el entorno
 - 4.3 — Retorno hacia sí mismo de la agresividad tras una interacción agresiva con el entorno
 - 4.4 — Búsqueda de autoestimulación
-

III Aplicaciones básicas de los contenidos psicopatológicos de la psicosis infantil

3.1 — Conocer al niño/a con la mayor precisión posible:

Observación y supervisión, junto con el trabajo en equipo interdisciplinar es la base.

3.2 — Reconocer la heterogeneidad del niño/a psicótico y la diferencia existente entre las actividades de expresión y las de realidad:

3.2.1 — Separar las actividades que se desarrollan en momentos, lugares y bajo responsabilidad de adultos diferentes. Esta diferencia es una de las características cognitivas del niño/a psicótico: lo exterior debe ser una referencia estable para poder organizar sus modos de apropiación del mundo.

3.2.2 — Heterogeneidad del niño/a psicótico: Las emociones están demasiado saturadas de angustia, de sensación de estallido y/o de destrucción, por lo que son demasiado penosas y desorganizadoras para poder soportarlas. Por estas razones existe una dificultad en extraer placer en las interacciones afectivas con el entorno. El niño/a intenta evitar todo lo que despierta sus emociones y la relación que mantiene son del tipo objeto-cosa. También se observa una gran disarmonía en el contexto del conjunto de la vida afectiva y cognitiva del niño/a psicótico. Por esta disarmonía se crean zonas de menor dificultad psicológica (Ajuryaguerra, Inhelder y cols): zona de objetos-cosa o aquellos objetos más impersonales y menos cargados de vida.

3.3 — La mala delimitación del niño/a psicótico: el adulto como yo-auxiliar del niño/a:

3.3.1 — El yo del psicótico no termina de cristalizar, no pudiéndose delimitar ni de las personas ni de las cosas que le rodean.

3.3.2 — La dificultad, pero necesidad, de integrarlo en un grupo: experiencia para la realidad social posterior; necesidad de que el grupo sea inicialmente pequeño; el tiempo de actividad real con cada niño/a cobra una importancia grande.

3.3.3 — La «porosidad» del niño/a psicótico explica también la actitud intervencionista y directiva del adulto que se convierte en un verdadero yo-auxiliar.

3.3.4 — Dos aplicaciones inmediatas:

• Ante la pasividad del niño/a psicótico, se debe conocer muy bien las características evolutivas de cada etapa de desarrollo, de tal suerte que se favorezca la progresión en pequeños pasos que puedan ser asimilables.

· Se debe conceder atención a la expresión espontánea del niño/a, aunque sólo se manifieste de forma discreta y episódica. En estos, casos lejos de conducir sólo hay que estar (holding, contención, soporte, etc.)

3.4 — Facilitar, cada vez más, los procesos de mentalización en el niño/a:

3.4.1 — Lo primero a conseguir es que el niño/a consiga mentalizarse, tener una imagen mental del sí-mismo. En otras palabras, es como si el niño/a psicótico se mantuviera en lo que Piaget describe como estadio sensorio-motor, es decir: capta estímulos y responde con una descarga motora, ya que aún no ha accedido a la representación mental o simbólica. Aquellos que permanecen en o cerca del autismo son los que más recurren a la negación: vacíos de palabras, vacíos de imágenes (Favre) sería lo más cercano a la «fortaleza vacía» de Betelheim. Esta dificultad en mentalizar es lo que conduce a una atrofia global de la función mental; de aquí el riesgo, más que probable, de que el niño/a psicótico pueda evolucionar hacia una deficiencia mental.

3.4.2 — Comprender que no se puede privar al niño/a de cualquier situación que le obligue a un esfuerzo de mentalización, aunque ello suponga un aparente rechazo al oponerse a la tendencia a las satisfacciones concretas que buscan estos/as niños/as. Una posibilidad es ayudar a que el niño/a pase sus emociones a un terreno que él/ella domine mejor.

Bibliografía

ACHAINTRE, A., BERGERET, J.: *Sur les origines du mécanisme psychotique* Rev. Franç. Psychanal, 1986, 50, 5, 1355-1374.
 APA: *Manual DSM-III-R* Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1987.
 BARTHELEMY, C.: *Évaluations cliniques quantitatives en Pédiopsychiatrie* Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1986, 34, 2-3, 63-91.
 BRAUNER, A. Y. F.: *Vivir con un niño autístico* Ed. Paidós. Buenos Aires, 1981.
 COLEMAN, M. (ed.): *The autistic syndromes* American Elsevier. New York, 1976.
 COLEMAN, M., GILLBERG, C.: *El autismo: Bases biológicas*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1989.
 FAVRE, J.P. et al.: *Psicopedagogía del niño psicótico* Ed. Masson. Barcelona, 1983.

FURNEAUX, B., ROBERTS, B.: *El niño autista* Ed. Ateneo. Buenos Aires, 1982.
 GARANTOS-ALOS, J.: *El autismo: aproximación nosográfica — descriptiva y apuntes psicopedagógicos*. Ed. Herder. Barcelona, 1984.
 GEISSMANN, C., GEISSMANN, P.: *L'enfant et sa psychose* Ed. Dunod. París, 1984.
 HAMEURY, L. ET AL.: *L'échelle ERPS d'évaluation résumé des facteurs Psychosociacux* Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1990, 38, 7, 444-452.
 HERMELIN, B., FRITH, U.: *Psychological studies of children make sense of what they see and hear?* Journal of Special Education, 1971, 5, 2, 107-117.
 HOBSON, R.P.: *Early childhood Autism and the question of egocentrism* Journal of Autism and Developmental Disorders, 1984, 14, 1, 85-104.
 JERUSALINSKY, A. ET AL.: *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil* Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1988.
 JMENEZ, C. ET AL.: *As voces de mármore: Autismo e Psicoses infantís en Galicia* Ed. Xerais Universitaria. Vigo, 1987.
 LANG, J.L.: *Aux frontières des psychoses chez l'enfant* Ed. PUF. París, 1979.
 LASA, A.: *Ideas actuales sobre psicosis infantil* Ed. Diputación Vizcaya, 1989.
 LASHER, M.G. ET AL.: *Children with emotional disturbance* Ed. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, 1987.
 LEDOUX, M.H.: *Concepciones psicoanalíticas de las psicosis infantil* Ed. Paidós. Barcelona, 1987.
 LIEBERGOTT, J., FAVORS, A.: *Children with speech and language impairments* Ed. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Washington, 1986.
 LOVAAS, O.I.: *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo* Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1990.
 MANZANO, J., PALACIOS, F.: *Étude sur la psychose infantile* Ed. SIMEP. Bruxelles, 1983.
 MARIN, H.R.: *Niños psicóticos y sus familias* Ed. Búsqueda. Buenos Aires, 1986.
 MASSIE, H.N., ROSENTHAL, J.: *Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida* Ed. Paidós. Buenos Aires / Barcelona, 1986.
 MELTZER, D. ET AL.: *Exploración del autismo* Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.
 MISES, R.: *El niño deficiente mental* Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1977.
 MYER, M.K. de: *Autismo: padres e hijos* Madrid, 1983.
 PEDREIRA, J.L.: *Signos de alarma de las psicosis infantiles: Reconocimiento por parte del Pediatra de Atención Primaria* An. Esp. Ped. 1986, 24, 5, 303-310.
 PEDREIRA, J.L. (Coord.): *Gravedad psíquica en la infancia*. Ed. Ministerio Sanidad y Consumo-AEN. Madrid, 1988.
 PEDREIRA, J.L.: *The Diagnostic problems in Child and Adolescent Psychiatry* En. A. Seva (Coord.): *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos — Universidad de Zaragoza. Barcelona, 1991, 487-512.
 PERAL, M.; GUON, P.: *Trastornos del vínculo* En A.I. Romero & A. Fernández Liria: *Salud Mental. Formación Continuada en Atención Primaria*. Tomo II. Ed. IDEPSA. Madrid, 1990, Págs. 109-120.
 PERROT, A., BARTHELEMY, C., SAUVAGE, D.: *Autism and the child Psychosis* En. A. Seva (Diror): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos — Universidad Zaragoza. Barcelona, 1991, 1539-1548.

- POLAINO LORENTE, A.: *Introducción al estudio científico del autismo* Ed. Alhambra. Madrid, 1980.
- POLONIO, P.: *Psychobiology and Body aspects of the Personality* En A. Seva (Dtor): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos — Universidad de Zaragoza. Barcelona, 1991, págs. 127-134.
- RIVIERE, A.: *El autismo infantil* Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
- RUTTER, M.: *Cognitive deficits in the pathogenesis of Autism* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1983, 24, 4, 513-531.
- RUTTER, M.: *Autismo* Ed. Alhambra. Madrid, 1984.
- RUTTER, M.: *The treatment of Autistic Children* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1985, 26, 2, 193-214.
- RUTTER, M.: *El tratamiento de los niños autistas* En J.L. Pedreira (Coord.) op. cit. págs. 75-98.
- SAIZ RUIZ, J., HUERTAS, D., CARRASCO, J.L.: *Biochemical aspects of Psychiatry* En A. Seva (Dctor): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos - Universidad de Zaragoza. Barcelona, 1991, págs. 93-108.
- SCHREIMAN, L.: *Autism* Ed. Sage. London, 1988.
- SELVINI PALAZZOLI, M.: *Los juegos psicóticos en la familia* Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
- TAMPARILLAS, M., GASCON, A.: *Genetic considerations in Mental disorders* En A. Seva (Dtor): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos - Universidad de Zaragoza. Barcelona, 1991, 63-79.
- TINBERGEN, N., TINBERGEN, E.A.: *Niños autistas: Nuevas esperanzas de curación* Ed. Alianza - Universidad. Madrid, 1985.
- TOSQUELLES, F.: *El maternaje terapéutico con los deficientes mentales profundos* Ed. Hogar del Libro. Barcelona, 1982.
- TUSTIN, F.: *Autismo y psicosis infantiles* Ed. Paidós. Barcelona, 1984.
- VILLARD, R. DE: *Psicosis y autismo en el niño* Ed. Masson, Barcelona, 1986.
- WETHERBY, A.M., GAINES, B.H.: *Cognition and language development in autism* *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1982, 47, 1, 63-70.

Contribución a un estudio epidemiológico en salud mental infanto-juvenil

F.M. Espín Jaime
Algeciras

RESUMEN:

El trabajo aporta datos epidemiológicos de un espacio concreto (comarca del Campo de Gibraltar), valorando incidencia, prevalencia de diversas variables demográficas y psicopatológicas.

Según el trabajo, son los niños quien acuden más a consulta, siendo la media de edad de 12 años, y el motivo de consulta suele ser mecanismos de somatización.

La patología familiar asociada se codifica en un 63%, siendo la afectación materna la más significativa. No hay un diagnóstico en cuanto a trastorno específico que destaque de los demás, por tanto se establece un equilibrio entre trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, y somatoforme.

Hay que destacar la ausencia de trastornos orgánicos asociados, y el elevado número de perturbaciones psicosociales.

Palabras clave: Epidemiología infantil. Factores demográficos y clínicos en la infancia.

INTRODUCCIÓN

La Federación Mundial de la Salud, que tiene como misión fundamental la salvaguarda en todos los pueblos del más alto nivel de salud mental en todos sus aspectos biológicos, médicos, educativos y sociales, propuso a su fundación, entre otros objetivos, la atención a las necesidades de la infancia, sobre todo en sus relaciones familiares.

Para Hogarth (1975), la epidemiología es la disciplina que estudia los factores determinantes de la frecuencia y distribución de las enfermedades en las poblaciones. Desde 1981 la OMS propone una definición de la epidemiología como el estudio de la distribución y determinantes de la salud y de la enfermedad en la población humana a fin de asegurarse una planificación racional de los servicios de salud, la vigilancia de la enfermedad y la ejecución de programas de prevención y de lucha.

La Epidemiología Psiquiátrica es, en la actualidad, un sector de dicha Ciencia, básica para la medicina, ya que aporta conocimientos indispensables para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Conviene señalar, aunque sea brevemente, que junto a la Epidemiología descriptiva clásica se ha desarrollado la Epidemiología Analítica y la Epidemiología

Comunicación presentada en la XXX Reunión Anual de la Soc. Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Gijón, Junio, 1991.

Experimental, de tal forma que — sobrepasando los estudios de incidencia y prevalencia — las investigaciones epidemiológicas nos ayudan a identificar las causas, los factores de riesgo, de evolución y el diagnóstico de muchas enfermedades.

Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta la actual situación de la asistencia psiquiátrica para la población dependiente del ISM en la comarca del Campo de Gibraltar, que se hace a través de un consultorio de neuropsiquiatría dentro de los servicios de una policlínica de Algeciras, hemos realizado una revisión de historias clínicas familiares formadas por los diferentes pacientes que remitidos por los médicos de zona y pediatras presentan o se les presupone un problema neuropsiquiátrico.

Dada la dispersión sintomatológica de los motivos de consulta nos ha parecido útil agruparlos de acuerdo con un criterio funcional siguiendo, con ligeras modificaciones la utilizada por A. Rodríguez, M.D. Domínguez, A. Perdiguero, C. Rodríguez, A. Alonso en un trabajo sobre estructura familiar y psicopatología infanto-juvenil publicado en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil n.º 4 del año 1990; y así los agrupamos en síntomas contra el propio sujeto, contra otros y no clasificables.

Es indudable, como señala el Profesor Ruiz Ogara, que gran parte de los problemas subyacentes a las dificultades metodológicas se encuentran en el relativismo existente entre los conceptos de normalidad y anormalidad, en la carencia de conocimientos etiopatogénicos seguros en muchas áreas psicopatológicas, y de una integración psicosomática real del papel de los factores biológicos y psicológicos en el enfermar; así como en las insuficiencias de los sistemas nosológicos y de diagnóstico ahora empleados internacionalmente.

No obstante, para el diagnóstico hemos utilizado el DSM-III-R que — si bien para el Prof. Ruiz Ogara aumenta la fiabilidad y concordancia de las etiquetas diagnósticas pero no la validez de las mismas — para el Prof. Civeira tiene una especial importancia en Psiquiatría Infanto-Juvenil donde, gracias a ella, se están dando

pasos de gigante hacia un mejor tratamiento del niño enfermo al separar unas patologías de otras; y para el Prof. Rojas en la misma revista de psicología (vol. 11 n.º 1 correspondiente a Enero / Marzo de 1991) lo considera un sistema útil porque facilita categorías diagnósticas así como decisiones terapéuticas siendo por tanto operativo, describe la realidad clínica de forma empírica, y facilita el trabajo de investigación al ofrecernos un sistema de referencia manteniendo una cierta compatibilidad con el ICD-10.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan 116 historias sobre el fichero de una consulta de neuropsiquiatría del ISM en Algeciras, en las que se incluyen las diferentes consultas efectuadas por los diversos miembros de cada familia que han sido remitidos bien por el médico de cabecera bien por el pediatra y en los que se presupone una patología neuropsiquiátrica. Analizamos diversas variables como sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico ajustado al DSM-III-R y patología familiar.

RESULTADOS

Encontramos 44 historias infanto-juveniles, lo que representa un 37,93% de patología infanto-juvenil respecto del total de historias revisadas para dicho consultorio.

De estos 44 niños, con edades comprendidas entre los 7 meses y los 16 años, 25 son varones (56,82%) y 19 hembras (43,18%) y tienen unas edades medidas de 8,44 y 11 años respectivamente.

Se estudiaron en primer lugar los motivos de consulta alegados y que como ya hemos dicho agrupamos según un criterio funcional en tres grandes grupos: 1 — contra el sujeto (enuresis, miedo, inquietud, timidez, infantilismo, trastorno del sueño, alteración de la consciencia, manías); 2 — contra otros (conductas llamativas, problemas escolares, conductas antisociales); 3 — no clasificables en ninguno de los apartados ante-

rios (crisis convulsiva, trastorno psicomotor, trastorno somático, trastorno del lenguaje, TCE); tendiendo los primeros a conformar lo que se considerarían cuadros neuróticos y los segundos los cuadros psicopáticos o personalidades a normales.

Los que más se repiten vemos, son los trastornos somáticos, concretamente el 25% de los niños que acuden a la consulta lo hacen en relación con trastornos somáticos fundamentalmente en forma de cefaleas; un 15,91% lo hacen por crisis convulsivas; un 9,10% por inquietud; un 6,82% lo hacen por enuresis y también en este mismo porcentaje por alteraciones de la conciencia.

Es habitual encontrar, al menos en este tipo de consulta de neuropsiquiatría este motivo de consulta dominante, y nos referimos a las cefaleas, sea cual sea la edad del paciente y que no siempre nos orientan a un determinado tipo de patología.

A partir de aquí y en relación con los diagnósticos que finalmente se establecieron, encontramos dos grupos:

1 — correspondiente a patología no psiquiátrica formado por 11 niños de ambos sexos, 5 niños y 6 niñas, con edades entre los 7 meses y los 14 años, y de unas edades medias de 2,8 y 8,33 años respectivamente.

El diagnóstico más frecuente es el de Epilepsia, constituyendo el 54,55% de esta muestra, el resto se reparte entre los trastornos paroxísticos no epilépticos, la parálisis cerebral, la migraña, la parálisis facial periférica y el TCE con un caso cada una.

2 — correspondiente a patología psiquiátrica, aparece formado por 33 niños entre los 3 y los 16 años, 20 de los cuales son varones (60,61%) y 13 hembras (39,39%) y tienen unas edades medidas de 9,85 años para los niños y de 12,23 años para las niñas.

La mayor incidencia de patología psiquiátrica, nos la encontramos a las edades de 9, 11 y 16 años con un porcentaje del 18,18% en cada una (54,54% en total). Es interesante señalar la edad más precoz que en nuestra aparece la patología neurológica y la mayor edad de las niñas respec-

to de los niños en las dos muestras.

Centrándonos ya, y a partir de aquí, en el estudio de la muestra con patología psiquiátrica establecemos el diagnóstico según un sistema multiaxial, el DSM-III-R.

El eje V no fué posible establecerlo en ningún caso ya que no constaban datos.

Se realizó en dos ejes en un 78,79% de la muestra siendo en el 21,21% restante en un sólo eje.

Dentro del eje I, donde se recogen los síntomas clínicos y los códigos V encontramos como más frecuente el trastorno por ansiedad (18,18%); seguido del trastorno del estado de ánimo (15,15%); trastorno somatoforme (15,15%); trastorno por conductas perturbadoras (9,09%) y trastornos adaptativos (6,06%).

En el eje II, (Tabla 1), la incidencia más alta de diagnóstico corresponde al de retraso mental con un 15,15%.

TABLA I
DIAGNÓSTICOS EN EL EJE II

— Trastornos del desarrollo	
Retraso mental	5
Trastorno autista	1
Trastorno del desarrollo en la lectura	1
Trastorno del desarrollo en el lenguaje, de tipo expresivo	1
— Ausencia de diagnóstico en el Eje II	25

El 93,94% de la muestra no presentaba ningún trastorno o estado somático asociado a su enfermedad mental o emocional en el momento de la consulta.

La presencia de enfermedades concomitantes nos la encontramos en dos casos: un hipertiroidismo y una encefalitis gripal.

Para elaborar la Tabla 2 se vio si constaba en la ficha la existencia de algún factor psicosocial estresante, y si había varios se escogió el de mayor intensidad de acuerdo con el listado de los principales tipos que el manual establece.

Así, son los trastornos mentales en los padres (24,24%); las desavenencias entre los mismos (12,12%); las estancias fuera del hogar y los problemas escolares (9,09% cada una) los facto-

res más frecuentemente encontrados; siendo la mayor incidencia de acontecimientos los de intensidad leve y de carácter crónico, que son los que por otra parte tienen mayor incidencia en patología psiquiátrica en los niños.

TABLA II

EJE IV ESTRÉS PSICOSOCIAL

	Intensidad	
— Abuso físico recurrente	5 — Extremo (crónico)	1
— Embarazo no deseado	4 — Grave (agudo)	1
— Enf. que amenaza la vida	4 — Grave (crónico)	1
— Estancias fuera del hogar	4 — Grave (crónico)	3
— Desavenencias entre los padres	3 — Moderado (crónico)	4
— Enf. incapacitante del padre	3 — Moderado (crónico)	2
— Expulsión de la escuela	3 — Moderado (agudo)	1
— Trastorno mental en los padres	2 — Leve (crónico)	8
— Discusiones familiares	2 — Leve (crónico)	1
— Ruptura con el novio	2 — Leve (agudo)	1
— Problemas escolares	2 — Leve (crónico)	3
— No consta stress aparente		
o hay información inadecuada		

Por último estudiamos la existencia o no de patología familiar; En la Tabla 3, vemos que el 63,64% de los niños presentaban familiar asociada, bien de uno de los padres (42,86%); de ambos a la vez (28,57%); o de ambos junto a algún hermano/a (14,29%); o de uno sólo de los padres junto a un hermano/a (14,28%); siendo la patología más frecuentemente encontrada los trastornos por uso de sustancias en el padre y trastorno del estado de ánimo y trastorno somatoforme en la madre.

TABLA III

PATOLOGÍA FAMILIAR

— Sin patología familiar alguna	36,36%
— Con patología de la madre solamente	38,1%
T. del estado de ánimo	(50%)
— Con patología del padre solamente	4,76%
— Con patología de ambos padres	28,57%
Padres — T. por uso de sustancias	(66,67%)
Madres — T. somatoformes	(66,67%)
— Con patología de ambos padres y algún hermano/a	14,29%
Padre — T. por uso de sustancias	(66,67%)
Madre — T. estado ánimo	(66,67%)
Hermano/a — T. personalidad	(66,67%)
— Con patología del padre y un hermano/a	9,52%
— Con patología de la madre y un hermano/a	4,76%

COMENTARIOS

1 — Acuden más frecuentemente los varones — 60,61% de la muestra con patología psiquiátrica — lo que para nosotros no es indicativo de una mayor patología psiquiátrica sino de la existencia de una serie de factores socioculturales especialmente evidentes en el tipo de muestra manejada que exigen unos rendimientos y unas expectativas a los varones, diferentes a las de las hembras en donde la patología sería más aceptada, pasaría desapercibida y sería asumida como valores propios de la misma.

2 — Presentan estos varones, una edad media de 9,85 años, encontrándola mayor para las hembras (12,23 años) y en ambos casos mayor que cuando se detecta patología no psiquiátrica.

Pensamos que esto se encuentra en relación por un lado con la identificación y reconocimiento de patología psiquiátrica a edades tempranas tanto por parte de los pediatras como de los padres, ya sea por falta de sospecha clínica, por desconocimiento de las expresiones no orgánicas del niño, o por su inadecuada valoración; y por otro lado por el mayor interés que despiertan los problemas orgánicos de los niños que conllevan a la marginación de sus aspectos psíquicos.

También cabría la posibilidad de que esa patología psiquiátrica fuera identificada y tratada en los propios servicios de pediatría, pero no tenemos constancia de que así sea.

3 — El 25% de los niños dan como motivo de consulta la existencia de diferentes trastornos somáticos, fundamentalmente cefaleas; y que nosotros entendemos en relación con factores socioculturales en donde prima la queja somática.

4 — No hay un diagnóstico que destaque especialmente respecto de los demás; los más frecuentemente establecidos fueron los trastornos por ansiedad (18,18%), los trastornos del estado de ánimo (15,15%) y trastorno somatoforme (15,15%); repartiéndose el resto entre las diferentes patologías en porcentajes menores: añadiéndose en un 15,15% de la muestra el diagnóstico de retraso mental.

Destaca la ausencia de patología orgánica

asociada (93,94%) y la alta frecuencia de factores psicosociales (78,79%), fundamentalmente leves y de carácter crónico.

Echamos en falta un mayor número, dentro de éstos últimos, atribuidos a estancias fuera del hogar que pensamos deben ser especialmente importantes en este tipo de muestra pero que no constatamos.

5 — Encontramos patología familiar asociada en un porcentaje del 63,64% siendo la afectación materna sola la forma de presentación más frecuente (38,10%) seguida de la de ambos padres (28,57%) y el diagnóstico más frecuente el de trastornos del estado de ánimo para la primera presentación y trastorno por uso de sustancias para los padres y trastorno somatoforme para las madres en la segunda presentación.

La patología parental parece ser un factor importante a la hora de comprender la psicopatología del niño aunque no disponemos de datos

para poder establecer una correlación entre el tipo de patología parental y el tipo de patología psiquiátrica del niño.

Bibliografía

- CIVEIRA, J.M; MOHAMED, B.; ROJAS, E.: *Utilización del DSM-III-R por el psiquiatra clínico*. Revista de Psicopatología, 1991, n.º 1; 36:38.
- LOPEZ ALVAREZ, M.: *Epidemiología y Psiquiatría comunitaria. Los sistemas de información en la planificación y evaluación de los Servicios de Salud Mental*. Rev. Asoc. Esp. Neurops. Año III, 1983; 8:6.
- OLIVEIROS, A.: *Situación actual de las clasificaciones en epilepsia*. Rev. de encuentros médicos: 2.º curso de formación continuada en epilepsia, 1990; 6:10.
- OLIVEIROS, A.: *Etapas diagnósticas y bases terapéuticas de las epilepsias*. Rev. Esp. Neurol.; 3:75-88, 1988.
- PUBLICACIONES DE LA OMS: *Informes y estudios EURO*. Formas nuevas de actuación en salud mental, 1983; 75:54.
- RODRIGUEZ A.; DOMINGUEZ, M.D.; PERDIGUERO, A.; RODRIGUEZ, C.; ALANSO, A.: *Estructura Familiar y Psicopatología Infanto-Juvenil*. Rev. Psiq. Inf. n.º 4, 1990; 245:249.
- RUIZ OGARA, C.: *La Epidemiología Psiquiátrica: Trayectoria y problemas*. Libro de resúmenes de ponencias y comunicaciones libres de la VII Reunión de la Soc. And. de Psiq., 1991.

Epidemiología del retraso mental

M. de Linares Pezzi; M.C. de Linares von Schmitterlow.

Málaga.

RESUMEN

Los autores aportan nuevos datos epidemiológicos en torno al Retraso Mental, en la provincia de Málaga. Se hace un análisis de la distribución de mográfica, niveles socioculturales, estimulación, escolarización, trastornos comiciales, etc.

Del trabajo se desprende la mayor indidencia de varones, de madres de entre 26 a 30 años y la concurrencia de factores perinatales. Se hace mencion, asimismo, que los resultados obtenidos son semejantes, en cuanto a distribución epidemiológica, a otras zonas ya estudiadas.

Palabras clave: Retraso Mental. Epidemiología del Retraso Mental.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde a la voluntad de realizar un estudio serio, profundo y denso sobre el Retraso Mental en la provincia de Málaga. Hemos laborado intensamente, y hemos contado con la

colaboración inestimable de organismos oficiales y de un grupo de psicólogas, con afán científico e investigador, que nos han prestado su labor de indagación y recogida de datos, en el Centro base de los Equipos de Valoración del I.A.S.S.

Creíamos que esta labor inicial, de recogida de datos, nos iba a ser relativamente fácil, pensábamos en la maravilla de la informática y en sus enormes posibilidades, pero desgraciadamente nuestro gozo fué un pozo, pues aún no están estos datos informatizados y hubo que recogerlos por el método clásico de revisión de ficha por ficha, historia por historia; en nuestro servicio el colaborador D. Juan Nuño, confeccionó una ficha para informatizar los datos recogidos, dando a cada uno de ellos un valor útil para ordenar y memorizar para luego obtener los datos y gráficos precisos para establecer los porcentajes y coeficientes de contingencias que posibilitara el desarrollo de la investigación.

Hemos estudiado igualmente, cómo no, las publicaciones epidemiológicas, entre ellas de modo muy especial el estudio de tesis doctoral de la Dra C. Gomez-Ferrer, publicada en 1982; es un ejemplo del bienhacer científico, metodológico y desmenuzado, obteniendo una serie de datos concordantes con los nuestros.

Igualmente, entre otras muchas: Publicaciones del desaparecido Patronato Nacional de

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

Asistencia Psiquiátrica, como son «Algunos trabajos de Epidemiología Psiquiátrica realizados en España» Mayo 1971, «Epidemiología Psiquiátrica» Diciembre 1973 y publicaciones proporcionado por el S.I.I.S. (Centro de Documentación e Información) del Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Asuntos Sociales, publicado en 1988, y publicaciones del Ministerio de Trabajo hasta el año 1983.

Al iniciar este trabajo epidemiológico vienen a nuestra mente dos consideraciones, que creo, debemos tener muy presente para valorar en toda su profundidad y a su justo nivel, lo que supone un trabajo de epidemiología del R.M.: Sin duda el pensamiento de Kanner de que existen dos tipos de retrasados «Aquellos que lo son en todas las circunstancias, en cualquier sociedad a la que pertenezcan, y aquellos que son producto de un ambiente complejo con excesivas demandas adaptativas». Consideración que sigue estando en plena vigencia y desgraciadamente en la realidad epidemiológica actual la competitividad de la vida, su complejidad y carrera de obstáculos, en lugar de integrar, objetivo final de nuestra tarea médico-social, desintegra y margina y fomenta la aparición de nuevas patologías que aumenta las conductas disruptivas injertadas.

Por otra parte hacemos nuestra la consideración expuesta por el Prof. Dr. Carlos Vázquez Velazco, que decía en 1968: «El Retardo Mental no es una enfermedad, una causa determinada, unos síntomas propios, un curso característico, una anatomía de determinado órgano, sino un síntoma, por el cual el enfermo no tiene la inteligencia habitual en la masa de la población en que vive».

Coincidimos plenamente con los estudios presentados en esta mesa, y con los intercambios mantenidos con los diversos componentes de la misma, por ejemplo: el Dr. Benjumea nos habla de los problemas metodológicos y de la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación verdaderamente válidos.

El Dr. Pedreira, insiste en la necesidad de establecerlo en un territorio determinado y la necesidad de utilizar todos los dispositivos, territoriales, nacionales, e incluso internacionales

para lograr el seguimiento longitudinal en epidemiología.

En fin, procuramos con nuestras aportaciones, clarificar de algún modo la epidemiología y obtener datos fiables y eficaces para poder establecer una posible prevención y terapia adecuada a cada incidencia patológica.

METODOLOGÍA

Hemos dividido nuestro trabajo, no sólo a nivel expositivo, sino desde el punto de vista documental en dos grandes apartados, Primer apartado: Revisión hasta el año 1987 y en el que consideramos diversos valores:

A) Presentación de las deficiencias que a nivel nacional se padecen en números absolutos, recogiendo de ellos únicamente el Retardo Mental (Recogido de los datos del S.I.I.S.).

B) Distribución según grado de deficiencia.

C) Distribución según sexo y diagnóstico, edad y diagnóstico.

D) Distribución con patologías asociadas.

Estas muestras están obtenidas al azar del I.A.S.S. en trabajo realizado por el Dr. Juan Ignacio Ramos Clemente.

Segundo apartado: En él, hemos hecho un estudio epidemiológico del año 1988, en la población de todos los sujetos de 0 a 21 años deficientes mentales reconocidos por el Servicio de Valoración y Orientación del Centro Base de Minusválidos Físicos y psíquicos de Málaga, de los que ha obtenido un total de 307 sujetos, de este grupo hemos realizado gráficos y distribución:

A) Distribución por sexo y edad.

B) Distribución según el grado de Deficiencia, y relación con la Etiología.

C) Distribución según edad de los padres.

D) Distribución según Fratría.

E) Datos socio-culturales.

F) Datos sobre Estimulación Precoz, Escolarización, Trastornos de Conducta, Crisis Convulsivas, Terapias Farmacológicas, y Estudios Psicológicos.

EXPOSICIÓN Y COMENTARIO DE LOS GRÁFICOS OBTENIDOS

Como se ha dicho, iniciamos con la exposición de algunos datos obtenidos hasta 1987.

De los datos facilitados por el S.I.I.S. (centro de Documentación e Información, concertado con el Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalías) y obtenidos de publicaciones del Ministerio de Asuntos Socia-

les, en el que se realizó un «Estudio Cuantitativo de las personas con minusvalías existentes en España», durante el año 1988, con enfoque sociológico y estadístico, para proporcionar a los responsables de la Planificación Político-Social las bases informativas precisas para conocer las demandas de las personas con minusvalías en España.

Presenta el (Cuadro 1) la estructura por edades de las personas con minusvalías clasificadas según las deficiencias que padecen en números

CUADRO 1

Estructura por edades de las personas con retraso mental (*)

	<2	3-5	6-14	15-17	18-24	25-44	45-64	>65	Total
R. Ment.	1180	2691	29.844	15.026	30.431	50.231	23.182	7.082	159.666
D. Psq.	0	278	3.877	849	4.641	13.273	21.391	15.614	59.923
P. Cer.	308	996	2.802	1.351	1.552	2.471	3.269	7.486	20.235
D. mix.	299	589	854	199	514	1.155	1.208	1.280	6.099
Total	1.787	4.554	37.377	17.425	37.138	67.130	49.050	31.462	245.923

Estructura por edades de las personas con retraso mental (hombres) (*)

	<2	3-5	6-14	15-17	18-24	Totales
Retraso mental	961	2.194	20.008	8.387	17.842	49.392
Otr. Def. Psíquicas	0	278	2.19	91	3.914	6.302
Par. cerebral	308	327	1.498	603	1.205	3.941
Def. mixtas	299	589	772	0	186	1.846
Total	1.568	3.388	24.297	9.081	23.147	61.481

Estructura por edades de las personas con retraso mental (mujeres) (*)

	<2	3-5	6-14	15-17	18-24	Totales
Retraso mental	218	498	9.836	6.639	12.589	29.780
Otr. Def. Psíquicas	0	0	1.858	759	727	3.344
Par. cerebral	0	669	1.305	747	347	3.068
Def. mixtas	0	0	83	199	328	610
Total	218	1.167	13.082	8.344	13.991	36.802

(*) S.I.I.S. Ministerio de Asuntos Sociales (I.N.S.S.)

absolutos y de la que recogemos únicamente los Retrasados Mentales, objeto de nuestro estudio, incluidos los que presentan Parálisis Cerebral, Deficiencias Mixtas, y otras Deficiencias Psíquicas asociadas, excluyendo la Enfermedad Mental.

El total obtenido en España es de 245.933 sujetos.

Se observan mayor frecuencia de retrasados mentales en los varones con respecto a las Hembras.

CUADRO 2

Clasificación según el I.N.S.E.R.S.O.

Grado de deficiencia mental	C.I.
Límite	70-85
Ligero	51-69
Medio	36-50
Severo y profundo	0-35

Clasificación según la organización mundial de la salud

Grado de deficiencia mental	C.I.
Ligero	50-70
Moderado o medio	35-50
Severo o grave	20-35
Profundo	Inferior a 20

Clasificación según el Ministerio de Educación y Ciencia

Grado de deficiencia mental	C.I.
Límites	70-80
Ligeros	50-70
Moderados	36-50
Profundo	Menos de 36

En todo el trabajo nos hemos guiado por la clasificación seguida por el I.N.S.E.R.S.O. En Andalucía «Instituto Andaluz de Servicios Sociales», (I.A.S.S.) para el diagnóstico del grado de minusvalía, fuente de la que hemos obtenido los datos. En el (Cuadro 2) se exponen algunas de las clasificaciones existentes en diversos organismos, (ENSERSO, O.M.S. y Educación y Ciencia), a fin de establecer el correlato correspondiente.

El total de la población española presenta según este estudio, un Retraso Mental del 0,7%, que expresado en valor absoluto, para los habitantes de nuestra provincia, arroja un número de 7092 individuos con deficiencia mental.

Los gráficos que a continuación vamos a presentar se deben, como ya se ha indicado, al trabajo realizado por el Dr. Ramos Clemente. Para realizar el mismo, tuvo en cuenta las consideraciones siguientes:

Si se quiere realizar el estudio con un nivel de significación del 0,05, es decir, con un 95% de confianza y un error máximo del 0,5%, tendría que haber estudiado a 250 individuos con deficiencia mental, lo que supondría tener que realizar un estudio a 35 750 personas tomadas al azar del total de la población de la provincia.

Debido a la dificultad que encierra esto, escogió como base para la obtención de la muestra los estudios realizados por el Centro Base de Minusválidos Físicos y Psíquicos de nuestra provincia, donde se han sometido a reconocimiento, hasta el año 1987, por el equipo de valoración y orientación a un número aproximado a las 8000 personas, de las cuales 2462 se han clasificado como deficientes mentales; de estos 2462 casos, tomó al azar una muestra de 306 sujetos, con lo cual se cumpliría la premisa del 0,7%.

CUADRO 3

Distribución del retraso mental según la edad y diagnóstico

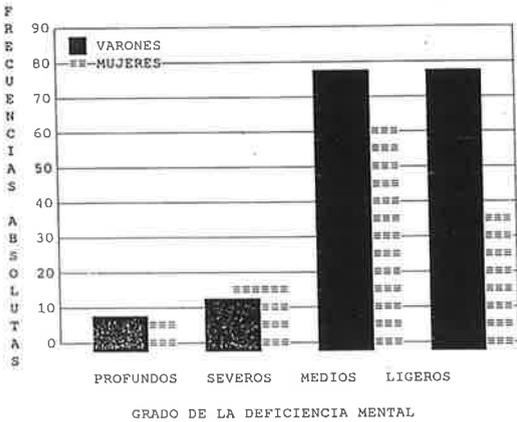
	Diagnos. Profundos	Severos	Medios	Ligeros	Total	%
0-5	3	6	12	10	31	10,1
6-18	7	10	42	40	99	32,4
>=19	8	13	87	68	176	57,5

Hay que resaltar en este cuadro (Cuadro 3) el pequeño porcentaje de sujetos que aparece en el grupo comprendido de 0 a 5 años, sólo el 10,1%, siendo por otra parte la etapa óptima para iniciar un adecuado tratamiento.

Pensamos que esto se debe posiblemente a que a estas edades muchos pasan desapercibidos a nivel familiar.

CUADRO 4

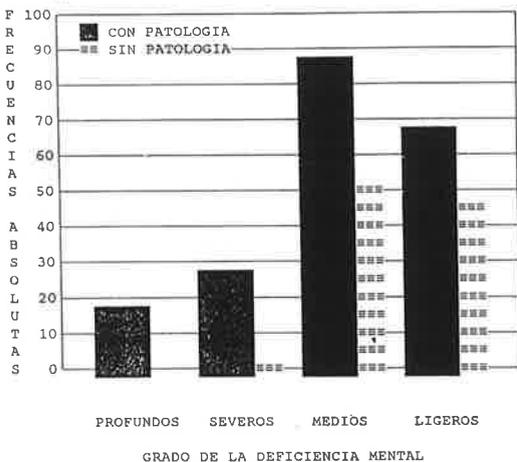
RELACION ENTRE TIPO DE AFECTACION Y SEXO



Como se observa en el (Cuadro 4) se confirma los datos obtenidos a nivel nacional; hay mayor porcentaje de deficientes mentales en los varones que en las hembras. No existe diferencia en el porcentaje con respecto al sexo en la población de deficientes mentales profundos. En los deficientes mentales severos, existe una mayor proporción de hembras; en cambio, en los medios y principalmente en los ligeros aumentan en los varones.

CUADRO 5

AFECTACION DEL APARATO LOCOMOTOR

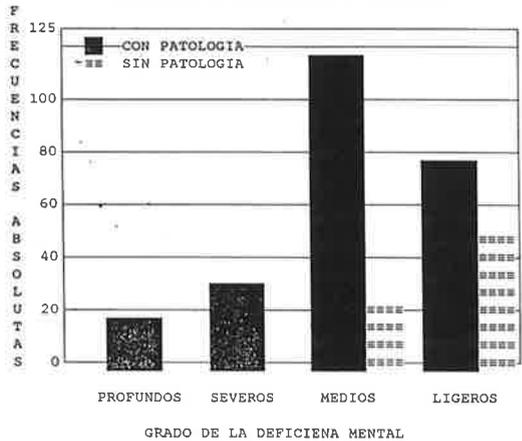


En el (Cuadro 5) se presenta la relación existente entre la afectación del aparato locomotor y el grado de la deficiencia.

Como se puede observar, todos los diagnosticados como profundos, tienen patologías asociadas en el aparato locomotor; en severos ocurre prácticamente lo mismo. Sólo en los medios y ligeros existe menor afectación del aparato locomotor.

CUADRO 6

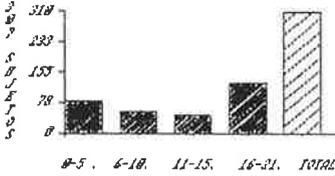
AFECTACION DE LA AUDICION Y LENGUAJE



En la relación de la afectación de la audición y lenguaje con el grado de deficiencia, (Cuadro 6) cuando hablamos del trastorno del lenguaje tenemos que tener presente la enorme frecuencia de este problema en sus tres grandes grupo patológicos (Disfonias, Disfemias y Dislalias), circunstancia que fué estudiada por el Dr. Miguel de Linares en el Primer Congreso Nacional de Logopedia y Foniatría de la Sociedade Española del mismo nombre, celebrada en Badajoz hace más de 20 años, (en la Ponencia «Oligofrenia y Lenguaje»), publicada en la revista hispano-luso-americana de Otorrinolaringología, coincidiendo los datos obtenidos con los del trabajo, en los que se observa que existe una alta incidencia de las linguopatías en las deficiencias medias.

GRAFICA 1

EDAD CRONOLÓGICA



NUMEROS ABSOLUTOS = 81 - 52 - 45 - 127 - 307

DISTRIBUCION POR SEXOS

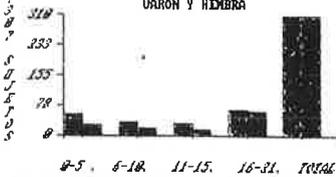


VARON = 185

HEMERA = 122

EDAD CRONOLÓGICA

VARON Y HEMERA



VARON = 54 35 29 66

HEMERA = 29 17 16 61

A partir de ahora los gráficos que presentamos corresponden a los datos obtenidos en nuestra investigación, que constituye la materia del apartado segundo en que hemos dividido la exposición.

Se observa, como venimos repitiendo, mayor frecuencia de varones con deficiencia mental con respecto a las hembras. (Grafica 1).

Se produce un aumento de incidencia, en ambos sexos, en el grupo comprendido entre 16 y 21 años. Pensamos que esto es debido a la necesidad de ser diagnosticado por este servicio para poder recibir la Ayuda de la L.I.S.M.I.

CUADRO 7

Distribución según grado de deficiencia

Límite (70-85)	Ligera (51-69)	Media (36-50)	Severa (00-35)	Total
22	110	108	67	307

Distribución grado deficiencias por sexos

Sexos	Límites	Ligeras	Medias	Severas	Total
Varones	15	68	67	35	185
Hembras	7	42	41	32	122
Totales	22	110	108	67	307

Distribución grado de deficiencia y etiologías

Deficiencias	Genet.	Croptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
Límites (22)	2	5	3	11	1
Ligeras (110)	18	29	11	47	5
Medias (108)	49	26	8	20	5
Severas (67)	21	13	11	20	2
Totales (307)	90	73	33	98	13

En el Cuadro 7 se hace un estudio descriptivo entre grado de deficiencia y la etiología. En la parte inferior aparecen unos datos por sectores en que se representa la intensidad de la deficiencia y la etiología que lo produce.

Nos llama la atención el contraste entre los datos obtenidos por otros estudios, de que a mayor edad de la madre mayor probabilidad de nacimiento de niños retrasados con los obtenidos en el nuestro, en el que nos hemos encontrado que aumenta la frecuencia en madres de 26 a 30 años, incluso en los de etiología genética.

CUADRO 8
Distribución según edad de los padres

Padre:										
< 21	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60	NS/NC
3	43	73	59	52	29	11	4	1	0	32

Madre:

< 21	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60	NS/NC
30	68	74	57	34	22	3	0	0	1	18

Mayor índice edad/padres y etiología

Edad	Genet.	Criptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
26-30 (73)	16	23	7	23	4
31-35 (59)	17	12	10	19	1
36-40 (52)	18	8	4	19	3
41-45 (29)	15	3	4	7	0

Mayor índice edad/madre y etiología

Edad	Genet.	Criptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
21-25 (68)	9	24	8	25	2
26-30 (74)	21	22	11	17	3
31-35 (57)	21	8	7	20	1
36-40 (34)	13	2	7	11	1

Relación fraterna/Etiología (primer hijo)

Hijos	Genet.	Criptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
1 (35)*	10	5	5	15	
2 (22)	5	6	3	5	3
3 (11)	2	4	1	4	
4 (6)	2			3	1
5 (4)		2		1	1
6 (2)				2	

(*) Promedio de edad materna = 24 años

Se observa que a partir del nacimiento del niño afectado se produce una disminución en el número de hijos.

CUADRO 9
Datos socio-culturales

Cultural

	Nivel bajo	nivel medio	nivel alto	NS/NC	Total
Padres	197	67	11	32	307
Madres	203	70	10	24	307

Promedio de hijos por familia

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	NS/NC
Padres	4	2	3	2
Madres	3	2	3	2

Económico

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	NS/NC
Casos (307)	160	88	12	46
Promedio/hijos	4	3	3	3

Paro laboral

	Activos	En paro	NS/NC
Padres	158	30	164
Madres	250 (*)	10	
Prom./hijos	3	2,6	

(*) Amas de casa = 192

Aparece mayor número de niños retrasados, en familias de bajo nivel socio-cultural (Cuadro 9); entendemos que en ello influye múltiples factores, que sería prolijo enumerar, pero pensamos que uno de ellos sea la búsqueda de ayudas económicas, de ahí su necesidad de ser diagnosticado por este servicio como antes mencionamos.

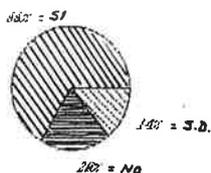
De 81 casos de niños menores de 5 años, reciben Estimulación Precoz 47, no la reciben 9 y no se recogen en las historias estudiadas en 25 casos (Grafico 2). Del Grupo de 6 a 10 años, con un total de 52, 6 han recibido Est. Precoz, 10 no la han recibido y 36 no la contemplan en su historial. En cuanto a la escolarización, observamos que: los Retrasados Límites se encuentran en la enseñanza ordinaria la mayor proporción, y 5 en Integración. Hay que señalar la necesidad de la Educación Especial para que la población de medios y severos puedan recibir unos aprendizajes adecuados, ya que una cifra muy baja se encuentran integrados según los estudios estadísticos recogidos.

GRAFICA 2

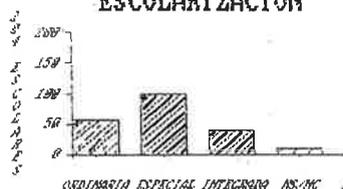
ESTIMULACION PRECOZ



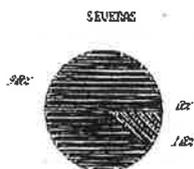
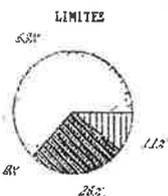
ESCOLARIZACION



ESCOLARIZACION



DEFIC. - ESCOLARIZACION



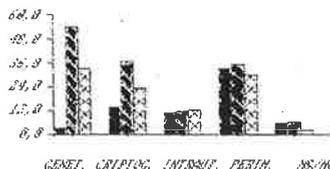
TRAST. CONDUCTA



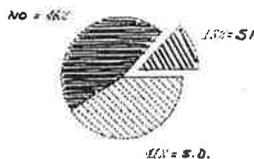
GRAFICA 3
CRISIS CONVULSIVAS



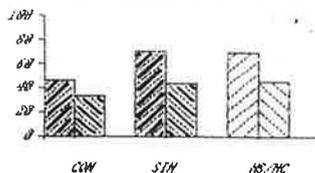
ETIOLOG. CONVULSION



E.E.G.



TRAT. FARMACOLOGICO



En cuanto a las alteraciones bioeléctricas (Grafica 3) se recogen un porcentaje muy bajo, sólo 26% del total, dado de que el estudio realizado en una tercera parte del mismo no aparecían datos al respecto.

CONCLUSIONES

1 — En cuanto al sexo, hemos observado que existe una mayor incidencia en los varones 60% (185) y hembras 40% (114). En estudios epidemiológicos realizados hace años por mí, se observaba curiosamente que hacia los doce años existía un aumento porcentual del número de niñas, y creemos que la base de esta circunstancia es sociológica, pues el retraso del varón, al que se considera como eje familiar, produce una

mayor angustia y por tanto incentiva más a acudir a los diversos servicios específicos, avala igualmente esta consideración el hecho de que en la población de deficiente profundos están igualados los sexos.

2 — Por lo que se refiere a la edad de los padres, debemos señalar que los resultados obtenidos, en contra de lo que mayoritariamente se cree, aumenta la incidencia en las madres de 26 a 30 años, no sólo en la etiología perinatal y postnatal, sino incluso en las cromosomopatías; y en cuanto a los padres ocurre exactamente igual como se observa en los cuadros.

3 — Estudiando la etiología, el factor de mayor incidencia es el perinatal (parto distócico con anoxia connatal) que nos recuerda la concordancia con lo que en su día expuso el Dr. Jerónimo Moragas Gallisá. Le sigue en orden de frecuencia las cromosomopatías.

4 — La distribución geográfica en nuestra provincia, con datos referidos a 1988, su porcentaje es prácticamente igual en todas las municipalidades, aumentando algo en las que están más próximas a la capital, quizás por la facilidad de comunicación con el servicio del I.A.S.S.

5 — Nivel social, cultural y económico; sin duda aumenta el porcentaje en tanto cuanto descendemos en el estatus social y cultural, que llega en el caso del padre y de la madre a casi el 70% de la población estudiada.

6 — Hemos de resaltar que del total del grupo, de cinco años o menos (81 casos), sólo 47 reciben o han recibido estimulación precoz, y del grupo de 6 a 10 años (52 casos) sólo 6 figuran que la recibieron. Lo cual nos resalta la necesidad de potenciar la estimulación precoz, como medida preventiva universalmente aceptada. No olvidemos que puede existir un sesgo en la fuente de información.

7 — Del total estudiado, 307 casos presentan crisis convulsivas, 64 casos (20,8%), recogidos en su historial, pero no se recogen sus estudios electroencefalográficos, que sí se recogieran en la totalidad de los casos, existirían alteraciones en un porcentaje muy superior. Del total de la muestra sólo tienen realizadas exploración bioeléctrica 40 casos. Por lo que creemos que debe

realizarse esta exploración de modo generalizado, lo que permitiría aplicar el tratamiento farmacológico adecuado que evitaría alteraciones comportamentales concomitantes.

8 — Reciben tratamiento farmacológico 80 casos (26%) que prácticamente corresponden al porcentaje de los sufren alteraciones convulsivas (20,8%) y el resto de la diferencia de la terapia se dan en los que sufren trastornos conductuales, por lo que deducimos existe un vacío terapéutico en determinadas alteraciones.

Bibliografía

- BRIAN COOPER Y MORGAN, H.G.: *Epidemiología Psiquiátrica*, Dirección Gral. de Sanidad. 1973.
- BRYSON SUSAN, E. COLS.: *First Reboot of a Canadian Epidemiological Study of Autistic Syndromes*. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 29, 1988.
- BRYSON, SUSAN E. COLS.: *Obstetrical Suboptimality in Autistic Children*, J.A.M. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1988.
- CAROLYN, JOYCE. COLS.: *The Prevalence of Mental Handicap in New Zealand*. New Zealand Medical Journal, 1988.
- FERNANDEZ MORENO, A. GOMEZ-FERRER GORIZ, C.: *Problemática de los R. Mentales y su Asistencia en la Provincia de Murcia*, Actas XVI Reunión S.E.N.I.J. (Vitoria), 1970.
- GOMEZ-FERRER GORRIZ, C.: *Epidemiológicos, Clínicos y Sociales del R. Mental en la Región de Murcia*. Boletín de Salud de la R. Murciana. 1982.
- I.N.E.: *Las Personas con Minusvalías en España, Aspectos Cuantitativos*, Ministerio de Asuntos Sociales. 1988.
- LINARES PEZZY, M.: *Oligofrenia Y Lenguaje, Epidemiología*, Revista Hispanoamericana de Otorrinolaringología, 1967.
- LINARES PEZZY, M. *Patolingüística Oligofrenica*, Actas XIII Reunión del S.E.N.I.J. (Torremolinos), 1967.
- LINARES PEZZY, M. *Organización Funcional de los Centros Específicos, Estudio Epidemiológico*. P.A.N.A.P., 1970.
- RAMOS CLEMENTE, J.I.: *Estudio Descriptivo de Deficiencia Mental y Patologías Asociadas*, I.A.S.S. (Malaga), 1987.
- SANZ JIMENEZ, J. *Investig. de la Subnormalidad a partir de los Dat. Estadísticos de los II. Psiq.* P.A.N.A.P., 1971.
- SMITH, ISABEL M. COLS. *Mónozgoty Twins Concordant for Autism and Hypelezia*, Developmental Medicine and Child Neurology, 1988.
- TAO KUO-TAI: *Mentally Retarded Persons in the People's Republic of China*, Review of Epidemiological Studies and Services, American Journal on Mental, 1988.
- WALLNER, TEUT.: *The Number of Mentally Retarded are Sult of Step Taken by Society?* The National Board of Health and Welfare, Services for the Handicapped, 1987.

Criterios diagnósticos de la depresión en la infancia y adolescencia

M.ª J. Mardomingo, E. de Grado

Madrid

RESUMEN

Los autores revisan 135 casos clínicos, de entre ellos 119 diagnosticados de trastorno afectivo siguiendo los criterios del DSM-III-R.

Estas dos muestras (trastornos afectivos y otros diagnósticos no-afectivos) son comparadas desde el punto de vista de frecuencia, sintomatología, edad/sexo, y otras variables psicopatológicas llegándose a unas conclusiones de notable interés.

Palabras clave: Trastornos afectivos. Epidemiología. Depresión. Clínica depresiva.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la depresión en la infancia y adolescencia plantea múltiples interrogantes como consecuencia de los importantes cambios neurobiológicos y conductuales que se producen a lo largo de esta edad y también como consecuencia de las diferentes demandas y ex-

pectativas que la familia y la propia sociedad van a plantear al niño primero y al adolescente después.

La investigación sobre la depresión infantil ha despertado gran interés en los últimos años y muchos de sus avances se han debido a la aplicación de los paradigmas teóricos y modelos de investigación de la depresión del adulto. No obstante, múltiples preguntas siguen planteadas: ¿existen síntomas específicos de la depresión para las diferentes edades del niño?, ¿existe un cuadro clínico común a lo largo de la infancia y adolescencia con síntomas concretos característicos de cada edad?, ¿existe una continuidad entre la depresión en la infancia y la depresión del adulto?

Un gran número de autores están de acuerdo en que la depresión es una entidad clínica presente en la infancia (Mardomingo, Kloppe, 1989), aunque no siempre están de acuerdo en cuáles son los criterios diagnósticos que deben aplicarse (Conde y Ballesteros, 1988). Por otra parte, los criterios diagnósticos — hecha excepción de los de Weimberg — no suelen incluir el tiempo de duración de los síntomas.

No cabe duda de que el desarrollo de la conducta del niño desde la infancia hasta la adolescencia recorre una serie de estadios evolutivos que deberían manifestarse y deberían por tanto modular la sintomatología depresiva

(Cantwell y Carlson, 1987). Es decir, aun existiendo un cuadro clínico común, estos cambios evolutivos tendrían que reflejarse en lo que se podría denominar sintomatología asociada de los trastornos afectivos según la edad.

El objeto de este trabajo es analizar si existe algún tipo de asociación entre los trastornos afectivos y la edad y el sexo de los niños y adolescentes así diagnosticados, y averiguar si, además de la sintomatología descrita en el DSM-III R, que sería general para niños, adolescentes y adultos, sin diferenciar sexo ni edad, se pueden distinguir otros síntomas depresivos que varíen en función de tales variables en una muestra de niños y adolescentes.

MÉTODO

Material

Se revisaron 135 historias clínicas de la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid, que comprendían desde Enero de 1975 a Julio de 1988. Las categorías examinadas fueron las siguientes:

- Depresión
- Hiperactividad
- Dolores abdominales
- Trastornos somáticos
- Trastornos del sueño
- Neurosis
- Suicidio
- Histeria
- Crisis de angustia/ansiedad
- Trastornos alimenticios

Muestra

De las 135 historias clínicas revisadas, 16 se podían encuadrar dentro del diagnóstico de Trastornos Afectivos (7 con un Trastorno Distímico y 9 con un Episodio Depresivo Mayor). De estos 16 sujetos, 4 eran varones (25%) y 12 mujeres (75%), con edades comprendidas entre los 9 y 16 años, siendo la media de edad del grupo 13'125, con una desviación típica de 2'03.

El grupo de no deprimidos (resto de las historias clínicas) estaba formado por 60 varones (50,42%) y 59 mujeres (49,58%), cuyas

edades oscilaban entre 1 y 16 años, con una media de 9,24 años y una desviación típica de 3,72.

Procedimiento

Las variables examinadas fueron las siguientes:

— Incidencia de los Trastornos psiquiátricos en general y de los Trastornos Afectivos en particular según la edad y el sexo.

— Año en que fue hecho el diagnóstico de depresión.

— Número de hermanos.

— Posición que ocupa el paciente entre sus hermanos.

— Síntomas depresivos más comunes que aparecen en los trastornos psiquiátricos en general.

— Síntomas depresivos más comunes en el grupo deprimido en función de la edad y el sexo.

Los métodos estadísticos utilizados para analizar dichas variables fueron: χ^2 de Pearson, aplicando la corrección de Yates en los casos necesarios; el contraste de diferencia de medias (siendo el estadístico de contraste la *t* de Student) y el contraste de proporciones (cuyo estadístico de contraste es la curva normal por tratarse de muestras grandes), siendo en todos los casos el nivel de significación utilizado de 0,05.

El diagnóstico de Trastorno Afectivo (Episodio Depresivo Mayor o Trastorno Distímico) se realizó mediante los criterios del DSM-III R, aunque a la hora de analizar los síntomas depresivos más comunes se incluyeron aquellos que aparecen con más frecuencia en la literatura revisada.

RESULTADOS

De las 135 historias clínicas revisadas, el 47,4% son varones y el 52,6% mujeres. No hay, por tanto, diferencias intersexos significativas en cuanto a los padecimientos psi-

quiátricos en general ($X_o^2=2,7.N.S.$).

En el grupo de niños y adolescentes no deprimidos, el 50,42% son varones y el 49,58% mujeres, mientras que el 25% de los diagnósticos de los Trastornos Afectivos corresponden a varones y el 75% a mujeres, es decir, 3/4 son mujeres frente a 1/4 que son varones. En consecuencia, la depresión es un trastorno psiquiátrico que afecta 2 veces más a la mujer que al hombre, incluso en la infancia y la adolescencia ($Z=2.SIGNIFICATIVA$).

Mientras que en el grupo depresivo la edad medida es 13,125, con una desviación típica de 2,03, en el grupo no depresivo la media de edad es 9,24, siendo la desviación típica 3,72. Existen, por tanto, diferencias significativas en la edad de ambos grupos ($t=6,35$), de forma que los Trastornos Depresivos suelen aparecer a partir de los 10 años, siendo más frecuente entre los 13 y los 16 años, pero sin que exista una edad significativa, mientras que los Trastornos Psiquiátricos en general se reparten más uniformemente entre los diversos grupos de edad, sin que se destaquen más en una determinada edad.

Por tanto, no existe una asociación entre el diagnóstico de los Trastornos Afectivos y la edad, aunque sí entre los trastornos afectivos y el sexo ($P<0.05$). (Tabla I).

El número de diagnósticos de los Trastornos Afectivos no varía mucho de un año a otro, aunque se puede observar un mayor número de diagnósticos realizados desde 1985 a 1988 que desde 1982 a 1985. Es de destacar el hecho de que sólo desde Enero a Julio de 1988 existe un 25% del total de diagnósticos realizados, y que en estos 6 meses se han hecho igual número de diagnósticos que en el año 1982 y 1986 y más que en 1987 (Tabla II).

El número de hermanos en el grupo depresivo oscila entre 1 y 9, con una $X=3,125$ y una $S_x=2,02$, mientras que en el grupo de no depresivos el número de hermanos va de 1 a 12, siendo la $X=2,83$ y la $S_x=1,74$. El número de hermanos se distribuye de la misma forma en los dos grupos ($X^2=8,426.N.S.$). En el grupo depresivo el mayor porcentaje de

pacientes tiene entre 1 y 4 hermanos, al igual que ocurre en la población general. (Tabla III).

El 37,5% de los niños y adolescentes diagnosticados de trastornos afectivos son primogénitos (frente al 30,25% del grupo no depresivo) y el 31,25% benjamines (el 41,18% de niños y adolescentes no deprimidos). No hay relación entre los trastornos psiquiátricos en general y la posición que ocupa el paciente entre sus hermanos ($X^2=0,96.N.S.$). (Tabla IV).

Existen diferencias significativas en los síntomas depresivos más comunes que presentan ambos grupos ($X^2=65,49$. SIGNIFICATIVA), de forma que el ánimo deprimido (93,75%), las dificultades de comunicación (93,75%), los trastornos del sueño (68,75%) y la escasa autoestima (62,5%) son los síntomas depresivos más comunes en el grupo de niños y adolescentes con trastornos depresivos, mientras que los trastornos somáticos, los trastornos del sueño y la inhibición e inquietud motora son las quejas relativamente más frecuentes que presenta el grupo no deprimido.

Dentro del grupo depresivo no se han hallado diferencias significativas en función de la edad ($X^2=12,74$. N.S.) y del sexo ($X^2=10,625$. N.S.). Los síntomas más frecuentes en los varones son: ánimo deprimido (100%), dificultades de comunicación (100%) y escasa autoestima (75%). En las mujeres el ánimo deprimido (91,7%), los trastornos del sueño (75%) y las dificultades de comunicación (91,7%) son los síntomas más comunes. (Tabla V).

En función de la edad, las dificultades de comunicación (100%), el ánimo deprimido (83,33%) y la escasa autoestima (83,33%) son los síntomas más frecuentes en el grupo de escolares (7-12 años), mientras que el grupo de adolescentes (13-17 años) presenta como sintomatología más característica el ánimo deprimido (100%), las dificultades de comunicación (90%) y los trastornos del sueño (80%). (TABLA VI).

TABLA I

Distribución según la edad y el sexo

	Varones		Grupo depresivo				Varones		Grupo no depresivo				Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Edad														
15-16	0	00,00	5	41,67	5	31,25	1	1,67	6	10,17	7	5,88	12	8,89
13-14	2	50,00	3	25,00	5	31,25	5	8,33	13	22,03	18	15,13	23	17,04
11-12	1	25,00	3	25,00	4	25,00	10	16,67	14	23,72	24	20,17	28	20,74
9,10	1	25,00	1	8,33	2	12,50	14	23,33	12	20,34	26	21,85	28	20,74
7-8	0	00,00	0	00,00	0	00,00	10	16,67	4	6,78	14	11,75	14	10,37
5-6	0	00,00	0	00,00	0	00,00	9	15,00	4	6,78	13	10,92	13	9,63
3-4	0	00,00	0	00,00	0	00,00	3	13,33	4	6,78	12	10,08	12	8,89
1-2	0	00,00	0	00,00	0	00,00	3	5,00	2	3,39	5	4,20	5	3,70
Total	4	100	12	100	16	100	60	100	59	100	119	100	135	100

TABLA II

Distribución según el año en que fue hecho el diagnóstico

Año	N.º	%
1982	4	25
1983	1	6,25
1984	0	0
1985	1	6,25
1986	4	25
1987	2	12,5
1988	4	25

TABLA III

Distribución según el número de hermanos (*)

Grupo depresivo	Grupo no depresivo		Total			
	N.º h.	N.º	%	N.º	%	
11-12	0	0	1	0,84	1	0,74
9-10	1	6,25	0	0	1	0,74
7-8	0	0	5	4,20	5	3,70
5-6	1	6,25	7	5,88	8	5,93
3-4	7	43,75	45	37,81	52	38,52
1-2	7	43,75	61	51,27	68	50,37
Total	16	100	119	100	135	100

(*) En cada uno de los intervalos está incluido el

propio paciente

TABLA IV

Distribución según la posición que ocupa entre los hermanos

Posición	Grupo depresivo		Grupo no depresivo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hijo único	1	6,25	11	9,24	12	8,89
Primogénito	6	37,50	36	30,25	42	31,11
Benjamín	5	31,25	49	41,18	54	40,00
Intermedio	4	25	23	19,33	27	20,00
Total	16	100	119	100	135	100

TABLA V

Síntomas depresivos más comunes y sexo

	Grupo depresivo				Total	Grupo no depresivo				Total				
	Varones		Mujeres			Varones		Mujeres						
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%				
Ánimo deprimido	4	100	11	91,66	15	93,75	4	6,67	8	13,56	12	10,08	27	20,00
Sentimiento soledad/ aislamiento social	1	25	8	66,66	9	56,25	15	25,00	16	27,12	31	26,05	40	29,63
Escasa autoestima	3	75	7	58,33	10	62,50	9	15,00	6	10,17	15	12,60	25	18,52
Ideas de culpa	2	50	3	25,00	5	31,25	12	20,00	11	18,64	23	19,33	28	20,74
Apatía-indiferencia	1	25	4	33,33	5	31,25	1	1,67	2	3,39	3	2,52	8	5,92
Irritabilidad-agresividad	1	25	5	41,66	6	37,50	11	18,33	13	22,03	24	20,17	30	22,22
Actos suicidas	0	0	6	50,00	6	37,50	1	1,67	18	30,51	9	7,56	15	11,11
Pocas ganas de vivir	1	25	7	58,33	8	50,00	2	3,33	2	3,39	4	3,36	12	8,89
Deficiente rendimiento escolar	1	25	8	66,66	9	56,25	16	26,67	19	32,20	35	29,41	44	32,59
Inhibición/inquietud motora	0	0	4	33,33	4	25,00	27	45,00	7	11,86	34	28,57	38	28,15
Fatiga	1	25	4	33,33	5	31,25	1	1,67	2	3,39	3	2,52	8	5,92
Trastorno del sueño	2	50	9	75,00	11	68,75	21	35,00	13	22,03	34	28,57	45	33,33
Intoleran. la frustración	1	25	1	8,33	2	12,50	13	21,50	9	15,25	22	18,49	24	17,78
Trastornos somáticos	2	50	4	33,33	6	37,50	24	40,00	31	52,54	55	46,22	61	45,18
Dificultades comunicación	4	100	11	91,66	15	93,75	5	8,33	15	25,42	20	16,81	35	25,92
Anorexia/bulimia	2	50	3	25,00	5	31,25	13	21,67	12	20,34	25	21,01	30	22,22
Ansiedad	2	50	3	25,00	5	31,25	6	10,00	9	15,25	15	12,60	20	14,81
Hiperemotividad/lanto	0	0	4	33,33	4	25,00	5	8,33	10	16,95	15	12,60	19	14,07

TABLA VI

Síntomas depresivos más comunes y edad

	Grupo deprimido					Grupo no deprimido					Total							
	Prescol N.º %	Escolares N.º %	Adolescent N.º %	Subtotal N.º %		Prescol N.º %	Escolares N.º %	Adolescent N.º %	Subtotal N.º %	N.º	%							
Ánimo deprimido	0	0	5	83,33	10	100	15	93,75	0	0,00	6	9,37	6	24	12	10,08	27	20,00
Sentimiento soledad/ aislamiento social	0	0	3	50,00	6	60	9	56,25	3	10,00	18	28,12	10	40	31	26,05	40	29,63
Escasa autoestima	0	0	5	83,33	5	50	10	62,5	0	0,00	13	20,31	2	8	15	12,60	25	18,52
Ideas de culpa	0	0	3	50,00	2	20	5	31,25	1	3,33	16	25,00	6	24	23	19,33	28	20,74
Apatía-indiferencia	0	0	2	33,33	3	30	5	31,25	0	0,00	3	4,69	0	0	3	2,52	8	5,92
Irritabilidad-agresividad	0	0	3	50,00	3	30	6	37,50	6	20,00	14	21,87	4	16	24	20,17	30	22,22
Actos suicidas	0	0	1	16,66	5	50	6	37,50	0	0,00	1	1,56	8	32	9	7,56	15	11,11
Pocas ganas de vivir	0	0	2	33,33	6	60	8	50,00	0	0,00	2	3,12	2	8	4	3,36	12	8,89
Deficiente rend. escolar	0	0	3	50,00	6	60	9	56,25	5	16,67	19	29,69	11	44	35	29,41	44	32,59
Inhibición/inquietud motora	0	0	2	33,33	2	20	4	25,00	16	53,33	15	23,44	3	12	34	28,57	38	28,15
Fatiga	0	0	0	0,00	5	50	5	31,25	1	3,33	1	1,56	1	4	3	2,52	8	5,92
Trastornos del sueño	0	0	3	50,00	8	80	11	68,75	8	26,67	21	32,81	5	2	34	28,57	45	33,33
Intolerancia a la frustración	0	0	1	16,66	1	10	2	12,50	9	30,00	8	12,50	5	2	22	18,49	24	17,78
Trastornos somáticos	0	0	3	50,00	3	30	6	37,50	4	13,33	42	65,62	9	36	55	46,22	61	45,18
Dificultades comunicación	0	0	6	100,00	9	90	15	93,75	1	3,33	11	17,19	8	32	20	16,81	35	25,92
Anorexia/bulimia	0	0	0	0,00	5	50	5	31,25	8	26,67	15	23,44	2	8	25	21,01	30	22,22
Ansiedad	0	0	3	50,00	2	20	5	31,25	1	3,33	9	14,06	5	2	15	12,60	20	14,81
Hiperemotividad/lanto	0	0	1	16,66	3	30	4	25,00	3	10,00	8	12,50	4	16	15	12,60	19	14,07

Preescolares: 1-6 a; Escolares: 7-12 a; Adolescentes: 13-17 a

DISCUSIÓN

Sexo

De los datos que se desprenden del presente estudio, la depresión en la infancia y adolescencia, al igual que ocurre en los adultos, parece ser un trastorno psiquiátrico que afecta más a la mujer que al hombre. Polaino, Lorente y Domenech Llaberia (1988), en un estudio realizado con una muestra de niños españoles de 4.º EGB, encuentran diferencias significativas en el padecimiento de los Trastornos Afectivos (Trastornos Distímico y Depresión Mayor según el DSM-III R) según el sexo, de forma que la tasa de niñas con un Trastorno Afectivo es mayor que la de niños. Al haber distinción dentro de los trastornos depresivos entre el Trastorno Distímico y la Depresión Mayor observan que en esta última categoría apenas hay diferencia entre niños y niñas, mientras que dentro del Trastorno Distímico las diferencias entre ambos sexos sí con significativas.

Angold (1988) hace una revisión de las acepciones del término «Depresión», observando que en cuanto al sexo, la razón del trastorno depresivo en niños prepúberes es de 1:1; en la adolescencia, sin embargo, las mujeres presentan doble número de episodios y un porcentaje de síntomas más alto que los varones.

Edad

Polaino-Lorente y Domenech Llaberia (1988) observan que la tasa de niños de ambos sexos con un Trastorno Distímico o con una Depresión Mayor es significativamente mayor en los niños de 8 a 10 años que en los de 11 o más, pero no pueden concluir que dicha diferencia sea significativa debido al distinto tamaño de ambas muestras. En el presente estudio los Trastornos Afectivos se dan con más frecuencia entre adolescentes de 13 a 16 años, aunque no parece haber una edad significativa. Es importante destacar que no se ha encontrado ningún preescolar que haya recibido este

dignóstico, apareciendo a partir de los 10 años.

En la literatura revisada existen otros trabajos otros trabajos que han contemplado esta posible relación entre Trastorno Afectivo y edad. Así, Kashani, Holcomb y Orvaschel (1986) encuentran un número importante de niños preescolares con una edad media de 4,1 con suficientes síntomas depresivos, aunque no podrían ser diagnosticados clínicamente como deprimidos, dato que está en la misma línea que lo observado por Kashani, Ray y Carlson (1984), quienes sugieren que, o bien el Trastorno Depresivo Mayor se presenta raramente entre los preescolares, o bien los criterios del DSM-III no son adecuados para el diagnóstico de los Trastornos Afectivos en este grupo.

Kashani y Carlson (1987), en un trabajo llevado a cabo con preescolares deprimidos, concluyen que la frecuencia del trastorno depresivo aumenta con la edad y es poco usual en niños preescolares. Asimismo, observan que la sintomatología depresiva varía con la edad, de modo que, por ejemplo, las quejas somáticas disminuyen con la edad.

Angold (1988) por su parte, revisando los factores de riesgo de los síntomas y síndromes depresivos de diversos estudios, infiere que los trastornos depresivos suelen ser inusuales en los niños prepúberes, siendo más comunes en los adolescentes, aunque en éstos rara vez se presentan suicidios o parasuicidios.

Año en que fue hecho el diagnóstico de Depresión

Se puede pensar que cuanto más se avance en el estudio de los síntomas depresivos infantiles y juveniles, más diagnósticos de Trastornos Afectivos aparecerán. Sin embargo, el número de casos diagnosticados no parece variar de un año a otro, lo cual se puede interpretar como una cierta prudencia de los psicólogos y psiquiatras a la hora de hacer el diagnóstico, o bien que todavía no están bien establecidos los criterios diagnósticos, o que, a pesar del avance de estos criterios, el

número de casos detectados es aproximadamente igual que hace algunos años.

Número de hermanos

El número de hermanos no es una variable significativa en el diagnóstico de los Trastornos Afectivos, oscilando en este estudio entre 1 y 12 con una media de 3,2, distribuyéndose como en la población general. Polaino-Lorente y Domenech Llaberia (1988) concluyen que el número de hermanos parece intervenir en la mayor o menor frecuencia del trastorno depresivo en la infancia, pero sólo en el grupo diagnosticado de Trastorno Depresivo Mayor ($X=3,19$), y no así en el diagnosticado de Trastorno Distímico, en comparación con un grupo control.

Posición que ocupa el paciente entre los hermanos

No es significativa la posición que ocupa el niño o adolescente diagnosticado de depresión entre sus hermanos.

Sintomatología

En el presente trabajo no se han encontrado diferencias en cuanto a la sintomatología de los Trastornos Afectivos en función de la edad y del sexo, hecho que bien pudiera ser explicado por el reducido tamaño de la muestra utilizada. El ánimo deprimido y las dificultades de comunicación están presentes en un alto porcentaje de la muestra. Otros síntomas importantes son los trastornos del sueño y la escasa autoestima.

Si estudiamos los síntomas depresivos más comunes en cada grupo de edad, las dificultades de comunicación, el ánimo deprimido y la escasa autoestima son frecuentes en el grupo de escolares (7-12 años), mientras que la sintomatología más frecuente en los adolescentes (13-17 años) son el ánimo deprimido, las dificultades de comunicación y los trastornos del sueño.

Por otro lado, los varones presentan una sintomatología caracterizada por ánimo deprimido, dificultades de comunicación y escasa autoestima. En las mujeres los síntomas más importantes son el ánimo deprimido, los trastornos del sueño y las dificultades de comunicación.

Kreuz, Catalá Angel y Quiles Lloret (1985) describen la sintomatología depresiva en función de los estadios evolutivos, de forma que la depresión en la edad escolar (6-11 años) se caracterizaría por una baja autoestima, ideas negativas acerca del autoconcepto, sentimientos de culpabilidad, autopercepción distorsionada e inhibición social. En la edad adolescente la sintomatología sería idéntica a la adulta, incluyendo la perspectiva temporal.

Petti — citado por Mardomingo y Kloppe (1989) — describe la Depresión en el niño en función del ánimo disfórico y de la baja autoestima. El primero de estos síntomas se manifiesta en sentimientos de tristeza, irritabilidad y crisis de llanto inmotivadas. La baja autoestima se expresa en sentimientos de incapacidad e incompetencia e ideas de suicidio. La depresión en el niño se acompaña frecuentemente de quejas hipocondríacas, rechazo escolar, fugas del hogar y bajo rendimiento escolar. La depresión en el adolescente, según este autor, se caracteriza por síntomas tales como la tristeza, el ánimo deprimido y la dificultad para experimentar placer, pudiendo acompañarse de cambios en el apetito, anorexia o bulimia, trastornos del sueño y agitación/lentitud motora. Son también típicos del adolescente los sentimientos de culpa y de incompetencia, la pérdida de energía, las dificultades de concentración y las ideas recurrentes de suicidio. También pueden presentarse síntomas somáticos, deficiente rendimiento escolar, conductas agresivas y abuso de alcohol u otras drogas.

Ryan, Puig-Antich y Ambrosini (1987) compararon la frecuencia de los síntomas depresivos y su severidad en dos muestras de 95 niños y 92 adolescentes, no encontrando diferencias significativas en la proporción de

varones y mujeres, ni en el grado de severidad de los síntomas de ambos grupos. Para la mayoría de los síntomas no hubo diferencias significativas en la frecuencia y severidad de los mismos entre niños y adolescentes con un Trastorno Depresivo Mayor. Las manifestaciones más frecuentes en ambas nuestras fueron: ánimo depresivo, anhedonia/falta de interés, disminución de la concentración, irritabilidad y mal humor, fatiga, autoestima negativa, insomnio, aislamiento social, retraso psicomotor, ideación suicida, excesiva o inapropiada culpa y anorexia. Sin embargo, los niños mostraron más apariencia depresiva, trastornos somáticos, agitación psicomotriz y alucinaciones depresivas con mayor frecuencia y severidad que los adolescentes. Éstos, por su parte, presentaron más sentimientos de desesperanza, hipersomnia, pérdida o ganancia de peso más frecuentemente y con mayor severidad que los niños.

Frank, Carpenter y Kupfler (1988) encuentran diferencias sexuales en su grupo de 130 pacientes en cuanto a síntomas experimentados, explorados a través del SADS, de modo que las mujeres informaron de un aumento del apetito y ganancia de peso y con menos frecuencia de pérdida de peso, que los varones. Del mismo modo, experimentaban ansiedad somática, hipocondriasis o expresaban cólera más frecuentemente que los varones.

Suicidio

Otra variable que ha sido muy estudiada en la literatura es la posible relación entre suicidio y ánimo depresivo. Robbins y Alessi (1985), en un estudio llevado a cabo con 64 sujetos con edades comprendidas entre 13 y 18 años, observan que 15 habían hecho 2 o más intentos de suicidio, y de éstos, 6 hicieron intentos de significativa peligrosidad médica. Encuentran también una intensa asociación entre suicidio y depresión, sentimientos de inutilidad, anhedonia, insomnio, pobre concentración, indefensión, falta de reactividad del humor y trastornos psicomotores. Asimismo, hacen notar

que factores como el soporte social y familiar, la impulsividad y la cólera pueden estar involucrados en la determinación de la conducta suicida, aunque el ánimo depresivo es claramente significativo. El abuso de alcohol y otro tipo de drogas también parecen ser importantes en la determinación de la conducta suicida, aunque no se conoce la naturaleza exacta de esta asociación.

Ryan, Puig-Antich y Ambrosini (1987) concluyen que la frecuencia, severidad o seriedad del intento de suicidio es similar en el grupo de niños que en uno de adolescentes, aunque la letalidad médica del intento es significativamente más alta en este segundo grupo que en el primero.

En nuestro estudio existen 6 casos de intento de suicidio, aunque 2 no están perfectamente garantizados. Por tanto, un 25% ha hecho al menos un intento. Es de destacar que los 4 casos son mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y 15 años, siendo su media igual a 14,25 años.

Trastornos alimenticios

También ha sido muy estudiada la relación entre los trastornos alimenticios (anorexia nerviosa en particular) y el Trastorno Depresivo Mayor, basándose en:

- a) Frecuencia con que se presentan síntomas depresivos en sujetos que tienen o han tenido una Anorexia Nerviosa.
- b) Respuesta de algunas pacientes anoréxicas a los antidepresivos tricíclicos o a la terapia electroconvulsiva.
- c) Frecuencia con que ocurren cierras anormales fisiológicas en ambos trastornos.
- d) Estudios que muestran una mayor incidencia de familias con trastornos depresivos en pacientes anoréxicas en comparación con sujetos control.

Althshuler y Weiner (1985) afirman que las pacientes correctamente diagnosticadas de Anorexia Nerviosa mostrarán a la vez cinco de los signos requeridos para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor, esto es: pérdida

de peso, poco apetito, disminución del interés libidinal, sentimientos de culpabilidad o remordimiento, e hiper o hipoactividad. Además, las pacientes anoréxicas presentarán un ánimo disfórico. Con respecto a otras líneas de investigación, éstas no han evidenciado relación alguna entre Anorexia Nerviosa y Trastorno Afectivo Mayor. La enuresis, los ataques de pánico y la narcolepsia responden al tratamiento con antidepressivos tricíclicos. Es cierto que la terapia electroconvulsiva es eficaz según estos autores en el tratamiento de la Depresión con melancolía y en casos de Anorexia Nerviosa, pero también en el tratamiento de episodios maníacos y de esquizofrenia aguda.

En cuanto a las anomalías endocrinas, tanto en pacientes deprimidos como en anoréxicas existe supresión de la dexametasona, pero esto también se produce en personas que han perdido peso, en muchos tipos de enfermedades sistémicas y en alcohólicos.

Herzog (1984) realizó un trabajo sobre frecuencia y severidad de síntomas depresivos con 82 pacientes, todas ellas mujeres, de las cuales 27 eran anoréxicas y 55 bulímicas, hallando un alto porcentaje de sujetos con un Trastorno Depresivo Mayor asociado, aunque el porcentaje de anoréxicas que puntuaron en todas las medidas de depresión que se tomaron fue mayor que el de bulímicas.

Cooper y Fairburn (1986) opinan que, más que tener un sentido primario, muchos de los síntomas depresivos y ansiosos que presentan las pacientes con Bulimia Nerviosa son probablemente secundarios a los trastornos alimenticios.

Swift, Andrews y Barklage (1986) en una revisión que hacen sobre las diferentes líneas de investigación de la relación entre los trastornos alimenticios y los trastornos afectivos, concluyen que ambos fenómenos están relacionados, aunque se desconoce actualmente la naturaleza de dicha relación.

En este trabajo, 5 niños (31,25%) presentaban un trastorno alimenticio (1 bulimia y 4 pérdida de apetito o anorexia) asociado al trastorno afectivo.

Otras variables

Otros factores que se han señalado en la literatura revisada como intervinientes en el diagnóstico de la Depresión Infanto-Juvenil son la separación conyugal (Polaino. Lorente y Domenech Llaberia, 1988; Angold, 1988), la pérdida de uno o ambos padres (Angold, 1988) y los trastornos psiquiátricos paternos. Con respecto a este último factor, Angold señala que un amplio rango de trastornos psiquiátricos son más comunes en niños con padres perturbados psiquiátricamente que en niños con padres normales. También destaca que existe un aumento del riesgo de padecer un trastorno depresivo en hijos de padres deprimidos. En el presente estudio, dentro del grupo deprimido en 6 casos (37,5%) y dentro del grupo no deprimido en 43 sujetos (36,13%), sí estaba presente algún tipo de perturbación psiquiátrica, siendo lo más frecuente el alcoholismo de alguno de los padres, especialmente del padre, y trastornos afectivos o de ansiedad, principalmente de la madre.

En cuanto a los problemas matrimoniales importantes o a la separación conyugal, una u otra variable aparecía en el 37,5% del grupo deprimido y en el 15,97% del grupo no deprimido. Parecen ser, por tanto, factores de riesgo para los trastornos afectivos.

La ausencia de uno de los padres por muerte o por ser hijo de madre soltera estaba presente en el 5,04% del grupo no deprimido y en el 6,25% del grupo deprimido.

En consecuencia, podría inferirse alguna asociación entre los problemas matrimoniales / separación conyugal / ausencia de uno de los padres o la patología psiquiátrica paterna y los trastornos psiquiátricos en general, y más concretamente los trastornos afectivos en el niño o adolescente, si se dispusiesen más datos para poder contrastar estas hipótesis.

CONCLUSIONES

De los datos que se desprenden del presente

estudio, los Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia afectan más a las mujeres que a los hombres, al igual que ocurre en los adultos.

Aunque no se ha logrado establecer una asociación entre depresión y edad, los trastornos afectivos aparecen más frecuentemente a partir de los 10 años.

A pesar del avance en los criterios diagnósticos, el número de diagnósticos realizados no varía mucho de un año a otro.

El número de hermanos se distribuye de igual modo en el grupo de niños y adolescentes deprimidos que en otros trastornos psiquiátricos y prácticamente igual que ocurre en la población general.

No existe relación entre los trastornos psiquiátricos en general y la posición que ocupa el paciente entre sus hermanos. El 37,5% de los niños y adolescentes deprimidos son primogénitos y el 31,25% benjamines.

Existen diferencias significativas en los síntomas depresivos que presentan ambos grupos. Dentro del grupo deprimido no se han hallado diferencias significativas en la sintomatología depresiva en función de la edad y del sexo. Los síntomas más frecuentes que presentan los niños y adolescentes diagnosticados de depresión son: ánimo deprimido, dificultades de comunicación, trastornos del sueño y escasa autoestima.

Los trastornos afectivos constituyen un factor de riesgo de los intentos de suicidio.

Bibliografías

1. ALTSHULER, K.Z. y WEINER, M.F. Anorexia Nervosa and Depression: a dissenting view. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142(3), 328-332.
2. ANGOLD, A. Childhood and adolescent depression. *Brit. J. Psychiatry*, 1988, 152, 601-617.
3. CANTWELL, D.P. y CARLSON, G.A. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Ed. Martínez Roca,

Barce lona, 1987.

4. CONDE LOPEZ, V. y BALLESTEROS ALCAIDE, M.C. Criterios diagnósticos de las depresiones infantiles. *An. Psiquiatría*, 1988, 4 (2), 67-73 y 4 (3), 106-117.
5. COOPER, P.J. y FAIRBURN, C.G. The depressive symptoms of Bulimia Nervosa. *Brit. J. Psychiatry*, 1986, 148, 268-274.
6. FRANK, E., CARPENTER, L.L. y KUPFER, D.J. Sex differences in Recurrent Depression: are there any that are significant? *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145 (1), 41-45.
7. HERZOG, D.B. Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141 (12), 1594-1597.
8. KASHANI, J.H. y CARLSON, G.A. Seriously depressed preschoolers. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144 (3), 348-350.
9. KASHANI, J.H., HOLCOMB, W.R. y ORVASCHEL, H. Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143 (9), 1138-1143.
10. KASHANI, J.H., RAY, J.S. y CARLSON, G.A. Depression and depressive like states in preschool-age children in a child development Unit. *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141 (11), 1397-1402.
11. KREUZ, A., CATALA ANGEL, M.A. y QUILLES LLORET, J. Ensayo de una visión evolutiva de la depresión infanto-juvenil. *An. Psiquiatría*, 1985, 1 (4), 145-149.
12. MARDOMINGO, M.J. y KLOPPE, S. Antidepresivos en la infancia y adolescencia. *Farmacología del SNC*, 1989, 3 (2), 17-22.
13. POLAINO-LORENTE, A. y DOMENECH-LLABERIA, E. La depresión en los niños españoles de 4.º EGB. Laboratorios Geigy, Barcelona, 1988.
14. ROBBIN, D.R. y ALESSI, N.R. Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142 (5), 588-592.
15. RYAN, N.D. PUIG-ANTICH, J. y AMBROSINI, P. The clinical picture of Major Depression in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987, 44, 856-861.
16. SWIFT, W. J., ANDREWS, D. y BARKLAGE, N.E. The relationship between Affective Disorder and Eating Disorders: a review of the literature. *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143 (3), 290-299.

Intentos de suicidio en la infancia

J.L. Jiménez*; A.B. Yoller**; M. Sastre***
Vizcaya

RESUMEN:

El trabajo aporta datos sobre los intentos de suicidio en la población infanto-juvenil de entre los 8 y 15 años.

Se recogen registros sobre diversas variables demográficas y clínicas.

Parece consolidarse la tendencia de aumentar la conducta autolítica conforme avanza la edad. Según los autores, explican tal fenómeno por la baja incidencia del síndrome depresivo en las edades infantiles.

Asimismo, se especula sobre factores protectores como la protección del ambiente familiar, escolar y el nivel de desarrollo cognitivo.

También se aborda el problema del modelaje en la conducta suicida, y las consecuencias de los déficit de patrones referenciales.

Palabras clave: Suicidio infantil. Epidemiología Suicidio.

INTRODUCCIÓN

En 1986 el Dr. Carlos Cobo Medina publicó una serie de datos sobre las estadísticas suicidarias de niños españoles que, además de llamar sobremanera la atención, explican el camino seguido hasta que la depresión infantil se ha convertido en una enfermedad universalmente aceptada (1).

Al abordar las estadísticas oficiales españolas desde 1906 a 1982, Cobo señala que desde la década de los setenta se detecta una tendencia del fenómeno suicidario (suicidios e intentos) a la alza, que se nutre sobre todo de los más jóvenes. De todos modos, llama la atención la constancia anual de la tasa de suicidios, que sólo manifiesta cambios significativos a lo largo de décadas (1 y 2). Con respecto a nuestro país, la opinión más generalizada es que mientras que los suicidios consumados se han mantenido en la misma proporción, las tentativas de suicidio han crecido notablemente a expensas de los adolescentes (3).

Es muy difícil para la sociedad aceptar el suicidio infantil. La epidemiología nos dice que su porcentaje es inferior al de los adultos (4). Su significación es mucho más dramática. En general, se estima que por cada suicidio consumado hay diez tentativas autolíticas, para todas las edades (5).

* Psiquiatría Infantil. Hospital de Cruces - Baracaldo.
** Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol.
*** Psicología infantil. Universidad Pontificia, Salamanca.

Hemos buscado entre nuestras urgencias psiquiátricas los pacientes que tenían como motivo de consulta un intento suicida. El estudio de sus características, y las intervenciones psiquiátricas realizadas constituyen el presente trabajo.

terísticas de los intentos de suicidio (Tabla II), el tipo de enfermedades psiquiátricas asociadas en 21 de los 28 casos (74,7%), y, — por último — las distintas intervenciones psiquiátricas realizadas en el total de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS

La recogida de casos comenzó en Enero de 1988. Los 28 pacientes que se nos consultaron desde entonces por haber tenido un intento autolítico constituían el 13,8% de todas las urgencias atendidas por psiquiatría infantil. De ellos, 18 eran mujeres (64,3%), y 10 varones (35,7%). Las edades oscilaban entre los 8 y los 15 años, siendo la edad media de 13,5 años (D. S.=3,4).

Un protocolo de recogida retrospectiva de datos socio-demográficos y clínicos, extraídos de las 28 historias clínicas, nos ha permitido obtener los resultados que se reflejan en la Tabla I.

TABLA I

Variables socio-demográficas y clínicas de los 28 casos

Variable	n.º de pacientes	porcentaje
a) PACIENTES		
cambios previos de hábitat	22 casos	78,5%
cambios previos de colegio	24 casos	85,7%
problemas escolares	18 casos	64,2%
trastornos psiquiátricos	21 casos	74,7%
enfermedades médicas	7 casos	25%
tentativas autolíticas previas	2 casos	7,1%
b) FAMILIAS		
desajuste familiar	12 casos	42,8%
divorcios	1 caso	3,5%
distocia social	4 casos	14,2%
enfermedades médicas	10 casos	35,7%
enfermedades psiquiátricas	16 casos	57,1%
antecedentes autolíticos	7 casos	25%
paro laboral	3 casos	10%

Otras variables analizadas han sido el tamaño y el lugar ocupado en la fratria, las caracte-

TABLA II

Características de los 28 intentos de suicidio

Intoxicación medicamentosa: 20 casos (71,4%)

- Polifármacos: 7 casos
- Benzodiacepinas: 5 casos
- Barbitúricos: 3 casos
- Antiinflamatorios: 4 casos
- Anticonceptivos: 1 caso

Envenenamiento: 1 caso (amoníaco): 3,5%

Defenestración: 4 casos (14,2%)

Arrojarse a un vehículo: 1 caso (3,5%)

Ahorcamiento: 2 casos (7,4%)

RESULTADOS

Muy pocos niños menores de 12 años intentan el suicidio (6), pero las conductas autolíticas son mas frecuentes conforme aumenta la edad, hasta la adolescencia (7). En nuestra muestra, siete de los 28 casos eran menores de 12 años (25%), quedando el resto situado entre los 13 y los 15 años.

La baja incidencia de actos suicidarios en la infancia se explica por la baja incidencia de la depresión entre los niños. Esta asociación se producía en 15 casos (35,5%) de la muestra, como puede verse en la (Tabla III), donde se resumen las enfermedades psiquiátricas encontradas en 21 de los 28 pacientes (74,7% del total). Asimismo, la familia, el colegio y el ambiente suelen ofrecer un entorno protector que evita los actos suicidarios. No ocurría así solamente en 4 de los pacientes (14,2%). Un tercer factor protector es el nivel de madurez cognitiva que una decisión suicida exige, y que sólo puede verse a partir de determinadas edades, sobre todo desde la pubertad.

TABLA III

Enfermedades psiquiátricas asociadas (N=28)		
Enfermedad	Número de casos	Porcentaje
Depresión	15 casos	53,5%
Trastornos por ansiedad	1 caso	3,5%
Anorexia Nerviosa y Bulimia	2 casos	7,1%
Trastornos de Conducta	2 casos	7,1%
Psicosis	1 caso	3,5%

Total: 21 casos (74,7% del total)

El suicidio es más frecuente en varones que en mujeres para todas las edades (8). Sin embargo, los intentos autolíticos con psicofármacos parecen ser privilegio de las mujeres (9), siendo los varones que intentan suicidarse «mas psicopatológicos» (10). En el grupo estudiado, las mujeres predominaban: 18 casos (64,3%), sobre todo en lo referente a tentativas.

Medicamentosas: 17 de 20 casos (61%). La diferenciación entre enfermedades psiquiátricas asociadas no parecía ser significativa entre los dos sexos.

Muchos autores relacionan las mayores tasas de suicidio actuales, nutridas sobre todo a partir de los adolescentes, con una mayor presión junto a la limitación de recursos educativos y de trabajo posterior al tiempo escolar y universitario (11). Esto, que puede traducirse mejor como fracaso o riesgo de fracaso escolar para edades mas tempranas, se producía en 18 (64,2%) de los pacientes.

El método empleado preferentemente fué la intoxicación medicamentosa (20 casos: 71,4%), seguido por las tentativas de defenestración (4 casos: 14,2%), el ahorcamiento (2 casos: 7,4%), y por último por el envenenamiento y por el intento de arrojarse a un vehículo en marcha, con un caso cada uno.

SHAFFER (12) estudió los factores precipitantes previos al intento autolítico, encontrando como más frecuente las crisis de disciplina, — por ejemplo, cuando se obtienen malos resultados escolares o cuando el profesor indica al paciente que debe llevar a sus padres una nota relacionada con mal comportamiento —. En nuestra muestra, tal situación se produjo en 5

pacientes (17,8%), siendo el grupo más numeroso de acontecimientos precipitantes encontrado la presencia de discusiones familiares (28,5%). También se hallaron discusiones con amigos en 3 pacientes (10,7%), desencuentros amorosos en 2 (7,1%), abusos sexuales previos en otros dos niñas, habiéndose producido por último una ingesta de amoníaco tras un episodio bulímico. Pocos estudios se han podido realizar acerca de la personalidad de los niños que intentan suicidarse (12). De ello, se han extraído cuatro subgrupos característicos: 1 — niños irritables y sensibles a las críticas; 2 — niños impulsivos e hiperactivos; 3 — pasivos, aislados, de difícil introspección; y 4 — niños perfeccionistas, con un alto nivel de exigencias y preocupados por uno posible fracaso. La mayoría de los autores que han estudiado el carácter de estos niños coinciden en asociar un cierto grado depresivo en la mayoría de ellos (13). Del estudio realizado a los 28 pacientes que componen la muestra — y como puede verse reflejarse en la (Tabla III) — se deduce que la mayoría (74,7%) tenían alteraciones en el desarrollo de la personalidad, y que un significativo porcentaje (15 de 21 casos psicopatológicos) presentaban síntomas depresivos.

En el estudio de SHAFFER (12) se vio la relativa escasez de enfermedades médicas asociadas al suicidio. Nuestro grupo coincidía en este hallazgo: siete casos (25%) tenían alguna enfermedad somática siendo la más frecuente el asma (3 casos), seguida por las enfermedades ortopédicas (2 casos).

Un análisis de los cambios sufridos por los niños y adolescentes suicidas previamente, nos indicó que el desarraigo podía ser un factor a tener en cuenta, dado que 22 de los pacientes (78,5%) habían cambiado más de una vez de hábitat sumando en total 39 cambios; mientras que 24 casos (85,7%) lo habían hecho de colegio, con un total de 57 cambios escolares globalmente.

La mayoría de los pacientes: 24 (85,7%) vivían con los dos padres naturales. Dos casos vivían con uno de los padres, viudo, y los padres de un último paciente estaban divorciados. Solamente 3 padres (10%) estaban en situación de

paro laboral, dándose la circunstancia de que en 16 familias (58%) ambos padres trabajaban. El 58%, asimismo, habían consultado al psiquiatra por algún miembro familiar de primer grado. Por último, a pesar de la dificultad existente para recoger datos de antecedentes familiares autolíticos, hay que reseñar que 7 casos (25%) del total los tenían.

DISCUSIÓN

A partir de la década de los 70 es cuando se aprecia en nuestro país un aumento de las tentativas de suicidio, siendo las mujeres adolescentes sus principales protagonistas. Ello se produce en base a la eclosión del mercado farmacológico y, promordialmente, psicofarmacológico; y de los cambios que se han ido superponiendo en la sociedad española, situando el conflicto intergeneracional femenino entre los primeros temas de la actualidad social. Pero las jóvenes tienen que buscar modelos adultos femeninos acordes con las circunstancias. La dificultad para encontrarlos y el cambio que supone siempre la pubertad y la adolescencia sitúan este grupo de edad entre los de alto riesgo para los intentos autolíticos (1). A la hora de elegir los métodos, las adolescentes se muestran ambivalentes y, por ello, los métodos empleados son menos mortíferos que los usan los chicos.

En edades más tempranas ocurre un fenómeno similar. El número de intentos de suicidio que recoge Cobo Medina (1) en su revisión de 1986 para menores de 13 años, es de 11 varones y de 28 mujeres, haciendo un total de 39 tentativas. Estas, que se corresponden con nuestros datos, conforman un porcentaje muy inferior al número de intentos en edades comprendidas entre los 13 y los 18 años: 7 varones y 72 mujeres (en total 79 casos). Hoy, es nuestra impresión que esta diferencia entre grupos de edad ha aumentado sensiblemente.

Uno de los problemas que más preocupan a los pediatras a los que se consulta un intento de suicidio es el prevenir recidivas. Por ello, se han dividido las tentativas autolíticas en los grupos

(14):

1.º — Los intentos más peligrosos son aquellos que se dan asociados a una enfermedad psiquiátrica, quienes presenten mayor número de problemas psicosociales, en edades más tardías de la adolescencia o que empleen métodos potencialmente más letales. En este primer grupo, entrarían 10 (35,7%) de los 28 casos.

2.º — Intentos menos peligrosos, precipitados por una crisis emocional de relación con padres, profesores o amigos, en los que hay menos evidencia de enfermedad psiquiátrica, que suelen ser más jóvenes, del sexo femenino. Este grupo (18 pacientes: 64,3%) se trata intentando cambiar sus circunstancias inmediatas. Una segura psicoprofilaxia de recidivas exige al menos 12 meses de seguimiento.

Los niños suicidas y los que intentan el suicidio tienen más síntomas psiquiátricos, y sobre todo, más síntomas depresivos que los no suicidas. Por estudios comparativos (15), se ha confirmado que la mayoría de niños y adolescentes suicidas tiene algún tipo de trastorno amocional. Entre sus padres es más frecuente la depresión, la ausencia de comunicación familiar y las respuestas agresivas que entre la población normal. En nuestra muestra, los padres depresivos eran mayoría entre los antecedentes psiquiátricos familiares (5 madres y 1 padre: 6 casos), seguidos de cerca por los trastornos por ansiedad (4 casos), por los utilismos (3 padres), las toxicomanías (2 hermanos) y los trastornos de la personalidad (1 padre). En total, tenían una enfermedad psiquiátrica familiar 16 casos (57,1%).

No parece afectar tanto como se temía el aumento de las familias incompletas respecto de las completas. No obstante, la conflüivide conyugal velada es más frecuente entre los padres de los niños suicidas, que entre los padres de niños no suicidas.

No se hereda el suicidio, pero sí se dá mucho mas frecuentemente en familias que ya tienen un miembro suicidado. Es el duelo imposible de hacer, lleno de misterio porque nunca se puede hablar de él. Todo ello puede contribuir a la identificación inconsciente patológica con el suicida.

Se producen 10 tentativas por cada suicidio consumado (1). A pesar de la escasez de estudios realizados sobre el porcentaje de recidivas, se sabe que tienden a repetirse si no se previenen. Lo más problemático es que el intento quede oculto, como si hubiera sido una anécdota. El riesgo de repetición aumenta, además, si hay antecedentes familiares de suicidio, si el método ha sido potencialmente letal, si hay una psicopatología demostrada, o una premeditación suicida, o si el paciente tiene 13 años o más.

El tratamiento pasa por varias etapas: en primer lugar, está el periodo de contacto (o periodo de cristal) en el que la intervención psicoterapéutica está orientada para evaluar el estado mental del niño, la situación familiar, el estado psiquiátrico de los padres y la naturaleza de las interacciones familiares. Hay que tener en cuenta la delicada situación por la que pasan los padres de un niño que ha hecho unatentativa autolítica, en el momento en que se reencuentran con él. Todos tienen miedo, entonces, al manejo de la agresividad latente hacia el niño. El temor debería prevenirse por hablar antes con ellos, o por asistir al momento de reencontrarse con su hijo.

La perplejidad de los padres se basa en el hecho de que se viera venir. Los suicidas efectivamente, no siempre estaban pasando una depresión cuando se produce la conducta autolítica, y desde luego, si la estaban pasando, no era de forma abierta y consciente para su entorno. Tras el mismo, hay que dar la importancia que se merece al intento de suicidio. De hecho, todos sabemos la significación que los avisos y amenazas tienen para la prevención del suicidio. Pero, la mayoría de los intentos son más veces impulsivos que premeditados, por lo que su profilaxis se hace más difícil todavía.

En segundo lugar, dentro del tratamiento de estos pacientes, utilizamos la terapia de conducta y las terapias familiares para reducir el posible conflicto padres-hijo. Asimismo, habrá que corregir las ideas irracionales que el niño tenga acerca del mundo y de sus opciones.

La inoculación de estrés, el entrenamiento asertivo y el modelado son otras técnicas de uso

corriente en estos casos. Todo el se hace en un primer encuentro en el que se busca la aproximación afectiva al paciente. Hay que apoyar y vincular el Y o del chico o chica, por lo que vale en sí, no por el valor que puede tener la vida en abstracto.

El pronóstico, no obstante, vá mas allá de prevenir la reincidencia. Se trata de hacer un pronóstico del futuro del paciente, en todas las dimensiones de su personalidad. Habrá que valorar, pués la capacidad de supervivencia, de auto-protección que él tenga que los padres por medio de la comunicación del afecto, esas cosas en las que los suicidas no creen, puedan restituirle.

CONCLUSIONES

El suicidio y los intentos autolíticos son difíciles de creer en niños. Muchas veces no se aceptan mas que como accidentes. Sus porcentajes epidemiológicos son menores que los de los adultos, pero su significación es mucho más dramática. Para todas las edades se estima que se produce una proporción de 10 tentativas autolíticas por cada suicidio consumado. Tras el análisis de los datos del estudio, se concluye que los intentos actuales de suicidio se producen más en mujeres adolescentes o puberales, y con método de intoxicación farmacológica preferentemente. No se puede dar un retrato robot de los niños suicidas, pero hemos comprobado como factores de riesgo los múltiples cambios de colegio y de hábitat, la escasez o ausencia de comunicación familiar, la existencia de antecedentes autolíticos en la familia, la depresión entendida como vulnerabilidad narcisística de la mayoría de éstos niños, y el surplús de estrés ambiental que la infancia y la juventud está tolerando en los tiempos modernos. El seguimiento durante un año, con los métodos terapéuticos que se vean mas adecuados asegura la prevención de recidivas en los intentos de suicidio que se produzcan en la infancia si se sabe reparar los vacíos que la ausencia de un adecuado instinto de conservación ha dejado en estos niños.

Bibliografía

1. COBO MEDINA C.: «Estadísticas y reflexiones sobre actos-suicidarios en niños adolescentes españoles». *Re. Psiquiatr. Psicol. Med.*; 17: 253-263; 1986.
2. COBO MEDINA C.: «El suicidio infanto-juvenil en España». *Tribuna Médica*; números 933, 934, y 935; 1982.
3. SANCHEZ CANO M.: «Tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia». *Jano*; 399: 66-69; 1979.
4. RICH C.L., YOUNG D. y FOWLER R.C.: «San Diego suicide study. I. Young vs. old subjects». *Arch. Gen. Psychiatry*; 43: 577-582; 1985.
5. BROWN J.H.: «Suicide in Britain: more attempts, fewer deaths; lessons for public policy». *Arch. Gen. Psychiatry*; 36: 1119-1124; 1979.
6. SHAFFER D. y FISHER P.: «The epidemiology of suicide in children and young adolescents». *J.A. Acad Child Adol. Psychiatry*; 20: 545-565; 1981.
7. SHAFFER D. «Depresión, manía and suicidal acts». En *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. Second Edition*. Eds.: Rutter y L. Hersov, págs. 698-791, Blackwell Scientific Publications, Edinburgh, 1985.
8. SEGAL B.E. y HIMPHREY J.: «A comparison of suicide victims and suicide attempters in New Hampshire». *Dis. Nerv. Syst.*; 31: 830-838; 1970.
9. GOULD R.E.: «Suicide problems in children and adolescents». *A.M. J. Psychother.*; 21: 228-245; 1965.
10. OTTO Y.: «Suicidal attempts in adolescence and childhood. States of mental illness and personality variables». *Acta Paedopsychiat.*; 31: 391-411; 1974.
11. HOLLINGER P.C. y OFFER D.: «Prediction of adolescent suicide: a population model». *A.M. J. Psychiatry*; 37: 519-523; 1982.
12. SHAFFER D.: «Suicide in childhood and early adolescence». *J. Child Psychol. Psychiatry*; 45: 406-451; 1974.
13. SANBORN D.E., SANBORN C.J. y CIMBOLIC P.: «Two years of suicide: a study of adolescent suicide in New Hampshire». *Child Psychiat. Hum. Dev.*; 3: 234-242; 1974.
14. CHOQUET M., FACY F. y DAVIDSON F.: «Suicide and attempted suicide among adolescents in France. En *The Suicide Syndrome*. R. Farner y S. Hirsch (eds.); págs.: 73-89; Croom Helm Ltd., Londres, 1980.
15. MCINTYRE M.: «The epidemiology and taxonomy of suicide». En *Suicide Attempts in Children and Youth*. M. McIntyre y C.R. Angle (eds.), págs.: 1-23; Harper & Row Hagerstown, 1980.

Trastornos emocionales en la dislexia específica: una perspectiva neurocomportamental

J.A. Portellano Pérez*, M. García de León**

Madrid

RESUMEN:

Se han estudiado determinadas variables comportamentales (trastornos del sueño, enuresis y trastornos oralimenticios) y rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y conducta asocial) en un grupo de 42 disléxicos (GE), subdivididos en disléxicos puros (DP) y disléxicos impuros (DI), según presentasen únicamente dislexia o sintomatología hiperkinética añadida al cuadro disléxico. El grupo de control (GC) estaba constituido por 23 niños y niñas con normal eficiencia lectora.

Los resultados reflejan mayores tasas de neuroticismo, psicoticismo y conducta asocial en el cuestionario EPQ-J, así como una incidencia significativamente mayor de trastornos alimentarios, del sueño y de enuresis nocturna en el grupo de disléxicos, siendo mayores las alteraciones de los disléxicos hiperkinéticos. Se rela-

cionan estos resultados no sólo con factores psicorreactivos o cognitivos, sino con la existencia de trastornos neurofuncionales que afectarían a la integración de estructuras corticales y subcorticales en la dislexia específica.

Palabras clave: Dislexia. Trastornos emocionales. Disfunción cerebral.

ABSTRACT

Psychopathological symptoms (sleep and eating disorders, enuresis, neuroticism, psychoticism, extroversion and antisocial behavior), are studied in developmental dyslexic and normal readers children. Dyslexic were divided in two subgroups: with and without hyperkinetic syndrome associated. Results reflect higher levels of sleep and eating disorders, enuresis, neuroticism, psychoticism and antisocial behavior in dyalexic group, specially in hyperkinetic sy-lexic children.

These results are related not only with cognitive and psycho reactive causes but also with neurofunctional disorders among dyslexics, related with cortical/subcortical association troubles in the Nervous System.

* Depart. de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Madrid.

** Servicio de Neurofisiología. Hospital Gómez Ulla. Madrid.

Key words: Dyslexia. Emotional disorders. Brain Dysfunction.

INTRODUCCION

Desde los comienzos del estudio científico de la dislexia, hace varias décadas, se admite la vinculación existente entre este cuadro y factores de personalidad en el sujeto. La relación entre personalidad y dislexia ha sido estudiada desde varias perspectivas psicológicas.

El psicoanálisis admite que los síntomas disléxicos son la expresión de una conflictividad intrapíquica no resuelta por el niño. Harris (1) ha señalado hasta diez factores de personalidad que por sí solos contribuirían a generar un trastorno lector específico. Dentro de esta perspectiva psicodinámica, Muchielli y Bourcier (2), definen a la dislexia como un estado patológico provocado por la exigencia de tener que leer, consecuencia de un yo débil, que a su vez debe a una deficiente relación vivenciada con el universo circundante desde los primeros meses de vida del sujeto. Lobrot (3) afirma que el disléxico tiene un rechazo hacia actividades convergentes, como la lectura, por efecto de déficits emocionales primarios. Para Torras (4) son los problemas psicológicos evolutivos que tienen sus raíces en épocas anteriores al comienzo del aprendizaje lector,

Otros abordajes psicológicos admiten la relación entre personalidad y fracaso lector, de una forma menos radical, señalando únicamente un desajuste psicológico mayor en el disléxico, sin atribuir la causa misma de la dislexia a factores de personalidad. Es esta línea destacan los trabajos sobre autoconcepto en la dislexia (5, 6), que afirman que existe un autoconcepto negativo en los niños con fracaso lector en relación a sus compañeros con normalidad aptitud lectora. Para Chapman y Boersma (6) el autoconcepto negativo se extiende más allá de la actividad lectora abarcando al conjunto de actividades que realiza el niño con fracaso lector.

Una línea de investigación sobre la personalidad del disléxico es la referente a la indefen-

sión aprendida (7,8). Para Dweck y Repucci (8) los niños con fracaso lector tienen actitudes similares a las del adulto con un cuadro de indefensión aprendida: el repetido fracaso lector produciría en ellos no solo un autoconcepto negativo, sino la creencia de que son incapaces de controlar los acontecimientos. Este fenómeno justificaría la existencia de mayores trastornos emocionales.

Otro grupo de autores considera los trastornos emocionales de la dislexia como psicorreactivos al fracaso lector. Para Critchey (9) las dificultades emocionales de la dislexia son reactivas a esta y desaparecen de forma espontánea cuando el niño mejora en su aptitud lectora. Bryan, Sonnenfeld y Grabowski (10) encuentran unos mayores niveles de ansiedad entre los dialéxicos que entre niños con normal capacidad lectora.

Objetivo del estudio

El objetivo es estudiar la existencia de trastornos emocionales y comportamentales en la dislexia, intentando relacionar la existencia de los mismos con disfunciones del Sistema Nervioso. Admitiendo la mayor tasa de alteraciones emocionales en la dislexia, y limitándonos al caso de la dislexia específica (*developmental dyslexia*), pretendemos estudiar sus características y la posible vinculación con factores neurofuncionales,

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

El grupo experimental está formado (GE) por 42 niños y niñas entre ocho y once años, con un promedio de edad de nueve años y cuatro meses. Todos ellos fueron diagnosticados de dislexia específica, siguiendo los criterios de la clasificación de enfermedades mentales DSM-III (R). El GE se dividió en dos subgrupos, denominados «disléxicos puros» (DP) y «disléxicos impuros» (DI). Los disléxicos puros eran 22 sujetos con

diagnóstico de dislexia específica. Los disléxicos impuros eran los restantes 20 casos, que presentaban trastornos por déficit de atención junto al diagnóstico de dislexia.

El grupo control (GC) está formado por 23 niños y niñas con una edad media de nueve años y cuatro meses. La muestra se seleccionó al azar, eliminando aquellos casos que presentaban trastornos neurológicos, lingüísticos o emocionales.

Metodología

A todos los sujetos del experimento se les aplicó una batería de pruebas compuesta por:

— Cuestionario de trastornos comportamentales para padres, que comprendía el registro de una serie de trastornos referentes a sueño, esfera oroalimenticia, trastornos del control esfinteriano, que presentase el niño en el momento actual.

— Cuestionario de Personalidad de Eysenck para niños EPQ-J, en edición española (10). Dicho cuestionario comprende escalas de neuroticismo, extraversión, psicoticismo y conducta asocial, así como una escala de sinceridad.

La selección de la muestra de disléxicos se hizo al azar entre los sujetos que acudían a consulta en el Hospital Instituto San José. El diagnóstico fue llevado a cabo por un equipo formado por psicólogo clínico, neuropsiquiatra y logopeda. El grupo de lectores normales procedía de un colegio de la misma zona (oeste de Madrid), donde está ubicado el Hospital Instituto San José. Se eliminaron aquellos casos con Cociente Intelectual inferior a 90 puntos en los sujetos del grupo experimental y en los de control. El estatus sociocultural de los sujetos era medio-bajo en todos los casos.

La aplicación de las pruebas se llevó a cabo en las dependencias del Servicio de Psicología del Hospital Instituto San José, en horario matinal.

RESULTADOS OBTENIDOS

El GE presenta mayores porcentajes de enuresis, trastornos del sueño, trastornos de la esfera

oroalimenticia y puntuaciones más elevadas en las escalas de neuroticismo, extraversión, psicoticismo y conducta asocial. Los disléxicos hipercinéticos (DI) obtienen alteraciones comportamentales mayores que en los disléxicos sin hipercinesia (DP).

TABLA I

	DI	DP	DE	GC	P
Trastornos del sueño	40	30	36	8	0,01
Trastornos de la esfera oroalimenticia	9	5	7	1	0,01
Trastornos del control de esfínteres	36	26	32	3	0,01

Trastornos comportamentales en disléxicos con hipercinesia (DI), disléxicos sin hipercinesia (DP), disléxicos totales (DE) y lectores normales (GC). La P expresa la diferencia estadística entre el grupo total de disléxicos y el grupo de control.

Los resultados se presentan en la Tabla 1 y en todos los casos aparecen diferencias con significación estadística ($P < 0,01$).

DISCUSION

Los resultados ponen de manifiesto una mayor presencia de trastornos neurocomportamentales y de alteraciones emocionales en el grupo de disléxicos, en comparación con los lectores normales. Las tasas más elevadas de neuroticismo en el Cuestionario de Eysenck parecen indicar un mayor estado de ansiedad entre los lectores deficientes, siendo estos hallazgos similares a los encontrados por Bryan (10). No hay estudios que informen de las mayores tasas de psicoticismo (dureza emocional) ni conducta asocial entre lectores deficientes, pero se deriva que existen dificultades emocionales que no pueden ser

Agenda

XXXI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Desarrollo psicosocial del niño de 6 a 11 años
Zaragoza, 7, 8 y 9 de mayo del 1992.

Secretaría: Hospital Clínico Universitario.
Planta 11. Tel.: 55 97 95

C/ San Juan Bosco, 15 – 50009 ZARAGOZA

VIII Reunión anual de la Asociación Española de Psicodrama.

Días 1 al 3 de mayo.

Inf. Apdo. Correos, 260 – 08190 Sant Cugat
del Vallès (Barcelona) Tel.: 589 22 77

VI Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría.

Inf. Passeig de Gràcia, 35 – 08007 Barcelona

Días 4 al 7 de noviembre

Tel.: 215 44 77

XIII Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría Social.

Días 9 al 13 noviembre

Inf. Tel.: 414 01 14 Barcelona.

explicadas únicamente como fenómenos psicorreactivos en el disléxico. La autoimagen de los lectores deficientes está modelada de forma negativa, lo que explicaría la presencia de dificultades de adaptación profunda y de adaptación social. Pueden ser explicados estos trastornos desde perspectivas como la indefensión aprendida y el autoconcepto alterado negativamente, ya que los factores cognitivos del disléxicos resultan distorsionados de forma paulatina desde el momento en que el aprendizaje de la lectura les impide un normal rendimiento escolar.

Sin embargo, parece admitirse que en la base de la dislexia específica existen trastornos neurofuncionales de diferente intensidad (12, 13). Admitiendo la gran importancia de los factores psicorreactivos y cognitivos en la dislexia, no se pueden separar los trastornos emocionales de la patología lectora de las alteraciones neurofuncionales, que afectarían no solo a niveles superiores de integración cortical, sino a otras estructuras del Sistema Nervioso Central ligados al Primer Sistema Funcional propuesto por Luria (14). De esta forma, el Sistema Límbico, como centro regulador de las emociones, estaría en estrecha relación con las mayores tasas de alteración emocional en la dislexia. En nuestro estudio aparecen mayores tasas de trastornos neurovegetativos como las alteraciones del sueño (sonambulismo y terrores nocturnos fundamentalmente) y enuresis nocturna. Perez y Perez (15) ha formulado el «Síndrome D.E.E.» (dislexia, enuresis, electroencefalografía) para explicar la elevada tasa de enuréticos entre los disléxicos: la conducta lectora, como expresión de la actividad cortical, correlaciona con la conducta vegetativa, existiendo una posible asociación entre factores vegetativos y corticales alterados en la dislexia, de forma que — dada la dislexia como síntoma — esta tiende positivamente con mayores tasas de enuresis y alteraciones electroclínicas en el EEG. En un estudio al respecto hemos encontrado un porcentaje de alteraciones en el EEG del disléxico que es tres veces mayor que en los lectores normales.

Los niños disléxicos que además presentaban hipercinesia presentan dificultades neurocom-

portamentales mayores. Diversos autores (16, 17), informan que en la base de la hipercinesia existe una alteración neurofuncional mayor que en la patología lectora simple. La dislexia sin patología añadida se encuentra mas cerca de la normalidad no solo en el grado de integración neurofuncional, sino en cuanto a la integración emocional.

Como conclusión final del trabajo se puede afirmar que existen mayores alteraciones emocionales y neurocomportamentales en la dislexia que dependen no sólo de factores reactivos y cognitivos, sino de una integración diencefálica/cortical deficiente que facilitarí la aparición de mecanismos emocionales descompensados en el disléxico cuando fracasa en la lectura, siendo mayores las alteraciones neurocomportamentales en el disléxicos con hipercinesia a causa de una peor integración de su Sistema Nervioso.

Bibliografía

1. HARRIS, A.J. (1982); «How many kinds of reading disabilities are there?». *Journal of Learning Disabilities*, 15(456-460)
2. MUCHIELLI Y BOURCIER, D. (1979), «La dislexia». Cincel. Madrid.
3. LOBROT, M. (1974): «Alteraciones de la lengua escrita y remedios». Fontanella Ed. Barcelona.
4. TORRAS, E. (1977): «Dislexia: aprendizaje y pensamiento». Ed. Pediátrica. Barcelona.
5. BLACH, W.F. (1974): «Self-concept as related to achievement and age in learning-disabled children». *Child Development* 35 (1137-1140).
6. CHAPMAN, J.W. Y BOERSMA, F.J. (1980): «Affective correlates of learning disabilities». *Lisse, Swets & Zeitlinger*.
7. SELIGMAN, M.E.P. ET AL. (1975): «Learned helplessness in the rat». *Journal of abnormal, comparative and Pshysiological Psychology*. 88 (534-541).
8. DWECK, C.S. Y REPUGGI, N.D. (1973): «Learned helplessness and reinforcement responsibility in children». *Journal of Personality and Social Psychology*. 25 (109-116).
9. CRITCHLEY, M. (1985): «Specific developmental dyslexia». En «Handbook of Clinical Neurology». Vol. 46. Frederics J.A.M. Ed. Elsevier. New York.
10. BRYAN, J.H., SONNENFELD, L.J. AND GRABOWSKI, B. (1983): «The relationship between fear of failure and learning disabilities». *Learning Disability Quarterly*, 5 (217-222).

11. EYSENCK, B. (1978): «Cuestionario de Personalidad EPQ-J. TEA, Madrid.
12. DUFFY, F.H. (1980): «Dyslexia. Automated diagnosis by computerized classification». *Ann. Neurol.*, 7 (421-428).
13. PORTELLANO, J.A. (1988): «Estudio de las funciones cognitivas en la dislexia mediante técnicas de electroencefalografía computarizada». Tesis Doctoral. Universidad Complutense.
14. LURIA, A.R. (1974): «Fundamentos de Neuropsicología. Ed. Fontanella. Barcelona.
15. PEREZ Y PEREZ, D. (1979): «En síndrome D. E.E.». En «Perspectivas actuales sobre dislexia». Ed. Biosique. Madrid.
16. LOVRICH, D., STAMM, J.S. (1983): «Event Related Potentials and behavioral correlates of attention in reading retardation.» *J. Clin. Neuropsychol.* 5/1 (13-37).
17. SHAYWITZ, S.E. ET AL. (1986): «Evaluation of school performance: dyalexia and attention deficit disorder.» *Pediatrician*, 13/2-3 (96-107).

El test del dibujo de la familia en niños enuréticos y encopréticos

M.D. Domínguez; A. Rodríguez; A. Daporte;
C. Bamonde

Santiago de Compostela

RESUMEN

Los autores parten del estudio de 65 enuréticos y 10 encopréticos (6-9 años) consultados en la Unidad de Psiquiatría Infantil del Servicios de Psiquiatría del Hospital General de Galicia, a través del test de la familia, canalizando los planos: gráfico, estructuras formales y contenido, y comparándolos con una muestra de niños normales.

Observaron diferencias significativas entre los niños enuréticos y normales en los 3 planos.

Palabras clave: Test dibujo de la familia: Enuresis: Encopresis.

Los tests basados en los dibujos realizados por los niños, como el de Goodenough, el de Fay, etc., parten del presupuesto de que esta expresión creativa, a través del análisis de sus contenidos, nos permite conocer aspectos de la per-

sonalidad del niño. Para Boutonier (1953) el dibujo del niño expresa algo más que su inteligencia o su desarrollo mental; es una especie de proyección de su propia existencia y de la ajena o, más bien, del modo que se siente existir él mismo y siente a los otros. «El estudio de los dibujos de los niños — añade el mismo autor — nos conduce inevitablemente al propio corazón de los problemas que para él se plantean, de su historias y de las situaciones que vive.»

En lo que se refiere al «test del dibujo de la familia», instrumento fundamental de este trabajo, el libro de L. Corman (1967) describe perfectamente la metodología y las aportaciones que sobre el mismo han hecho diversos autores, por lo cual no vamos a insistir aquí en estos aspectos.

Font (1967) estableció las características cuantitativas referidas a las variables gráficas, formales y de contenido para una muestra de niños de 4.º de E.G.B. (9 años de edad), sin problemas psicológicos, que pueden ser considerados como «normales» en nuestro medio cultural. Son los datos suministrados por este trabajo los que utilizaremos como elementos de control para los de nuestra población de pacientes enuréticos y encopréticos; trastornos, especialmente el primero, muy frecuentes en la clínica psiquiátrica infantil.

Material y metodo

La muestra elegida para este estudio está formada por 65 niños con problemas de enuresis y 10 niños con problemas de encopresis, de edades comprendidas entre los 6 y los 9 años, consultados en la Unidad de Psiquiatría Infantil del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Galicia.

A todos ellos se les pidió, entre otras pruebas, la realización del test de la familia.

Siguiendo la sistemática de Font se analizan los siguientes planos:

— Plano gráfico: tamaño, ubicación, sombreado y borraduras.

— Plano de las estructuras formales: Estratos.

— Plano del contenido: Valorización, supresión y desvalorización.

Una vez obtenidos los datos correspondientes a los distintos planos, para enuréticos y encopréticos, fueron comparados los enuréticos con los normales mediante el estadístico χ^2 (chi cuadrado). En el caso de los encopréticos, dada la escasa dimensión de la muestra, se realizó una simple descripción de los datos.

Los datos, así como los resultados de la prueba estadística — teniendo en cuenta que ésta corresponde únicamente a la comparación de enuréticos y normales — aparecen tabulados en los Cuadros 1, 2 y 3.

Análisis de los resultados

En el Cuadro 1 podemos ver que existen diferencias significativas entre enuréticos y normales en el plano gráfico, en tamaño, ubicación y borraduras.

En cuanto al tamaño, los enuréticos pintan figuras más pequeñas, lo que indicaría una autoimagen insuficiente, sentimientos de inferioridad, retraimiento y una forma autocontrolada de respuesta a las presiones ambientales.

La unicación preferente en la zona inferior realizada por los enuréticos refuerza los datos su-

Cuadro 1

PLANO GRÁFICO

		Enurét.	Encopret.	Normales	X ²	P<
		(%)	(%)	(%)		
Tamaño	Grande	8,9		17,1	84,55	0,001
	Normal	35,5	60,0	69,2		
	Pequeño	55,4	40,0	13,2		
Ubicación	1/3 sup.	32,2	60,0	15,2	8,71	0,05
	1/3 centr.	26,5	30,0	28,8		
	1/3 inf.	41,3	10,0	19,5		
Sombreado	Si	18,5	10,0	28,9	3,30	N.S.
	No	81,5	90,0	71,1		
Borraduras	Si	18,5	10,0	33,6	6,35	0,05
	No	81,5	90,0	66,4		

Cuadro 2

PLANOS DE LAS ESTRUCTURAS FORMALES

		Enurel.	Encopret.	Normales	X ²	P<
		(%)	(%)	(%)		
Estratos	SI	90,7	80,0	65,2	18,11	0,001
	NO	9,3	20,0	34,8		

Cuadro 3

PLANO DEL CONTENIDO

		Enurét.	Encopret.	Normales	X ²	P<
		(%)	(%)	(%)		
Valorización	Padre	36,8	30,0	5,0	77,05	0,001
	Madre	27,5	40,0	1,4		
	Hermanos	6,0	20,0			
	Paciente	22,7	10,0			
Desvaloriz.	Padre	21,0	20,0	4,9	109,56	0,001
	Madre	18,4	10,0	4,9		
	Hermanos	12,2	20,0			
	Paciente	13,5	50,0	2,9		
Supresion	No	28,9	10,0		52,54	0,001
	Padres	18,3	10,0	2,4		
	Hermanos	48,6	70,0	3,0		
	Paciente	20,0	20,0	5,5		

ministrados por el rasgo anterior en el sentido de la inseguridad, la necesidad de apoyo y dependencia e incluso cierta tendencia depresiva. ¿Puede tener que ver con ésto la mejoría que suelen experimentar los enuréticos con el tratamiento de Imipramina?

Un dato que parece poco concordante con lo anterior es el menor porcentaje de borraduras en los enuréticos, que indicaría un cierto grado de satisfacción consciente y que está, sin embargo, en clara correlación con la no existencia de diferencias significativas en el sombreado, lo que parece indicar que los conflictos emocionales son similares a los de los niños normales de su edad.

En el Cuadro 2 podemos ver que existe una diferencia altamente significativa en el plano de los estratos; lo que indicaría una gran distancia emocional entre los miembros de la familia del enurético.

En el Cuadro 3 podemos observar que las di-

ferencias en todos aquellos aspectos que han podido ser comparados, son altamente significativas. Los altos porcentajes que aparecen en los tres aspectos para los enuréticos, en comparación con los normales, indican la alta conflictividad del enurético con su familia. Es especialmente significativa la supresión de celos y la del propio paciente (20%), que viene a reafirmar la propia desvaloración, que ya manifestaba en el plano del tamaño.

Bibliografía

- BOUTONIER (1953). Les dessins des enfants. Editions du Scarakée. (París).
- CORMAN, L. (1967). El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Kapelusz.
- FONT, J.M.L. (1967). Test de la familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar. Oikos-Tan. Buenos Aires.
- HAMMER, E.F. (1969). Tests proyectivos gráficos. Paidós. Buenos Aires.

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente: abordaje cognitivo - conductual

Josep Toro i Trallero

Barcelona

RESUMEN

El autor hace un repaso de las técnicas y los planteamientos integrados en el paradigma cognitivo-conductual aplicándolos al tratamiento de los trastornos de ansiedad. Se enfatiza la plurifactorialidad etiológica y por tanto la razonabilidad de los tratamientos en varias direcciones a fin de actuar en los diversos «engranajes» etiopatogénicos.

Palabras clave: Tratamiento cognitivo-conductual. Ansiedad y cognición. Trastornos de ansiedad. Tratamiento de los trastornos de ansiedad.

INTRODUCCIÓN

En principio todo procedimiento terapéutico nace de hipótesis etiológicas o etiopatogénicas más o menos concretas que suelen integrarse o constituir un modelo del enfermar humano. Las aplicaciones de esos procedimientos terapéuticos, y más concretamente sus resultados, suelen constituir demostraciones empíricas que verifi-

can o no las mencionadas hipótesis. Por ejemplo, la mejora de un trastorno depresivo mediante un fármaco que inhibe la recaptación sináptica de serotonina parece confirmar la hipótesis serotoninérgica del cuadro nosológico en cuestión.

Por supuesto, ese es el paradigma tradicional. En la práctica las cosas son más complejas. Sabemos, por ejemplo, que la normalización de la concentración de serotonina sináptica puede mejorar o curar un trastorno depresivo, pero eso no significa que la causa primaria de dicho trastorno sea la alteración del neurotransmisor. El fármaco puede abordar, y con éxito final, uno de los eslabones de la cadena que, desde la causa primera, conduce al trastorno propiamente dicho. En otras palabras, y aun a riesgo de simplificar excesivamente las cosas, una de las características más estimulantes de la psicopatología/terapéutica actuales es que suele poner de manifiesto la permanente interacción de hechos biológicos y experienciales de tal manera que su separación sólo es explicable en la mayoría de los casos con fines didácticos.

Mas, puesto que debemos hablar del abordaje conductual y cognitivo de los trastornos de ansiedad en infancia y adolescencia, es preciso partir de los principios de dicho enfoque. Recordemos, pues, que el principio básico de la orientación conductual — al igual que de la psico-

dinámica — es que los trastornos constituyen características adquiridas mediante experiencias concretas. Todo comportamiento normal o anormal sería consecuencia, pues, de un proceso de **aprendizaje** (o de ausencia del aprendizaje adecuado). Así pues, la ansiedad patológica, es decir, desadaptativa, sería la consecuencia de una experiencia de condicionamiento o de aprendizaje previa a su aparición como tal. Dado que el problema concierne a respuestas emocionales negativas o displacenteras, se supone que la aludida experiencia debiera ser esencialmente negativa o traumática.

La ansiedad patológica o desadaptativa puede experimentarse a través de dos modalidades clínicas básicas:

1. Ansiedad excesiva ante una situación/objeto en principio neutra (p. ej., una fobia de los ascensores).

2. Ansiedad excesiva ante una situación/objeto en principio ansiógena, no neutra, pero que no justifica la desproporción de la respuesta ansiosa (p. ej., ansiedad ante los exámenes).

Siguiendo el paradigma conductual estas variedades de la ansiedad patológica puede experimentarlas — es decir adquirirlas o aprenderlas — **cualquier sujeto**. Asimismo, dadas las circunstancias traumáticas o aversivas adecuadas, **cualquier situación** puede determinar el condicionamiento de una respuesta patológica de ansiedad.

La traducción al ámbito terapéutico de estos planteamientos es muy simple: si la emoción desadaptativa es la consecuencia de una determinada experiencia aversiva de aprendizaje/condicionamiento, su tratamiento consistirá en una **experiencia de «desaprendizaje» o descondicionamiento**.

Con diversas variantes son tres los paradigmas de adquisición de las diferentes ansiedades y miedos:

1. Condicionamiento clásico o pavloviano
2. Condicionamiento de evitación
3. Aprendizaje social (imitación), sea visual, sea verbal.

No es éste el momento de entrar en la descripción de tales paradigmas. Recordemos tan sólo

que el condicionamiento clásico — básicamente visceral/emocional — implica el «traspase» de la potencialidad ansiogénica desde un estímulo aversivo incondicionado a otro que en principio era neutro. El condicionamiento de evitación se engloba en el modelo operante: la huida del estímulo ansiógeno impide la extinción de la respuesta de ansiedad y es reforzada por la supresión de la misma al eludir aquel contacto. La imitación de modelos sociales, aportación básica de Bandura (p. ej., 1986), justifica una gran parte de las transmisiones interpersonales y socioculturales de miedos y fobias.

OBJECIONES AL MODELO

Todo lo hasta aquí esquemáticamente expuesto constituye, pues, el marco de la postura conductual ante los trastornos de ansiedad. Sin embargo, el análisis de la realidad, o por lo menos de ciertos fenómenos observados en ella, no permite mantener sistemática o universalmente el modelo en cuestión. Veamos algunos hechos concretos.

a) Ansiedad por separación y ansiedad ante el extraño.

Nos referimos aquí a las manifestaciones ansiosas de los bebés. Aunque influible e influida por diversas circunstancias, la ansiedad ante el extraño se inicia hacia los cuatro meses de vida y, con un punto culminante situado hacia los trece meses de edad, se mantiene hasta los dos años aproximadamente. La ansiedad por separación de las personas vinculadas afectivamente, habitualmente la madre, se inicia hacia los ocho meses, se incrementa notablemente hacia los once y tiende a desaparecer hacia los veinticuatro. Estos temores se dan en todos los niños de todas las culturas, al igual que se dan en todos los mamíferos, y muy especialmente en todos los primates (Marks, 1987). Nos hallamos pues ante respuestas de ansiedad que aparecen sin experiencias traumáticas previas. Se trata de emociones incondicionadas, y por tanto innatas, fisiológicas. No hay aquí, pues, aprendizaje. Como tampoco lo hay en otros temores innatos de los

niños, por ejemplo, ante ruidos intensos o ante la pérdida de la base de sustentación.

b) Selectividad de los estímulos ansiógenos.

No todos los estímulos o situaciones son capaces de generar reacciones de ansiedad o generar fobias. Así, los miedos a las alturas y a las serpientes son mucho más comunes que los miedos al plástico, las cajas registradoras o la hierba (Marks, 1983), por muy traumáticas que hayan sido las experiencias vividas cerca de estos objetos o situaciones. Hay que contar con la «predominancia» de ciertos estímulos de acuerdo con las «predisposiciones» de los individuos o de la propia especie.

c) Factores precipitantes. Con suma frecuencia hacen su aparición trastornos de ansiedad que, aparentemente, no van precedidos de ningún hecho traumático que los justifique. Así, un trastorno obsesivo compulsivo puede instaurarse lentamente sin ninguna experiencia previa directamente relacionada con él. Algunas agorafobias, pese a la estrecha relación de la ansiedad con situaciones reales, aparecen sin circunstancias aversivas asociadas a tales situaciones.

Por otro lado, hay trastornos de ansiedad que, aunque sí se inician tras circunstancias manifiestamente traumáticas, dichas circunstancias poco o nada tienen que ver con las situaciones que generan la respuesta ansiosa ulterior. Por ejemplo, en un estudio de 37 niños con fobia escolar se observó que en el 32% de los casos el trastorno iba precedido por situaciones traumáticas pero no de carácter escolar: separaciones de los padres, hospitalizaciones, etc. (Ollendick y Mayer, 1984).

d) Edad de inicio de los trastornos. No todos los trastornos de ansiedad se producen en todas las edades, o por lo menos no aparecen con la misma frecuencia. El estudio de Ost (1987) sobre las edades de comienzo de distintas fobias frecuentes en la clínica, es muy sugeridor (Tabla I). Hallaron que las fobias a los animales, a la sangre y las dentarias son básicamente de inicio infantil. Por el contrario, la agorafobia, pese a contar con una casuística numerosa (N=100) no detecta ningún caso de inicio inferior a los 11 años de edad.

TABLA I

Fobias: Edad inicio

	Agora	Social	Claustro	Animal	Sangre	Dental
N	100	80	40	50	40	60
Años (X)	28	16	20	7	9	12
Rango	11-53	6-40	4-51	2-17	3-30	5-46

(Adaptado de Ost, 1987)

Todos estos hechos obligan forzosamente a replantearse los presupuestos conductuales básicos. Junto a las variables experienciales que sin duda están ahí, es preciso tener en cuenta otros factores que intervienen en muchos casos — ¿en todos? — y parecen ser incluso más importantes que aquéllas. Concretamente, es ineludible tener en cuenta las **disposiciones biológicas, constitucionales o genéticas**. Es éste un tema trascendente que conviene analizar desde otra perspectiva.

ESTUDIOS DE POBLACIONES CLINICAS

Bastantes de los datos antes suministrados corresponden a poblaciones normales. Es ilustrativo considerar las conclusiones de ciertos estudios realizados con poblaciones clínicas, estudios planteados desde la perspectiva que ahora nos ocupa: la detección de factores biológicos.

a) Concordancia gemelar. Los más importantes estudios de concordancia gemelar en lo que a trastornos de ansiedad se refiere resultan bastante contundentes. En la Tabla II se resumen los más citados. La influencia de factores genéticos queda claramente puesta de manifiesto. Cierzo es que, puesto que no se dan concordancias entre monocigotos del cien por cien, otros factores no genéticos deben ser también tomados en consideración.

TABLA II

Concordancia gemelar en trastornos de ansiedad

	MZ	DZ
Slater y Shields (1969)	41%	4%
Shepank (1976)	33%	17%
Torgensen (1979)	30%	9%

b) **Patología en hijos de pacientes con trastornos emocionales.** Empiezan a proliferar los estudios de psicopatología familiar en los que se busca la frecuencia de trastornos de ansiedad en hijos de pacientes afectados de tales trastornos. El trabajo más importante, auténtico hito en esta área, sigue siendo el de Weissman y cols. (1984). Los resultados más importantes de dicho estudio se han resumido en la Tabla III. Se comprueba que cuanto más importante es la patología de los padres, tanto más frecuente es la patología en los hijos. En el caso de padres depresivos con crisis de angustia («panic attacks»), sus hijos tienen prácticamente un cincuenta por ciento de posibilidades de padecer algún trastorno; la ansiedad por separación es el más frecuentemente asociada a esas patologías paternas. La interpretación que los autores hacen de estos resultados es, asimismo, de carácter geneticista. Sólo a través de la herencia biológica pueden explicarse las tendencias verificadas, hecho éste que no excluye, claro está, la incidencia de otros factores.

TABLA III

Trastornos de ansiedad y depresivos en hijos de pacientes con trastornos de ansiedad y depresivos (porcentajes)

	Control	D	D+AG	D+Agor	D+Pan
T. varios	8,1	21,1	15,6	27,8	42,1
A. sep.	—	—	6,3	11,1	36,8
D. Mayor	—	10,5	3,1	22,2	26,3
Pan.+Agor.	—	—	—	5,6	5,3
Fob. soc.	1,2	—	—	11,1	5,3
Fob. sim.	—	—	—	—	5,3

D = depresión; A.G. = angustia generalizada; AGOR = AGORAFOBIA; C.A. = crisis de angustia.

(Adaptado de Weissman y cols., 1984)

c) **Características temperamentales.** La llamada «inhibición conductual» constituye una dimensión temperamental — y por tanto congénita — puesta de manifiesto por Kagan y cols. (1987). Este grupo del Harvard Infant Study Laboratory estudió la inhibición conductual en niños enfrentados a personas y situaciones extrañas. Las principales manifestaciones de tal

dimensión temperamental fueron: latencias largas al interactuar con adultos desconocidos; alejamiento del objeto o persona no familiar; cese del juego y las vocalizaciones; aferrarse físicamente a la madre; y llorar. Además hallaron que ciertas variables fisiológicas correlacionaban con estas características conductuales: nivel de cortisol salivar; tensión del músculo laríngeo; dilatación pupilar; tasa cardíaca alta y estable; y niveles urinarios de catecolaminas. La covariación psico-fisiológica justificaba el carácter temperamental de los hallazgos.

Rosenbaum y cols. (1988) estudiaron la presencia de «inhibición familiar ante lo extraño» en hijos de pacientes con crisis de angustia y agorafobia comparándolas con hijos de otros pacientes psiquiátricos. Hallaron que los hijos de aquéllos, situados entre 2 y 7 años de edad, presentaban inhibición conductual de modo significativamente más elevado que los hijos del grupo de comparación. De hecho detectaron una progresión del trastorno concretada en estos porcentajes de inhibición conductual:

Hijos de controles sin patología: 15,4%

Hijos de depresivos: 50%

Hijos de depresivos con crisis y agorafobia: 70%

Hijos de pacientes con crisis y agorafobia: 84,6%

La relación entre inhibición conductual infantil y la presencia de patología ansiosa grave en los padres de los niños que la manifiestan es evidente y estrechísima. Dadas las edades en que se detecta, las características de esa dimensión temperamental, la gradación de la asociación en función de la gravedad de la patología emocional y el resto de factores que estamos detallando, se infiere la precisión de justificar las asociaciones en cuestión en términos genéticos.

d) **Estudios de comorbilidad.** No es éste el momento de profundizar en el tema, pero es ya suficientemente sabido y aceptado el importante papel que los factores genéticos desempeñan en los trastornos afectivos (p. ej., Vallejo y Díez, 1990). La superposición entre sintomatología ansiosa y depresiva permite asociar aquélla a la facilitación genética de éste. Pero, sinto-

matología al margen, cierto es que los trastornos afectivos tienden a manifestarse con cierta frecuencia al mismo tiempo que los trastornos de ansiedad. Son muchos los ejemplos que podrían aducirse en este sentido. Baste recoger lo obtenido en el importante estudio epidemiológico llevado a cabo con la población infantil y adolescente de Puerto Rico.

La comorbilidad entre bastantes casos de trastorno afectivo y de trastorno de ansiedad resultó manifiesta.

A la vista de todos estos hechos, y de lo que permiten inferir desde una perspectiva etiopatogénica, ¿cuál es el papel de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales?

La respuesta, desde nuestro punto de vista, es clara. Se trata de unos procedimientos de intervención terapéutica sumamente útiles en los trastornos de ansiedad. Es más: los trastornos de ansiedad constituyen probablemente el área psicopatológica en que más y mejor han demostrado su eficacia. Pero su eficacia terapéutica, en función de todo lo hasta aquí expuesto, no verifica las hipótesis etiológicas generales de los planteamientos conductuales primarios.

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

Situados en el contexto teórico-empírico que acabamos de dibujar, haremos una somera descripción de los procedimientos más utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad de niños y adolescentes desde una perspectiva conductual y cognitiva. Para una mayor profundización en el tema el lector interesado puede consultar alguno de los manuales especialmente dedicados a estas cuestiones (p. ej., Bornstein y Kazdin, 1985; Meyers y Craighead, 1984; Morris y Kratochwill, 1984).

1 — Desensibilización sistemática

Se trata del más eficaz, difundido y estudiado de todos los procedimientos conductuales destinados a eliminar la respuesta de ansiedad patológica. Muchos otros procedimientos no son

sino modificaciones más o menos afortunadas del modelo original diseñado por Wolpe en la década de los cincuenta. De hecho, es el tratamiento de elección en todo tipo de miedos y fobias.

La desensibilización sistemática se basa en el principio de la **inhibición recíproca** que, en palabras del propio Wolpe (1962) reza así: «Si una respuesta inhibitoria de la ansiedad puede producirse en presencia de los estímulos que provocan la ansiedad, quedará debilitada la conexión entre tales estímulos y las respuestas de ansiedad» (pag. 562).

La desensibilización se desarrolla a través de tres etapas distintas. En la primera de ellas se practica el entrenamiento en relajación (estado/respuesta incompatible con la ansiedad). A continuación se procede a la elaboración de la jerarquización en función de la potencialidad ansiógena de los estímulos/situaciones que suscitan la ansiedad del paciente. Por fin tiene lugar la desensibilización propiamente dicha en la que se aparece el estado de relajación con las distintas situaciones ansiógenas que componen la jerarquía.

Habitualmente la desensibilización se inicia por situaciones o estímulos imaginados. Es decir, se pretende descondicionar los ítems menos ansiógenos de la jerarquía que, claro está, suelen ser representaciones mentales de situaciones o estímulos reales. La aplicación de esta técnica está eficazmente demostrada en todas las edades. Sin embargo, dado el nivel de desarrollo cognitivo, es dudoso que antes de los nueve años de edad un niño pueda formar imágenes visuales voluntarias suficientemente estables. En la práctica, ante cada niño concreto es preciso verificar si es capaz o no de tales representaciones.

Como ya se ha indicado, la desensibilización sistemática (D.S.) cuenta con distintas modalidades y variantes. Las más significativas probablemente sean las siguientes:

D.S. en grupo. Es posible practicarla con eficacia siempre que los pacientes sean homogéneos en edad y tipo de fobia.

D.S. «in vivo». El descondicionamiento se

produce ya en primera instancia en la situación ansiógena. No hay entrenamiento en relajación. Se supone que la compañía del terapeuta es capaz por sí sola de generar respuestas emocionales incompatibles con la ansiedad.

D.S. autónoma. El paciente aprende a afrontar las situaciones ansiógenas siguiendo las pautas que le suministra, no un terapeuta, sino, por ejemplo, un libro, una audiotape, etc.

D.S. por imaginación emocional. Se trata de un procedimiento especial para niños desarrollado por Lazarus y Abramovitz (1962). El niño imagina sus héroes favoritos en situaciones y contextos en los que el terapeuta va sugiriendo la introducción de ítems incluidos en la jerarquía de estímulos ansiógenos.

D.S. por contacto. Técnica elaborada por Ritter (1968). En ella el terapeuta actúa en la situación ansiógena como modelo conductual. Se denomina «por contacto» porque el terapeuta también «ayuda» físicamente y verbalmente al niño durante el afrontamiento por parte de éste de aquella situación. En la última fase, el terapeuta retira («atenua») progresivamente su ayuda.

D.S. por autocontrol. El paciente practica relajación en cualquier situación ansiógena, real o imaginada, prescindiendo de toda jerarquización de estímulos.

2 — Terapéuticas por inundación

El elemento central de estos procedimientos radica en la presentación imaginada de las situaciones que provocan la ansiedad patológica. A diferencia de la D.S. en la inundación las escenas imaginadas desde el principio deben revestir la máxima ansiedad y se procede a ello sin relajación previa. Se pretende la extinción de la respuesta ansiosa por simple afrontamiento del estímulo condicionado sin que aparezca asociado al incondicional.

Stampfl y Lewis (1967) desarrollaron la llamada «terapia implosiva» en la que la metodología conductual se mezcla con elementos psicodinámicos, sugiriendo la imaginación de escenas interpersonales de corte «psicoanalítico». Las técnicas de inundación pueden practicarse «in vivo». De hecho están poco investigadas y son escasamente aplicadas en la edad infantil.

3 — Administración de contingencias

En este epígrafe suelen incluirse distintos procedimientos destinados a modificar o suprimir las relaciones existentes entre el estímulo o situación ansiógena y los comportamientos de evitación consiguientes. Nos limitaremos a mencionar los más relevantes:

Reforzamiento positivo de las conductas de aproximación al estímulo ansiógeno. Se utiliza en trastornos como el mutismo selectivo o el retraimiento social por ansiedad.

Moldeamiento (aproximaciones sucesivas). También se utilizan reforzadores positivos pero aplicados según un programa de pasos sucesivos y graduales hacia la confrontación con el objeto fóbico. Suele implicar comportamientos complejos. El mutismo selectivo también es un ejemplo de trastorno susceptible de este género de intervención. La fobia escolar quizás es el paradigmático.

Atenuación de estímulos. Se procura que las conductas adaptadas se den en una situación en que el sujeto recibe algún género de «apoyo». Es este apoyo o ayuda el que se va desvaneciendo gradualmente.

Extinción operante. Se trata de suprimir los posibles reforzadores de las conductas de evitación (por ejemplo, la atención familiar contingente al rechazo escolar).

4 — Modelado

La imitación de modelos constituye el núcleo básico del aprendizaje social tal como ha sido desarrollado por Bandura (1969, 1986). Desde esta perspectiva, los comportamientos de miedo y evitación pueden extinguirse vicariamente mediante la observación de comportamientos de aproximación hacia los objetos temidos siempre que el protagonista (el modelo) no experimente consecuencias adversas. El procedimiento supone, pues, la presencia de un modelo y de un observador. Para que resulte eficaz el modelo, el niño, debe satisfacer ciertas condiciones:

- Debe atender los aspectos relevantes de la situación
- Debe retener lo observado/aprendido
- Debe ser capaz de reproducir lo observado
- Debe estar motivado para llevar a cabo la

conducta observada

El modelado puede realizarse «in vivo», con modelos reales o de modo simbólico. Así, en la preparación para la hospitalización de un niño, el modelado puede correr a cargo de otro niño «veterano» o llevarse a cabo mediante una narración oral o una película de video.

5 — Autocontrol

Las técnicas de autocontrol, aunque se acostumbra a situarlas en toda relación de procedimientos conductuales, de hecho son tratamientos cognitivos. Por ello las incorporamos de hecho al siguiente apartado de esta exposición.

INTERVENCIONES COGNITIVAS

Si el modelo conductual se definía por su «cajanegrismo», por ignorar cuanto pudiera ocurrir entre estímulo y respuesta, lo cierto es que procedimientos terapéuticos como la desensibilización sistemática ya supusieron en su día una importante corrección al aceptar la existencia de fenómenos fisiológicos — la ansiedad — durante ese intervalo. Con la incorporación de las variables cognitivas, hecho que sucede hacia el final de la década de los setenta, el vacío inicial entre estímulo y respuesta queda bastante «ocupado».

Los antecedentes básicos de la terapia cognitiva en niños y adolescentes, así como las experiencias pioneras, pueden sistematizarse en tres grandes apartados (Meyers y Craighead, 1984):

1 — Psicología cognitiva

El aprendizaje social mediante modelos de Bandura (1969), aunque ha sido presentado tradicionalmente dentro de los planteamientos conductuales, no cabe duda que cuenta con indudables implicaciones cognitivas. Imitar supone actuar de acuerdo con el recuerdo, la imagen mental, del comportamiento modélico.

Los estudios sobre el papel mediador del comportamiento ejercido por el lenguaje interno, desarrollados por la escuela soviética (p. ej., Luria, 1968) han constituido un precedente esencial de muchos procedimientos cognitivos. El estudio de Luria de los por él denominados

niños «cerebroasténicos» — nuestro actual trastorno por déficit de atención con hiperactividad — tiene una absoluta actualidad desde la perspectiva conductual cognitiva. Meichenbaum (1977) recogió esta experiencia y desarrolló el más conocido de los procedimientos cognitivos para tratar este tipo de niños.

Las técnicas para la resolución de problemas fueron introducidas por D'Zurilla y Goldfried (1971). Su aplicación a la clínica supone los siguientes pasos: a) aprender a reconocer un problema o situación problemática como tal; b) definir las características del problema y determinar los objetivos a conseguir; c) elaborar estrategias de comportamiento alternativas que puedan solucionar el problema; d) decidir la alternativa más conveniente evaluando las consecuencias y ventajas e inconvenientes de cada una; y e) comprobar los resultados de este proceso de toma de decisiones y determinar si la alternativa elegida realmente alcanza los objetivos previstos.

2 — Procedimientos de autocontrol

Deben incluirse en este apartado toda una serie de técnicas cognitivas — y por tanto conductual-cognitivas — mediante las que el propio sujeto intenta controlar y modificar su comportamiento y por tanto sus respuestas emocionales y conductas de evitación en el caso de la ansiedad. Tales técnicas incluyen autoinstrucciones, autoevaluaciones y autorreforzamiento. De hecho se basan en principios implicados en los fenómenos expuestos en el apartado anterior.

3 — Terapia cognitiva propiamente dicha

Sin duda alguna los dos grandes pioneros de este tipo de intervención son Ellis y Beck. La terapéutica racional-emotiva de Ellis (1962) pretende eliminar los pensamientos ilógicos e irracionales que, según su visión de las cosas, conducen a las personas a desarrollar conductas desadaptativas y a experimentar emociones negativas.

Muy parecidos son los planteamientos de Beck (1976). Este autor sostiene que los trastornos psicológicos ocurren porque las personas, en función de experiencias previas, cuentan con

cogniciones desadaptativas, es decir, ilógicas, irracionales e inapropiadas. Tales cogniciones reflejan sus creencias acerca de sí mismo y del mundo que les rodea.

No es esta ocasión de detallar los procedimientos concretos de este género de intervención cognitiva. Sin embargo, sí es preciso señalar que las experiencias más significativas se han llevado a cabo con adultos, que los adolescentes son muy tributarios de tales técnicas y que, a partir de la pubertad y adentrándonos en edades inferiores, los resultados van haciéndose dudosos y hasta nulos a consecuencia de las limitaciones del desarrollo cognitivo.

EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Todos estos procedimientos deben encuadrarse dentro de un modelo de funcionamiento individual que, por un lado, los justifique y, por otro, permita deducir experiencias modificadoras del mismo. Ese marco de encuadre debe tener muy presente la superación del «cajonegrismo» en función de los conocimientos actuales.

Como puede observarse, la conducta, ciertamente, depende de la situación o estímulo. Pero en la conformación del comportamiento en cuestión influyen también una serie de elementos mediadores que, además, se hallan asociados dinámicamente entre sí de manera suamente compleja. Una situación dada puede ser percibida de un modo u otro, esta percepción puede ser evaluada de muy distintas formas y la evaluación «elegida» puede dar lugar a muy distintas estrategias de afrontamiento de la situación problemática (en nuestro caso del estímulo ansiógeno y fóbico). Según esa estrategia así será el comportamiento resultante. Mas sucede que el estado emocional — es decir, el sustrato fisiológico — influye en el tipo de percepciones, evaluaciones y estrategias que se suscitan en un momento dado. Del mismo modo esta tríada de fenómenos cognitivos también influye a su vez sobre el estado de ánimo o respuesta emocional. Las cogniciones (percepción, evaluación o in-

terpretación, y estrategias de afrontamiento) se explican a través del desarrollo cognitivo y las experiencias previas del sujeto. El estado emocional se inscribe básicamente en lo genético y en la historia neurohormonal. Señalaremos, por fin, que el conocimiento por parte del sujeto de este tipo de fenómenos le debiera permitir la modificación de los elementos perturbadores. En otras palabras, el autocontrol supone comportarse de tal manera que se modifiquen aquellas situaciones susceptibles de mantener o agravar los pensamientos y/o emociones disfuncionales.

Es evidente que la proyección terapéutica de ese modelo implica que una terapéutica biológica, actuando sobre el estado emocional puede, también, modificar los factores perturbadores.

A MODO DE RESUMEN

Hemos dado hasta aquí una somera visión de la situación actual de los planteamientos conductuales de los trastornos de ansiedad y una esquemática relación de los procedimientos de intervención terapéutica más relevantes. Hemos acordado que todo ello debía integrarse en un modelo de funcionamiento psicológico que mantuviera la coherencia de los distintos procedimientos en relación con los distintos elementos disfuncionales que existen en la patología de la ansiedad. No podemos extendernos en las indicaciones precisas de cada procedimiento en relación con los distintos síndromes. Sin embargo, y a título tentativo, se ha elaborado un esquema que aparece en la Tabla IV.

TABLA IV

Intervenciones conductuales-cognitivas básicas en trastornos de ansiedad

Fobias simples: desensibilización	
Ansiedad por separación	desensibilización
Fobia escolar	moldeamiento
Agorafobia	atenuación estímulos
T. Obsesivo-compulsivo:	exposición
	prevención de respuesta

Ansiedad excesiva: ¿relajación? ¿terapia cognitiva?

Pero llegados a este punto parece conveniente añadir un breve comentario que evite caricaturizaciones y simplificaciones excesivas. Hemos señalado distintos procedimientos de intervención conductual y cognitiva, en su mayoría sumamente eficaces en este género de trastornos. Sin embargo, el terapeuta de orientación conductual — o sin esa orientación — tiene el deber de analizar muchos otros factores y, en consecuencia, organizar la intervención terapéutica correspondiente incluyendo en el programa otros elementos no detallados aquí.

En otras palabras, existen intervenciones complementarias que pueden ser imprescindibles para alcanzar el éxito terapéutico. A título simplemente enunciativo hacemos hincapié en las siguientes:

— **Relación terapeuta-paciente.** Contra lo que suele pensarse, en el abordaje conductual el papel del terapeuta todavía es más importante que el exigido en otros planteamientos. El terapeuta tiene un papel activísimo: no se olvide que nos referimos a terapias sumamente directivas. El terapeuta es modelo a imitar, discriminativo de comportamientos adaptados, generador de respuestas emocionales placenteras o relajantes, formulador de cogniciones alternativas, planeador de comportamientos creíbles, etc.

— En muchos casos el **tratamiento farmacológico** asociado resulta imprescindible. A estas alturas dudar de la eficacia de los psicofármacos en muchos trastornos de ansiedad — y en otros — no es inscribirse en escuela alguna; es pura y simple desinformación profesional.

— Es preciso abordar los trastornos asociados. La **comorbilidad** exige establecer terapéuticas dobles (o triples...). Por ejemplo, una ansiedad por separación tratada conductualmente no puede hacer olvidar la probable presencia de un trastorno depresivo que requerirá su terapéutica específica.

— Si es frecuente la **patología familiar** en los trastornos de ansiedad, los padres del niño o adolescente ansioso deben ser evaluados y en su caso tratados.

Sin embargo, no todo acaba con esas posibles intervenciones complementarias. El tratamien-

to cognitivo-conductual de un trastorno de ansiedad conlleva en la inmensa mayoría de los casos la obligatoriedad de otras intervenciones asimismo de carácter cognitivo y/o conductual. Aquí simplemente las enumeraremos:

Concernientes al paciente:

- Implantación o mejora de habilidades sociales
- Adiestramiento en técnicas de afrontamiento («coping»)
- Mejora de la autoimagen y la autoestima

Concernientes a la familia:

- Aconsejamiento familiar general
- Entrenamiento de padres y/o hermanos como coterapeutas
- Modificación de las relaciones interpersonales

Bibliografía

- BANDURA, A. (1969) *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Reinhart and Winston.
- BANDURA, A. (1986) *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BECK, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- BIRD, H.R., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M. y cols (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 12, 1120-1126.
- BORNSTEIN, P.H. y KAZDIN, A.E. (1984) *Handbook of clinical behavior therapy with children*. Homewood, Ill: Dorsey Press.
- D'ZURILLA, T.J. y GOLDFRIED, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- ELLIS, A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- KAGAN, J., REZNICK, J.S. y SNIDMAN, N. (1987) The physiology and psychology of behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- LAZARUS, A.A. y ABRAMOVITZ, A. (1962) The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- LURIA, A.R. (1968) The directive function of speech in early childhood. En E. Miller (ed): *Foundations of child psychiatry*. Oxford: Pergamon Press.
- MARKS, I.M. (1983) Fenómenos clínicos en busca de un modelo de laboratorio. En J.D. Maser y M.E.P. Seligman (eds): *Modelos experimentales en psicopatología*. Madrid: Alhambra (es la versión castellana de «Psychopathology: experimental models». San Francisco: Freeman (1977).
- MARKS, I.M. (1987) *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- MEICHIENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*:

- An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- MEYERS, A.W. y CRAIGHEAD, W.E. (1984) *Cognitive behavior therapy with children*. Nueva York: Plenum Press.
- MORRIS, R.J. y KRATOCHWILL, T.R. (1984) *Treating children's fears and phobias. A behavioral approach*. Nueva York: Pergamon .
- OLLENDICK, T.H. y MAYER, J.A. (1984) School phobia. En S.M. Turner (ed) *Behavioral theories and treatment of anxiety*. Nueva York: Plenum.
- OSR, L.G. (1987) Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3, 223-239.
- RTTTER, B. (1968) The group desinication of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 1-6.
- ROSENBAUM, J.F., BIEDERMAN, J., GERTEN, M. y cols. (1988) Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 45, 463-470.
- SCHEPANK, H. (1976) Heredity and environmental factors in the development of psychogenic diseases. *Acta of Gene-
ral and Medical Gemellogy*. 25, 237-239.
- SLATER, E. y SHIELDS, J. (1969) Genetic aspects of anxiety. En M.H. Lader (ed) *Studies of anxiety*. Londres: Royal Medico-Psychological Association.
- STAMPFL, T.G. y LEWIS, D.J. (1967) Essention of implosive therapy: A learning-based-psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- TORGENSEN, S. (1979) The nature and origin of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*. 134, 342-351.
- VALLEJO, J. y DIEZ, C. (1990) Etiopatogenia. En J. Vallejo y C. Gasto (eds) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.
- WEISSMAN, M.M., LECKMANN, J.F., MERIKANGAS, K.R. y cols. (1984) Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry*. 41, 845-852.
- WOLPE, J. (1962) The experimental foundations of some new psychotherapeutic methods. En A.J. Bacharach (ed): *Experimental foundations of clinical psychology*. Nueva York: Basic Books.

Influencia sobre la psicopatología infantil de los medios de comunicación audiovisuales

A. Monsell, J. Suárez, J. Jornet.
Valencia.

RESUMEN

Los autores proponen un análisis y elaboran un discurso sobre la interacción informativa cultural, a través de los mass media y la psicopatología infanto-juvenil. Se analiza el papel de la televisión, el cine los cómics y se discute sobre el posible poder patógeno o inductor.

Discuten sobre los factores de agresividad y de violencia, así como, de los cuentos y la fantasía infantil.

Posteriormente, se analizan tres casos clínicos con el denominador común: los vectores fantasía-realidad, inducción de los mass media y psicopatología.

Palabras clave: Psicopatología y mass media. Fantasía y psicopatología, audiovisual y psicopatología.

INTRODUCCIÓN

Las consultas de Paidopsiquiatría han sufrido un notable cambio en lo que se refiere al tipo de enfermos que a ellas asisten. En una comunica-

ción a la mesa redonda del II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, celebrado en Madrid, presentábamos un cuadro estadístico de la población asistida en el correspondiente servicio del H. Clínico: Los enfermos con déficit intelectuales, las encefalopatías crónicas y las epilepsias suponían el 65 por ciento del total de enfermos. En la actualidad, las alteraciones caracteriales, los comportamientos patológicos, las reacciones emocionales y las formas de adaptación transitorias, o reacciones de ajuste, suponen la mayor parte de las consultas, manteniéndose el porcentaje de los epilépticos, pero reduciéndose notablemente los restantes tipos de enfermos anteriormente citados.

Independientemente de que la proliferación de centros de diagnóstico, de colegios especializados y de que la Paidopsiquiatría ha sido desarraigada del antiguo concepto de ser la especialidad médica que se ocupaba de los retrasados mentales y de los psicóticos, existen otros factores de gran importancia, relacionados con la estructuración social actual, con los cambios en el comportamiento de la infancia y de la adolescencia, y sobre todo con la facilidad con que se recibe la más diversa información, particularmente a través de los medios de comunicación social. Precisamente de la influencia de estos medios en la conducta infantil y juvenil va a

tratar nuestra aportación en este trabajo.

Nuestra intención inicial fue presentar un estudio empírico apoyado en datos estadísticos, sin embargo el abundante número de variables que hemos considerado de interés, ha imposibilitado finalizar el tratamiento de datos.

Así, lo que vamos a hacer, es indicar las características más importantes de los principales medios de comunicación audiovisuales, como son los cómics, la TV, los videos, analizando como pueden modificar la conducta y hasta que punto influyen las formas de reacción de los individuos, para finalmente exponer algunos casos estudiados que consideramos de especial interés.

Quisieramos también exponer nuestros proyectos de investigación, en los que aceptamos la colaboración de todos aquellos interesados en este tema.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS

El fenómeno social de la comunicación de masas supone el hecho de que, con los medios técnicos adecuados, se pueda transmitir, en un brevisimo espacio de tiempo, toda la información de que se disponga, destinada a un gran grupo receptor caracterizado por su extraordinaria heterogeneidad.

Por la propia definición recientemente indicada, los medios de comunicación audiovisuales pertenecen al campo de estudio y de investigación de diversas disciplinas: por una parte la sociología, y por otra la psicología con sus distintas especialidades (general, social, clínica y médico-pedagógica).

El estudio de la influencia de estos medios informativos sobre la población es relativamente reciente. En realidad ha sido la TV el sistema que más ha motivado publicaciones de toda índole suscitando una viva polémica sobre su utilidad, puesto que ofrece grandes ventajas, sobre todo en el aspecto pedagógico, potenciado recientemente con la incorporación del video, así como por los cambios conductuales que

puede motivar en los televidentes, sobre todo en niños y adolescentes.

Desde la publicación de la ya obra clásica «Psicología de la Comunicación de Masas» de Maletzke, en 1963, se ha desencadenado un gran interés por el tema, particularmente en EE.UU. y en la República Federal Alemana, existiendo diversas revistas especializadas en trabajos sobre comunicación de masas.

Hace ya varios años, concretamente en 1965, tuvimos ocasión de colaborar en un trabajo de la Escuela Departamental de Puericultura de Valencia sobre la TV y su influencia en los telespectadores infantiles. Aquel trabajo no iba más allá de la polémica que por entonces estaba de moda, la TV como causa de fatiga del escolar, debido a los largos tiempos de audiencia, aislamiento por disminución de la comunicación intrafamiliar, inadecuación de programas, etc.

En el momento actual la observación de diversos casos, particularmente en los dos últimos años, sobre modificaciones comportamentales, así como trastornos psicopatológicos de diversa índole en niños y adolescentes, en los que había motivos para sospechar la influencia de los medios audiovisuales en su determinismo, motivaron nuestro interés y la conveniencia de efectuar un estudio sistemático sobre ello.

LAS EMOCIONES

El niño tiene potencialidades tanto para experimentar emociones agradables como desagradables. Las emociones desempeñan un importante papel en su vida. Consideradas como algo muy subjetivo, intrínsecamente unidas a lo que puede considerarse como vida íntima, van a añadir o placer o displacer a las vivencias cotidianas del individuo motivándole para la actuación y determinando la forma que esta ha de tomar, influyendo incluso en la percepción de las personas y de los objetos, así como en el ambiente que le rodea, condicionando cual ha de ser el proceso de adaptación a la vida.

Por este motivo es importante que las emociones del niño sean lo más agradables posibles,

de tal forma que se sienta satisfecho, que le permitan sentirse querido y protegido. Las experiencias desagradables hacen del niño un ser desgraciado, insatisfecho y frustrado, que le impulsarán a una conducta irritante, potencialmente agresiva.

Conforme las emociones se sedimentan y se convierten en hábito, se transforman en fuerzas que impulsan hacia una buena o mala adaptación, determinando y decidiendo el porvenir del individuo. Tan sólo la modificación del entorno, de la acción de protección y de manifestación afectiva hacia el mismo, podrán llevarle a una conducta permitida, integradora en la colectividad social.

La mayor parte de las comunicaciones que hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica se refieren, casi exclusivamente, a los efectos de la TV, particularmente como condicionante de conductas agresivas. Sin embargo hay muy poco o casi nada publicado sobre otros medios de comunicación como pueden ser los comics, la lectura, o ciertos tipos de lectura, el video, la radio y el cine.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

1 — LOS CÓMICS

Son narraciones ilustradas que «relatan historias alegres, emocionantes, instructivas y críticas en una serie de viñetas. Se caracterizan por una integración de signos pictóricos y verbales que presentan un doble aspecto» (Kagelmann, 1986). El comic puede ser mudo o presentar, intercaladamente, textos explicativos narrativos o en forma de diálogos de los personajes, pudiendo adoptar distintas formas, bien como los denominados comic pantomima, carentes casi por completo de texto, o como próximos a los cuentos ilustrados, en los que las ilustraciones y el texto se presentan paralelamente en el transcurso de la acción.

Cuando se estudian los efectos que los cómics pueden motivar en sus lectores, particularmente sobre los jóvenes y niños, se debe considerar tanto la forma como el contenido, así como el entorno en el que el individuo se desenvuelve.

De que la viñeta presente caricaturas a que se parezcan a imágenes humanizadas, el impacto sobre el lector va a ser distinto.

En cuanto al contenido, las escenas violentas así como los contenidos terroríficos, impulsan al individuo hacia la criminalidad. Sin embargo esta afirmación que sostienen algunos autores no ha podido ser comprobada científicamente. Ya Doetsch, en sus investigaciones de 1958, no encontró justificación científica que sostuviera estas hipótesis.

Pero no todo en los cómics es motivo generador de la violencia, sino que también hay series que por su contenido o por la forma de tratar los temas, desarrollan en el individuo la ternura y facilitan la distensión. Quizas la más representativa de las series de este tipo sea Asterix, apta para niño y adultos, con una cifra de lectores que supera a las colecciones más leídas, como Tarzán, Supermán y las aventuras del ratón Mickey en EE.UU, debido a la forma desenfadada y graciosa de tratar tanto a los héroes como a sus enemigos, desmitificando los conceptos de bien y mal absolutos.

Hay un nuevo aspecto a considerar en los comics, me refiero a aquellas series orientadas claramente hacia la manipulación del público lector, motivadas por intereses de tipo ideológico, político y publicitario.

2 — LA TELEVISIÓN

Es el más importante medio de comunicación de masas. La abundancia de medios técnicos, las grandes sumas de capital invertidas, la evidente protección estatal, el alcance de sus programas y la gran audiencia de que disfruta, hacen de este medio el de mayor influencia en la conducta de los espectadores, potenciado enormemente desde la popularización del video, cuya característica más notable, es la capacidad de elección por parte del espectador de una programación concreta y selectiva.

3 — EL CINE

Con el cinematógrafo hay que hacer conside-

raciones semejantes a las de la TV. Sin embargo, el cine ha sido un medio que ha atravesado una tremenda crisis iniciada hacia los años 50, tras el nacimiento de la TV. De un cine de consumo, constituido por las comedias norteamericanas, películas belicistas y de costumbrismo, unido a los «westerns» y películas de cine negro, dirigidas a un público que sólo pensaba en la evasión, se ha pasado a un cine distinto, sobre todo porque el público no es el mismo. Se trata de un público más culto, que no va al cine buscando la evasión o la catarsis de sus emociones, sino que asiste con un espíritu crítico, exigiendo unos mínimos intelectuales y estéticos, buscando la ocasión de «vivir más allá de las posibilidades habituales» (Rutschy, 1980).

A pesar de ello continúan asistiendo al cine jóvenes de clases sociales bajas, buscando una oportunidad para tener «vivencias conjuntas más intensas» (Kagelmann, 1986).

La influencia que las programaciones cinematográficas pueden tener sobre el espectador son similares a las que ofrece el video, con la diferencia de que la asistencia a programas concretos, sobre todo aquellos considerados como perniciosos o nocivos, suele hacerse en colectivos más o menos numerosos con similares intereses, potenciándose el espíritu de asociacionismo juvenil.

4 — LITERATURA PORNOGRÁFICA

Sin pretender entrar en la controversia entre porno y erotismo y siguiendo textualmente a Jurgens, la pornografía por sí misma no crea problemas, es precisamente todo lo contrario, el individuo con problemas sexuales suele ser el que busca la pornografía. Únicamente caben tres objeciones discutibles contra la presentación del acto sexual mediante palabras e imágenes: 1) Si se considera pernicioso como tal acto, no puede aprobarse su presentación; 2) Las relaciones sexuales constituyen un diálogo, a partir de esto se deduce que estas actividades sin pareja deben considerarse como una perversión (Lawrence, 1929); 3) Los progresistas aceptan mundialmente que si la presentación es de calidad,

producida por un artista, la pornografía deja de serlo, Este último es quizás el punto más discutible de los comentados. Debe considerarse la pornografía como reaccionaria en la medida en que constituye una huida de la realidad y de la responsabilidad, pero también contiene una potencialidad progresiva como es la exposición de los tabúes, la divulgación de lo íntimo, de lo privado y el carácter irrevocable de lo ya publicado.

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Los efectos directos más estudiados, como son la violencia, la agresividad y la orientación criminógena de los sujetos influidos por los medios de comunicación social, han sido explicados por diversas hipótesis, que se caracterizan por las múltiples contradicciones existentes entre ellas, Seguidamente se exponen las cinco tesis que consideramos más representativas:

La tesis de la inhibición, considera que los programas violentos de la TV tiene un efecto inhibitorio sobre la manifestación de conductas agresivas cuando el entorno social en que se desenvuelve las manifiesta habitualmente.

La tesis de la catarsis, supone que para el espectador la visualización de imágenes violentas y de dureza suponen una válvula de escape que sirve como medio de compensación y sustitución de sus propias emociones, en la medida en que le permite renunciar a su propia agresividad, a través de la identificación con alguno de los personajes.

La tesis de la habituación, considera que la violencia contenida en los medios audiovisuales, es considerada como la forma normal, y por lo tanto habitual, de alcanzar los objetivos que le interesan.

La tesis de la estimulación, establece la hipótesis de que la violencia en los medios de comunicación de masas, estimula y potencia las conductas agresivas (Kunnckzik, 19715).

Finalmente, la tesis de la emoción, afirma que las personas que permacecen mucho tiempo viendo la TV sienten miedo ante su entorno,

considerando a este peligroso. Esto condiciona que el comportamiento de estos individuos sea más violento, conducta debida a un mecanismo defensivo por temor al daño físico. Es un hecho demostrado, que en situaciones de guerra el temor, el hambre y la ira potencian notablemente la capacidad de agresividad de los combatientes. La verificación de estas hipótesis es muy difícil. En primer lugar por la gran cantidad de variables a considerar, en segundolugar por la dificultad de lograr grupos testigo, dada la gran audiencia televisiva y la masiva asistencia de niños a sus programas y, en tercer lugar, porque la TV tiene también efectos muy positivos favorables. Pero a pesar de todo, es evidente que este medio de comunicación no repara en absoluto en producir una desenfrenada programación, carente en absoluto de escrúpulos, sin considerar la heterogeneidad del público que puede tener como espectador.

EFFECTOS PSICOPATOLÓGICOS

Cuando se estudian los efectos de los medios audiovisuales sobre los sujetos, inevitablemente se habla de la agresividad y de la violencia. En la mayoría parte de la bibliografía consultada sobre la influencia de los medios de comunicación de masas sobre el público, hay una manifiesta tendencia a estudiar el comportamiento de los individuos en relación con los actos de agresividad que ciertos programas o lecturas desarrollan.

Los términos de agresividad y violencia, suelen definirse erróneamente como sinónimos. La **agresión** ha sido conceptualizada por distintos autores, lograndose definiciones que van desde aquella que considera la agresividad como una disposición dirigida a defenderse de alguien, como la respuesta que remite estímulos nocivos a otro organismo, hasta el concepto más universal que la entiende como la «tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantásticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo y humillarlo» (Lagache, 1960). La **violencia** se definiría como la fuerza imperiosa que determina en el individuo

acciones de defensa o de ataque (agresión). Habría que distinguir una **violencia estructural**, que se definiría como «la propia de un sistema social, que sin necesidad de que haya un actor concreto, sin que la misma sea consciente en los individuos. Se manifiesta en relaciones de fuerza desiguales». (Kagelmann, 1986).

Los estudios clásicos referentes al potencial efectivo de la violencia presentada en los medios de comunicación social, parten de la hipótesis, verificada empíricamente que un solo programa, bien sea visual, auditivo o combinado, no produce efectos nocivos. En cuanto efecto acumulativo, como suele ocurrir en las series de violencia, tampoco se ha demostrado que así suceda. Hay un estudio efectuado en Canadá, en el que tras dos años de la introducción de la TV en las zonas más distantes del país, con respecto al emplazamiento de las emisoras, el estudio de la violencia de los niños era mayor en los poblados donde no llegaba la TV, que en aquellos donde los niños podían acceder libremente a los programas emitidos.

Por lo comentado hasta ahora, de la impresión de que los medios de comunicación social no determinan un aumento de la violencia o de la agresividad en los consumidores. Sin embargo, esta última afirmación no es del todo correcta. Es evidente que los niños, y así se traduce en los juegos infantiles con la distinción total de «buenos» y «malos» y en sus acciones de guerra o de violencia, no han podido diferenciar lo real de lo fantástico. En la simple lectura de cuentos infantiles, donde aparecen hadas buenas, malvadas brujas, ogros, seres tenebrosos, etc., la diferenciación entre realidad y fantasía es fundamentalmente el mecanismo determinante de la aparición o ausencia de miedo. Cuando fantasía y realidad se confunden, el temor, las pesadillas y las acciones violentas se producen como mecanismo defensivo.

De la misma forma que indicábamos al referirnos a la pronografía, que es el individuo con una patología sexual o reprimido el que se interesa por dicho tipo de género, hay que establecer que la violencia en los medios de comunicación no se traduce inexorablemente en vio-

lencia, sino que son los individuos violentos y agresivos los que más se interesan por estas lecturas y programa, ya que cuando se incorporan a la acción, se sienten protagonistas, confundiendo la realidad con lo imaginativo.

Condenamos el contenido, caracterizado por la crudeza y vulgaridad, de los comics, de los dibujos animados y de los seriales infantiles de TV. Si estudiamos los cuentos infantiles (Pulgarcito, Caperucita, etc.), nos encontramos con toda clase de horrores. Sin embargo, estos no motivan más allá de algunas pesadillas, manifestaciones de terror nocturno y miedo a la soledad cuando la familia se encuentra ausente. Estos trastornos patológicos infantiles inmediatos en su aparición indican que la fantasía está separada de la realidad. Sin embargo, cuando hay un fallo en la distinción de realidad y fantasía, es cuando esta última es llevada a la realidad, mecanismo característico de algunas personalidades patológicas, en las que las situaciones imaginadas o expresadas en cuentos y films, asumidas e interiorizadas por los sujetos, actúan como desencadenantes de su conducta patológica.

Es obvio, que en nuestra investigación, la violencia va a ser motivo de estudio, pero no es el aspecto que más interés no ha suscitado. Son las reacciones transitorias, los comportamientos modificados, unas veces patológicos, otras simplemente como motivadoras de cambios de actitud ante la realidad; las conductas reactivas tras la visualización o información lectora en definitiva, las que particularmente nos interesan. Jaspers define a la reacción auténtica, como «aquella cuyo contenido se encuentra en relación comprensible con el acontecimiento sin el cual no se habría producido». Con el objeto de indicarles que tipo de personalidades constituyen nuestro objetivo, vamos a presentarles tres casos, como si se tratara de una sesión clínica, en los que es evidente la existencia de experiencias audiovisuales, perfectamente óbjektivables, que han influido en la conducta de estos niños.

Por otra parte, en un aspecto más genérico como es el aprendizaje apoyado en medios au-

diovisuales sobre los que se han desarrollado un impresionante bagaje de investigación (Arnheim, 1969; Ball y Bogatz, 1970; Bogatz y Ball, 1971; Diaz Guerrero y Holtzman, 1974; Henderson et al., 1974, 1975; Lessser, 1974; Laosa, 1976; Comstock et al., 1978; Herderson y Swanson, 1978; Swanson y Henderson, 1979; Donnay, 1980, 1981; Pezdek y Hartman, 1983; Pezdek y Stevens, 1985; Hendersob y Rankian, 1986) y que se ha planteado, en ocasiones, como una alternativa que casi suponía una panacea respecto a otras metodológicas más tradicionales, recientemente (Henderson y Rankin, 1986) se ha llegado a la conclusión de que la utilización de tales medios presupone, por parte de los sujetos, la adquisición de una serie de aprendizajes básicos previos. Tales aprendizajes no han sido aún determinados con la suficiente precisión y únicamente se han planteado algunas hipótesis de trabajo tentativas al respecto.

CASOS CLÍNICOS

De un total de 23 casos seleccionados, según los criterios anteriormente expuestos, hemos escogido los que seguidamente se comentan:

1 — Niña de 9 años de edad sin antecedentes patológicos dignos de mención (sólo enfermedades propias de la infancia), excesivamente sensible a las escenas macabras de la TV (funerales, atentados, catástrofes, etc.) que evita sistemáticamente. Un día después de presenciar el reportaje televisivo sobre el accidente aéreo de Sondica, inicia una patología caracterizada por temblor, palpitaciones, náuseas, despeños diarreicos y percepción patológica de cuerpos mutilados (alucinosis). Permanece en este estado durante dos días, siendo tratada por el médico de cabecera con tranquilizantes. Un día más tarde es testigo presencial de un atraco a mano armada en un banco, con rehenes y posterior tiroteo con las fuerzas de seguridad, habiendo un herido y fuga de otros dos atacadores.

A partir del mismo día comienza a manifestarse una patología conductual. Los trastornos neurovegetativos consecutivos al reportaje del

accidente aéreo desaparecen, pero la niña comienza a disminuir rápidamente su rendimiento escolar que era hasta el momento excelente. Al mismo tiempo comienza a tener alucinaciones visuales, percibiendo cuerpos descuartizados, actos de violencia, agresiones armadas en las que su madre es la víctima y pesadillas con un contenido similar.

Una semana más tarde de la fecha del accidente, se exploró a la niña, diagnosticando una reacción fóbica obsesiva y sometiendo a tratamiento con sulpiride y clordiazepato. A partir del segundo día del tratamiento la sintomatología comensó a desaparecer, siguiendo un curso evolutivo satisfactorio. Tres semanas más tarde, únicamente quedan como expresiones sintomáticas imágenes hipnagógicas con percepciones visuales de menor contenido morboso, que ceden unos días más tarde. Se mantiene el tratamiento durante dos meses, combinándolo con psicoterapia de apoyo. En Septiembre de 1985 fue dada de alta. Las primeras manifestaciones habían comenzado el día 24 de Febrero de ese mismo año.

En Abril del año siguiente, tras un viaje familiar a la Unión Soviética y con posterioridad a la audición de un relato histórico y visualización de unos grabados sobre la enucleación de los ojos al arquitecto que construyó un monumento, ordenado por Iván el Terrible, inicia una sintomatología similar a la relatada con anterioridad, mezclando relatos con escenas de la catástrofe aérea y el atraco el banco. En esta ocasión, junto al tratamiento farmacológico, se instauró una terapéutica de relajación, según la técnica de Schultz, con buenos resultados.

Actualmente la sintomatología ha desaparecido, persistiendo una preocupación personal de la enferma sobre sus alteraciones emocionales, que son tratadas con psicoterapia de apoyo y con la orientación por parte de la madre, siendo esta última una persona oculta y muy consciente de su colaboración. El rendimiento escolar es nuevamente satisfactorio y su integración social, rehuida durante este segundo episodio, se ha restablecido.

Es evidente que nos encontramos ante una persona muy frágil, hipersensible a la expecta-

ción de sufrimientos humanos, en la que un programa de TV, junto a una experiencia de máxima importancia a considerar que es el atraco presenciado, determinó una conducta patológica importante, aunque afortunadamente transitoria.

2—Niño de 14 años de edad. Características personales: estudioso, lector entusiasta de cualquier tipo de publicaciones, poseador de una amplia biblioteca y con escasa relación social. Círculo de amistades muy reducido y limitado exclusivamente a compañeros de colegio. Prefiere quedarse en casa leyendo que salir a la calle o asistir a un espectáculo.

Una mañana comienza a tener convulsiones tonicoclónicas de larga duración. A lo largo del día se suceden siete accesos, a pesar de haber sido tratado correctamente con Luminal i.m. y finalmente con Valium i.v. (10 mgs). Ante la ausencia de medios hospitalarios en el pueblo es explorado a las 10 de la noche. Se efectúa un E.E.G. durante una de las crisis, resultando completamente normal, padeciendo únicamente una aceleración del trazado por acción de la Benzodiazepina. Por persuasión conseguimos que ceda la crisis. Se le explica a la familia que se trata de una manifestación pitiática, recomendando la permanencia en casa. Hay una negativa, manifestando los padres su deseo de internarle en un hospital, haciéndolo finalmente en La Fe de Valencia. Hay una serie de anécdotas curiosas durante las primeras horas en urgencias. Pasa a ser explorado y finalmente se diagnostica convulsión funcional.

A los ocho días exploramos nuevamente al enfermo y conseguimos aclarar que, aproximadamente seis meses antes, había leído en Reader's Digest un artículo de divulgación sobre las convulsiones, impresionándole vivamente. El día anterior a la manifestación convulsiva, vio en la TV un programa informativo, sobre las convulsiones, en el que acompañando a la exposición aparecía alguna crisis, que posteriormente fue limitada por el sujeto.

3 — Niña de 14 años de edad. Hija de un matrimonio entre un árabe y una española. Matrimonio según un rito mahometano, cele-

brado en Alemania Federal. Padre de 38 años, conductor de camiones pesados; madre de 36 años, trabaja como empleada de hogar. Un día, al regresar la madre del trabajo, la hija acusa al padre de abusos sexuales pederásticos. Inmediatamente se presenta la denuncia al juzgado y, tras prestar la niña declaración ante el juez de guardia, se encarcela al padre. La declaración de la niña es calificada de «espeluznante, son toda clase de detalles..., tanto físicos como verbales, durante las supuestas relaciones sexuales». La información nos fue facilitada por el abogado defensor y por uno de los forenses que intervinieron en el caso, puesto que nos fue impedido el acceso al sumario. Ante la inexistencia de pruebas médico legales que justificaran tales actos, la defensa solicitó una exploración pericial psicopatológica de la víctima. En la exploración se obtuvieron los siguientes datos:

a) **Entrevista personal:** Perfectamente entera de los motivos que justifican la consulta.

Aparece muy tranquila, sin emotividad aparente, segura, expresándose perfectamente, con buen dominio del lenguaje, solicitando aclaración sobre aquellos aspectos cuya formulación no comprende.

Hay que destacar la ausencia de signos psicopatológicos indicativos de cualquier de las manifestaciones habituales consecutivas a la experiencia por la que ha pasado, como pueden ser angustia, neurosis depresiva, conducta histérica o manifestaciones de aislamiento social). La actitud comportamental de la niña no se ha modificado en absoluto, realizando las actividades habituales y manteniendo el contacto social y familiar.

b) **Exploración psicológica:** Ante una situación como laplanteada, es imprescindible una valoración de la capacidad intelectual. En este caso, y dada la conveniencia de conocer la capacidad de análisis de la niña, se ha utilizado el test de los cubos de Kohs. El resultado obtenido ha sido el siguiente: Puntuación directa 89 puntos tras resolver el ítem XV; teniendo en cuenta, que la aplicación completa de la prueba es de XVIII ítems, puede sumar una puntuación máxima de 85, correspondiendo a una edad mental de 15

años.

Para la exploración de la personalidad se han utilizado tres tipos de pruebas: Una, de tipo grafológico, el árbol de Koch, el cuestionario de depresión de Rodríguez Sacristán y Cardosa, y finalmente el cuestionario M.M.P.I. (Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota).

En la prueba grafológica de Koch, utilizada como sondeo para conocer las posibilidades de aplicación de otras escalas, permitió registrar los siguientes aspectos de su personalidad: Enérgica, severa, obstinada, pragmática, extrovertida, imaginativa y afectivamente inmadura. En el cuestionario de Rodríguez Sacristán responde a las 15 cuestiones del mismo, obteniendo una puntuación directa = 1, indicativo de la ausencia de rasgos neuróticos de tipo depresivo. Tan baja puntuación, poco usual, permite indicar la intención consciente de la niña de dar una buena imagen de sí misma, aunque sin invalidar el resultado.

En el M.M.P.I., de modo similar a lo ocurrido en el cuestionario anterior, obtiene en la escala L una puntuación extremadamente elevada, lo que supone también un deseo de agradar al examinador, sin modificarse el resultado de las otras escalas, aunque en todo caso, permite un ligero aumento de sus puntuaciones. Supone un deseo de autoafirmación.

La prueba, con índices de fiabilidad y de sinceridad altos, se caracteriza por una ligera elevación, mínima, tan sólo en dos puntos por encima de lo normal, en las escalas de tipo psicopático y depresivo, con un elevado índice en la puntuación de feminidad. Esta última escala manifiesta una clara preferencia por los intereses masculinos, en los que encuentra derechos y prerrogativas superiores a los de las mujeres, sin que ello suponga disminución de la feminidad o una perversión sexológica.

c) **Exploración neurológica:** La exploración clínica es normal; sin embargo en la exploración electroencefálica se observan signos patológicos muy concretos: Sobre un trazado de base alfa a 12-13 c/s, de bajo voltaje, simétrico, bien organizado, se registran, en reposo y con ojos cerrados, puntas aisladas, pocas veces poli-

puntas, de 100 mV. de amplitud, simétricas, nitidamente destacadas sobre el trazado de la base, que se sitúan alrededor del electrodo situado en el vertex, ocupando la zona paracentral de los lóbulos parietales. Estos grafoclementos patológicos únicamente se registran cuando se utilizan montajes en los que interviene el electrodo indicado.

El hallazgo electroencefalográfico característico de epilepsia, clínicamente no manifestada, nos dejó muy sorprendidos, puesto que en la primera entrevista con la madre no hubo indicación alguna sobre enfermedades neurológicas padecidas a lo largo del desarrollo evolutivo de la niña. Al insistir, en la segunda entrevista sobre este aspecto, recordó que en el mes de Diciembre del en em que regresaron de Alemania, la niña fue ingresada de urgencia en el Hospital General, por presentar convulsiones, que fueron diagnosticadas como febriles. Episodio único, sin repeticiones posteriores.

d) **Juicio clínico:** Los aspectos que destacan de la exploración son los siguientes:

- 1 — Capacidad intelectual elevada.
- 2 — Ausencia de signos psicopatológicos importantes de carácter reactivo.
- 3 — Personalidad con rasgos psicopáticos mínimos, agresividad y deseos de autoafirmación.
- 4 — E.E.G. patológico característico de epilepsia.

Por la ausencia de signos clínicos de tipo epiléptico, a excepción de aquellas crisis febriles, si es que lo fueron, hay que pensar en las llamadas Crisis Parsiales con Semiología Compleja, en las que se incluyen las llamadas Crisis epilépticas alucinatorias vegetativas, entre las que se encuentran las llamadas epilepsias psíquicas delirantes y alucinatorias. Dentro de estas últimas formas se describen, en la clasificación internacional, las formas de «expresión sexual», encontrándose signos electroencefalográficos patológicos en el área paracentral de los lóbulos parietales y temporales, región correspondiente a la representación cortical de los órganos sexuales externos. (Atlas de crisis epilépticas. L. Oller Daurella y Oller Ferrer Vidal. Geigy División Farmacéutica. Pág.: 79, 80, 101 y 117).

c) **Conclusión:** Con los datos obtenidos en la exploración, no podemos justificar la existencia o no de una mitomanía.

Por otra parte, los mínimos rasgos psicopáticos y depresivos obtenidos en el perfil del M.M.P.I., sin otras manifestaciones psicopatológicas importantes, más que una inmadurez afectiva, que puede ser considerada como habitual en la edad puberal de la niña, tampoco aportan valor importante.

Tan sólo la existencia de lesiones orgánicas, demostradas en el E.E.G., obligan a pensar en una posible crisis epiléptica, parcial, no convulsiva, con semiología exclusivamente psíquica, alucinatoria de tipo sexual, sin que pueda confirmarse exactamente esta posibilidad.

Hay que indicar, que este tipo de trastornos epilépticos puede ser consecutivos a experiencias sexuales propias, o simplemente ante el conocimiento de estos actos, bien por haber participado como espectador, bien a través de informaciones verbales e visuales (lecturas, fotografías, etc. de tipo pornográfico).

La posibilidad de que tuviera ocasión de presenciar relaciones sexuales entre sus padres es posible. La madre sospechaba esta posibilidad, ya que permanencia despierta hasta altas horas de la madrugada leyendo. Al preguntar sobre el tipo de lecturas preferidas la respuesta fue sorprendente: preferentemente novelas de amor y libros de contenido cultural. En varias ocasiones la madre encontró revistas pronográficas ocultadas por la niña, procedentes de una colección que el padre guardaba, adquiridas durante su juventud.

En el momento actual este último caso se encuentra sub-judice, aunque presumiblemente, hay una tendencia a considerar la posibilidad de que la acusación efectuada por la niña fuera consecutiva a un trastorno psicopatológico motivado por la influencia de literatura pornográfica, sobre una personalidad epileptoide.

DISEÑO Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

En todos los casos de hemos revisados el componente de aleatoriedad quizás es el más común. Es decir, por azar, se produce en cierto momento una reacción desajustada del sujeto ante la información que le llega por el medio audiovisual. En este sentido, caben diversas preguntas para entender tales reacciones; sin embargo todas ellas se pueden enmarcar en la dialéctica de la determinación causa.efecto. Así, por ejemplo, podríamos cuestionarnos respecto a ¿que eventos de la historia anterior del sujeto facilitan que el mensaje audiovisual produzca una conducta desajustada, o bien ¿son las características propias del mensaje las que producen la reacción desajustada del sujeto? En cualquier caso la respuesta probablemente sólo podrá darse respecto a cada caso individual; ahora bien, el hecho de disponer de un análisis pormenorizado de las características del mensaje audiovisual, así como de su impacto diferencial respecto a las características psicosociales de los individuos y, por último, las tasas de conductas de determinado tipo en relación con la frecuencia del mensaje audiovisual o su oportunidad, son datos que pueden coadyuvar en la prevención social de la adquisición de conductas desajustadas favorecidas por los medios de comunicación, así como facilitar la comprensión de los casos se producen.

En este sentido, deseabamos proponer a los investigadores que estén interesados en este tema una línea de trabajo a desarrollar en colaboración dada la dificultad de contar con suficientes casos de estudio por un sólo equipo. Así, esta línea de investigación consta de tres fases básicas que responden a otros tantos bloques de trabajo bien diferenciados:

I — Análisis de categorías de programación en TV.

La enorme influencia que posee el medio televisivo en el aprendizaje individual ha sido constatado en un gran número de estudios orientados en las adquisiciones educativas formales. Sin embargo, dicha influencia estimamos que no ha sido suficientemente valorada en toda su amplitud y diversidad. Deste modo, la programación común en TV en nuestro país parece poco

cuidada desde el punto de vista de los valores deseables para cualquier sociedad moderna y civilizada. Se incluye una gran catidad de telefilms, tanto para adultos como para niños, en los que desde un punto de vista maniqueo el mensaje más notido resulta en que la conducta facilitadora del éxito social normalmente, viene a ser la que consigue evitar eficazmente las normas socialmente establecidas. Consecuentemente, si este tipo de mensajes, además, se dan a lo largo de toda la programación, incluyendo, en ocasiones, la programación infantil la probabilidad de que se asocien los contenidos del mensaje a reacciones desajustadas en niños y adolescentes es muy elevada.

En este sentido, en primer lugar, pretendemos realizar un estudio que nos permita determinar, en base a diferentes categorías de conductas antisociales, en que medida o proporción se favorecen, desde el medio televisivo, así como en que horarios se producen con mayor frecuencia. La finalidad de este estudio es doble: en primer lugar, a nivel institucional, desde esta sociedad poder emitir una valoración razonada sobre los riesgos de la programación televisiva y, en segundo lugar, poder disponer de un marco de referencia sobre el que situar las preferencias de los sujetos en base a las categorizaciones efectuadas.

De este modo, el tipo de estudio a desarrollar es de tipo cualitativo, basado en equipos de jueces entrenados en técnicas de observación y valoración sistemática y realizado para abarcar un periodo de tiempo de programación representativo.

II — Relación de las preferencias de los sujetos respecto a los medios de comunicación con las características de peronalidad de los mismos.

Esta segunda fase se sustenta, a nivel instrumental en los resultados que se derivan de la fase anterior y tiene como objetivo poder determinar las relaciones entre las preferencias de una muestra representativa de sujetos con edades correspondientes a estudiantes de EGB y BUP. El desarrollo de este estudio implica la exploración simultánea de la personalidad de los suje-

tos así como sus preferencias de estimulación resultantes del análisis de los contenidos de los medios de comunicación.

Este estudio, consecuentemente es un estudio ex-postfacto, de tipo descriptivo basado en técnicas correlacionales multivariantes.

III — Análisis de tasas de conducta y su relación con la frecuencia y/o oportunidad del mensaje audiovisual.

El objetivo de este estudio es poder determinar cual es el impacto emocional de diferentes estimulaciones (estándares respecto a la programación habitual) sobre las reacciones de diversos sujetos con problemas emocionales y/o de conducta.

Como tal, es un estudio necesariamente experimental, tanto de grupos (experimental y control) como de seguimiento de casos individuales (n=1). Implica, pues, estrategias de instauración y reversión, por lo que dados los problemas éticos implicados en este tipo de estrategias el reclutamiento y desarrollo del estudio debe ser extremadamente cuidadoso para no lesionar los derechos de los individuos ni suponer un perjuicio grave en los casos en que se pueda detectar tal posibilidad.

Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J. Y DE-MARCELLI, D. (1982). *Manual de Psicopatología del Niño*. Toray-Masson S.A. Barcelona.
- ARNHEIM, R. (1969) *Visual Thinking*. University of California Press. Berkeley.
- BALL, S. Y BOGATZ, G.A. (1970) *The First Year of Sesame Street: An Evaluation*. Princeton. NJ: Educational Testing Service.
- BOGATZ, G.A. Y BALL, S. (1971) *The second year of sesame Street. A continuing Evaluation (Vol. 1 y 2)*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- COMSTOCK, G.; CHAFFEE, S.; KATZMANN, N.; MCCOMBS, M. Y ROBERTS, D. (1978). *Television and Human Behaviour*. New-York Columbia University Press.
- DIAZ-GUERRERO, R. Y HOLTZMAN, W.H. (1974). «Learning by televised Plaza Sesamo in Mexico» *Journal of Educational Psychology*, 66, 632-643.
- DONNAY, J. (1980a) «Analyse du Message televisuel didactique». *Cahier de la RTB, Bruxelles*.
- DONNAY, J. (1980b) «Television Educative: Pratique et recherche». *Revue du Design Grapgique*. Universite de Quebec.
- DONNAY, J. (1981) «L'Evaluation des apprentissages par television». *Scienca Pedagogica Experimentalis*, Vol. 18 N. 1, págs. 34-69.
- HENDERSON, R.W. Y RANKIN, R.J. (1986) «Preschoolers viewing of instructional television». *Journal of Educational Psychology*, N.º 1, Vol. 78, pp. 44-58.
- HENDERSON, R.W. Y SWANSON, R.A. (1978). «Age and directed participation variables influencing the effectiveness of televised instruction in concrete operational behaviors». *Educational Communicational Communication and Technology Journal*, 26, 301-312.
- HENDERSON, R.W.; SWANSON, R.A. Y ZIMMERMAN, B.J. (1974) «Inquiry response induction in preschool children through televised modeling». *Developmental Psychology*, 11 523-524.
- HENDERSON, R.W.; SWANSON, R.A. Y ZIMMERMAN, B.J. (1975) «Training seriation responses in young children through televised modeling of hierarchically sequenced rule components». *American Educational Research Journal*, 12, 479-489.
- KAGELMANN, H.J. Y WENNINGER, G. (1986) *Psicología de los medios de Comunicación*. Herder. Barcelona.
- LOGACHE, D. (1960). *Situation de l'Agresivite*. *Bulletin de Psychologie*. XIV (1) Paris.
- LAOSA, L.M. (1976) «Viewing bilingual multicultural educational television: An empirical analysis of children's behaviors during television viewing». *Journal of Educational Psychology*, 68, 133-142.
- LEDESMA, J. (1981). *Agresividad y mente humana*. II Curso Monográfico. Publicaciones del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Salamanca. Editorial Castalia. Madrid.
- LESSER, G. (1974) *Children and television: Lessons From Sesame Street*. Mew-York: Random House.
- PEZDEK, K. Y HARTMAN, E.F. (1983) «Children's television viewing: Attention and comprehension of auditory versus visual information». *Child Development*, 54, 1015-1023.
- PEZDEK, K. Y STEVENS, E. (1984) «Children's memory for auditory and visual information on television». *Developmental Psychology*, 20, 212-218.
- STORR, A. (1981). *La Agresividad Humana*. Alianza Editorial. Madrid.
- SWANSON, S.A. Y HENDERSON, R.W. (1979). «Induction of a concrete operational concept through television modeling: Evidence and speculation on mediational processes». *Contemporary Educational Psychology*, 4, 202-210.
- VAN RILLAER, J. (1978), *La Agresividad Humana*. Herder. Barcelona.
- WYNNE-EDWARDS, V.C. (1968). *Animal Dispersion in Relation to Social Behaviour*. Oliver and Boyd. Edimburgo.

Caso clínico

Josep M^a Illa Taulats

Consultan los padres de L.R.G. de 10 años 4 meses de edad por presentar tics palpebrales, miedo a estar solo y déficit en el rendimiento escolar.

Llama la atención, en la entrevista mantenida con los padres, la parquedad y el desconocimiento de los hábitos y costumbres de su hijo, y la enorme fijación en los síntomas que señalan.

ANTECEDENTES PERSONALES

A los 3 años, al iniciar la escolarización tuvo una mala adaptación con lloros y dificultades a desprenderse de la madre y en la adaptación al ritmo de socialización. Tendencia a estar aislado y retraído desde siempre (sin que a los padres parezca inquietarles).

Padeció de bronquitis espásticas desde que inició la escuela y provocando ausencias prolongadas (la madre consideraba que no podía ir, a pesar que el médico no se lo indicara).

Siempre se ha mostrado temeroso, tímido, cauteloso, precavido, acobardado, servicial y sufridor. Ante brotes de ira (que ocurren esporádicamente) inmediatamente pide perdón de forma compulsiva.

A los 8 años, los padres, refieren un cuadro de astenia, cansancio, abatimiento y fatiga que fué tratado por el generalista como una «anemia».

Los padres (la madre) siempre encuentra una explicación a las perturbaciones de su hijo. Refieren que ha sido un niño de buen «manejo» a diferencia de su hermano de 7 años que es «muy rebelde y contestón».

ANTECEDENTES FAMILIARES

La madre es una mujer que parece decidida y autosuficiente, que lleva la entrevista cortando constantemente al padre que aguanta estoicamente dándole la razón en todo momento. Queda evidenciado que ha sobreprotegido y facilitado a su hijo (¡pobrecito!) a causa de su «asma». Se muestra distante y fría ante lo que se dice y se comenta.

El padre, a título de confesión, cuenta que él también tuvo (¿tiene?) miedos y comprende lo que le ocurre al niño. Tiene un aspecto subdepresivo. Siempre ha sido poco decidido y con poca iniciativa (que evidentemente lleva su mujer). Su madre padeció episodios depresivos siendo tratada en una institución en su tiempo.

ENTREVISTA PERSONAL

El niño se muestra inhibido, temeroso y acobardado, siendo incapaz de elaborar un dibujo que se le pide. Su discurso es monosilábico y espástico. Severo bloqueo emocional y verbal. El aspecto es inexpresivo, triste, apagado; los movimientos son lentos y parsimoniosos aunque denotan una hipertonia ansiosa (temblor, rigidez y torpeza). Se aprecian los tics palpebrales. Interrumpe su tarea para preguntar de forma compulsiva si su madre lo esperará o no.

En una entrevista posterior se le pregunta acerca de los miedos verbalizando que teme que su madre se marche; se le pregunta si piensa en alguna cosa que no se la pueda quitar de la cabeza y le preocupa mucho, y cuenta que «reza cuando piensa que su madre le va a abandonar».

Fué sólo más adelante cuando se pudo averiguar que, en realidad el niño le venía una idea (ser abandonado) que no se podía quitar de la cabeza y que lo conjuraba con palabra como «no ocurrirá» o rezando.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Se nos planteaban tres diagnósticos posibles (y/o asociados)

- 1- Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-III 300.30)
- 2- Trastorno distímico (DSM-III 300.40)
- 3- Trastorno por angustia de separación (DSM-III 309.21)

En función de la evolución del cuadro nos pareció que se podía valorar a distintos nive-

les. Había una patología de fondo afectivo (distímias) evidentes que se asociaban con un componente ansioso-fóbico (evitación) complicándose con elaboraciones conjuratorias (mecanismos obsesivos anancásticos). Se trató con clorimipramina a dosis de 3 mg/kg de peso disminuyendo el componente afectivo, ansioso y obsesivo, persistiendo un cuadro subevitativo, y subansioso que se está tratando a través de medidas psicoterapéuticas.

REFLEXIONES APRECIATIVAS

1.- Hay que evaluar la patología asociada y la comorbilidad jerarquizando la patología de fondo (en este caso la afectiva) y la fenomenología originada por los altos niveles de angustia.

2.- Evaluar la disociación entre el motivo de consulta y la fenomenología clínica (los padres nunca aceptaron ciertos mecanismos haciendo atribuciones orgánicas)

3.- La necesidad de preguntar directamente al niño los mecanismos patológicos en la exploración.

4.- La dificultad de hacer el diagnóstico diferencial en los procesos de depresión-ansiedad.

5.- La necesidad de evaluar las relaciones dinámicas del entorno como factores de mantenimiento y co-etiotopogénico (la actitud de nuestra madre -con una patología de personalidad obsesivoide- y la del padre -depresivo-tuvo que ser motorizada de cerca).

6.- La necesidad de la psicoterapia en psiquiatría infantil para solucionar los problemas de rasgo.

Reseñas terapéuticas

¿NUEVOS TIEMPOS, OTROS TIEMPOS O SENCILLAMENTE EL TIEMPO?

En Septiembre de 1990, este lector tuvo la impresión de un giro en el contenido de la Revista de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Giro con el incremento de los trabajos de investigación referidos a la psicofarmacología infanto-juvenil.

En Enero de 1991 el editorial de la misma Revista cuestiona, con pocas excepciones, la actitud de la industria farmacéutica y de la FDA en el campo de la psicofarmacología infantil. Y reclama el encuentro de la industria farmacéutica y el Gobierno con los investigadores. De forma que el vademecum reemplace la expresión de «no recomendado su uso en niños» por un perfil equilibrado de indicaciones, contraindicaciones y precauciones para la clínica¹.

En Marzo 1991 publican un trabajo² planteándose el costo de la medicación psicofarmacológica en niños y adolescentes. Comparando Los distintos costos, según marca o fórmula magistral (nombre genérico), según dosis por cápsula, y lugar de compra, destacan tres hechos:

- Los médicos no se plantean el costo actual de la medicación y en muchos casos son incapaces de hacer una estimación.

- Los costos son distintos según la dosis por comprimido y fármaco comercializado versus fórmula magistral.

- El precio del medicamento es un factor significativo en el cumplimiento terapéutico del tratamiento.

(1) McDermott, John F. (1991). Editor's Note. *Child and Adolescent Psychopharmacology*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 30:1, 15.

(2) Greenberg, J.D.; Kruesi, M.J.P.; Keysor, C.S.; y Grothe, D.R. *Prices of Psychotropic Medications Used in the Treatment of*

Psychiatric Illness in Children and Adolescents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 30:2, 323-324.

INITIAL AGGRAVATION OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOUR IN AUTISTIC PATIENTS RECEIVING NALTREXONE TREATMENT. Knabe, R.; Schulz, P. y Richard, J. (1990). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 20:4, 591-593.

Los antagonistas opiáceos, como la naltrexona, han sido descritos, por diversos autores, como eficaces para reducir la conducta autolesiva en pacientes con retraso mental. Tratamiento de especial interés en pacientes que no responden a los tranquilizantes mayores y menores.

En esta carta al Director los autores, describen (en dos casos: varones, autistas, de 46 y 27 años) tratados con naltrexona (en dosis paulatina creciente hasta 2 mg/kg/d) una inicial exacerbación de la conducta autolesiva con posterior positiva respuesta clínica.

Reacción que podría ser una expresión de un intento de mantener el efecto de los niveles de endorfinas, a través de provocarse dolor, para conseguir así los efectos narcóticos de las endorfinas.

Sugiriendo así la necesidad de una cuidadosa supervisión durante los primeros días de tratamiento, así como que una inicial agravación de la conducta autolesiva, no ha de conducir a descartar la eficacia del tratamiento.

TREATMENT OF ADHD WITH FLUOXETINE: A PRELIMINARY TRIAL.

Banickman L., Russell N., Kuperman S., Schumacher E., Verda M., J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1991, 30, 5: 762-767.

El mecanismo de acción de la fluoxetina es, la inhibición de la recaptación neuronal de la serotonina. El aumento de la serotonina está implicado en la etiología del trastorno por

déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Así, estos investigadores se plantearon examinar la eficacia de la fluoxetina en el TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en este estudio abierto.

Completaron en estudio 19 pacientes (86%). La edad media era de 10,9 años (rango = 7-15 años); 16 varones (84%) y 3 chicas. Todos reunían los criterios diagnósticos del DSM III-R para el TDAH.

La valoración, pre y post tratamiento, incluía: entrevistas y evaluación diagnóstica, Kiddie-SADS-E, anamnesis, examen físico, Cuestionario Abreviado de Conners para padres y maestros, la Escala de Impresión Global Clínica (CGI), WISC-R, el Test de Kagan (MFF), el CPT de Conners y el CDI de Kovacs.

El tratamiento fué administrado tras un periodo de 2 semanas sin medicación psicotrópica (sólo dos pacientes no seguían tratamiento farmacológico del TDAH). La dosis inicial fue de 20 mg/d de fluoxetina monodosis matutina. La dosis media fue de 27 mg/d (rango 20-60 mg/d)

ó 0,6 mg/Kg. Nueve tomaron 20 mg/d, 8: 40 mg/d y 2: 60 mg/d, durante 6 semanas.

6 pacientes (32%) refirieron efectos secundarios: rash facial, sedación y, en un caso: posible acatisia. Efectos que, con una única excepción, remitieron espontáneamente o con ajuste de dosis.

A las 6 semanas de tratamiento el 58% de los niños con TDAH mostraron, por lo menos, una moderada mejoría, con diferencias significativas estadísticamente en 5 medidas diferentes independientes (: CGI, Cuestionario de Conners para padres, y el de profesores, CDI y el CI (escala manipulativa y total).

13 (68%) de los pacientes y sus padres querían continuar el tratamiento con fluoxetina y una familia no lo quiso a causa del coste.

Finalmente, tras señalar las salvedades que conlleva un estudio piloto, concluyen señalando que la fluoxetina puede tener un papel en el tratamiento del TDAH.

X. Gastaminza

Comentario de publicaciones

MANUEL DE PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE

de J. Mendlewicz.
Ed. Masson. 1988.

Es complejo sintetizar el contenido de un manual que tiene la intención de abarcar todos los capítulos de este ámbito.

Pensamos que Mendlewicz y sus colaboradores han hecho una muy correcta sistematización de los contenidos que van desde la esquizofrenia a la depresión; de las monoaminas a la genética, pasando por los relojes biológicos. Es de enorme interés el capítulo sobre los

mecanismos de las sales de litio elaborado por Fieve. También, posee atractivo interés el capítulo sobre la biología del comportamiento suicida.

En definitiva: amplio, completo, tendencioso y escrito en francés.

Josep M^a. Illa

Agenda

JORNADAS INTERNACIONALES «REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y ESTRUCTURAS INTERMEDIAS».

Mes: Marzo 1992

Lugar: Oviedo

Información: Dirección Regional de Salud
Mental.

Consejería de Sanidad.

Asturias.

Hospital psiquiátrico
regional.

c/ Rubín s/n. 33011 Oviedo

Tel. (98) 5290067

CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA.

Del 5.07.92 al 10.07.92 en Madrid.

Información: Secretaría: c/ Cuesta de S.
Vicente 4-5ª. Dcha. 28008 Madrid. Tel.
541999.

SEMINARIO SOBRE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.

25-26 Mayo. Esc. Andaluza de Salud Men-
tal. Tel. 958-275044.

SYMPOSIUM SOBRE EL PAPEL SE LA SEROTONINA EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

24-26 Castres (Francia). If: Centre de Re-
cherche P. Fabre. 17 Avenue J. Moulin. 81100.

EL AUTISMO EN LA EUROPA DEL MAÑANA.

Del 8-05-92 al 10-5-92. La Haya.

Información: Secretaría: QLT/CONGREG.
Keizersgracht 782

1017 EC Amsterdam. Tel. (07) 31-0-20-
6261372.

SEMINARIO SOBRE RECIENTES AVANCES EN PSIQUIATRÍA. PSIQUIATRÍA EN EL AÑO 2000.

Información: The British Council. Tel. 93-
2096090

Cambridge. 22-28 marzo.

CURSO DE MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL

23-27 marzo. Granada. Inf.: Escuela Anda-
luza de Salud Mental.

Apdo. Correos 2070. 18080. Tel. 958-275044

XVIII CONGRESO EN EL COLEGIO INTERNACIONAL DE NEUROFARMACOLOGÍA.

28-1 Junio/Julio. Inf. Passeig de Gràcia, 17
- 08007.

VI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE PSIQUIATRÍA. INF. BARCELONA CONVENCION.

Passeig de Gràcia, 35. 08007. Barcelona.
Tel. 215 44 77.



**Nueva
formulación**

**Comprimidos
ranurados
de liberación
retardada**



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

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

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

GEIGY División Farmacéutica
Apartado 1628, Barcelona.