

Año 1993

Nº 2

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S. A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Síndrome de Down y Educación

NOVEDAD

Libro singular
concebido por la
**FUNDACION SINDROME
DE DOWN de Cantabria**

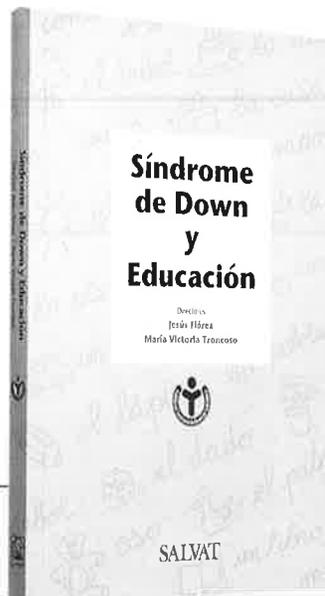
Directores

Jesús Flórez

Director del Departamento de Fisiología y Farmacología, Universidad de Cantabria, Santander;
Asesor Científico de la Fundación Síndrome de Down de Cantabria, Santander

María Victoria Troncoso

Diplomada en Pedagogía Terapéutica, Centro Base del INSERSO;
Presidenta de la Fundación Síndrome de Down de Cantabria, Santander



Un tomo (17x25 cm) con 292 páginas, 38 figuras bi-color y 16 en blanco y negro.
Encuadernado en rústica con cubierta en colores.
ISBN 84-345-1845-7

INDICE DE CAPITULOS (extracto)

1. Introducción	1
Parte I. NEUROBIOLOGIA Y SINDROME DE DOWN	
2. Cerebro y aprendizaje: Una aproximación biológica	5
3. Cerebro y lenguaje	29
4. Patología cerebral y aprendizaje en el síndrome de Down	37
Parte II. LA ACCION EDUCATIVA EN EL SINDROME DE DOWN	
5. Educación para la autonomía de la persona con síndrome de Down	63
6. Atención temprana	71
7. El desarrollo de los niños con síndrome de Down en edad preescolar	81
8. Lectura y escritura de los niños con síndrome de Down	89
9. Educación física de base y actividades lúdicas	123
10. Evaluación del desarrollo psicolingüístico en los niños con síndrome de Down en edad escolar	153
11. Familia y etapa escolar: Trece años de una historia apenas comenzada	183
12. Experiencias sobre integración escolar de niños con síndrome de Down	189
Parte III. EDUCACION ESPECIAL: PERSPECTIVAS Y SOLUCIONES	
13. Intervención familiar: Perspectiva del profesional	199
14. Modelos cognitivos y desarrollo educativo	205
15. Perspectivas y modos de escolarización de los niños con necesidades educativas especiales	237
16. Alternativas educativas en educación especial en Cantabria	247
17. Análisis crítico del actual proceso educativo	257
Índice alfabético de materias	271

La Fundación Síndrome de Down de Cantabria y Salvat Editores se congratulan en ofrecer a la comunidad de habla hispana esta aportación, en forma de libro, al servicio de niños y jóvenes con síndrome de Down y también al servicio de todas las personas comprometidas con ofrecerles una vida más rica y estimulante.

Libro interdisciplinario en el que colaboran 15 autores

Este libro nació como fruto de la reflexión de un grupo de profesionales, algunos de ellos padres de personas con síndrome de Down, y se centra en el propio escolar con síndrome de Down, en su proceso de maduración y aprendizaje, en cómo se aprende y se le puede enseñar y ayudar, combinando los últimos avances en neurobiología, pedagogía y didáctica con la práctica educativa diaria. Escrito en un lenguaje sencillo y directo, los autores ofrecen una **visión integral y esquemática** de los profundos cambios que se están produciendo en la educación de niños y jóvenes con síndrome de Down.

De interés para psicólogos, médicos, enfermeras, profesorado de educación especial, padres y familiares de niños con Síndrome de Down.

Si desea recibir esta novedad editorial,
rellene la tarjeta de pedido y envíela a:
EDICIONES CIENTIFICAS Y TECNICAS, S.A.
Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 BARCELONA

Agradeceré remitan a mi nombre el libro:

SINDROME DE DOWN Y EDUCACION
Directores J. Flórez y M.^a V. Troncoso

PVP: 2.100 Ptas. con IVA y 2.039 Ptas. sin IVA

Al contado contra reembolso, sin recargo alguno.

NOMBRE _____

PROFESION / ESPECIALIDAD _____

DIRECCION _____

LOCALIDAD _____

(Por favor, los datos con MAYUSCULAS)

FIRMA

Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.



Av. Ppe. Asturias, 20 - 08012 Barcelona - España - Fax (93) 416 12 19

**ATENCION
CLIENTES:
Tel. (93) 574 11 35**





REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción:

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

Publicación trimestral

Administración y suscripciones:

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

Copyright 1993

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

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

Depósito legal:

B-41.588-90

ISBN:

84-7179-182-X

Publicidad:

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

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

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

Comité de Redacción

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*

Secretario: *S. Arxé i Closa*

Vocales: *A. Agüero Juan*

M.D. Domínguez Santos

X. Gastaminza Pérez

P. León Ramos

J.L. Pedreira Massa

P. Rodríguez Ramos

C. Rubin Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

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

Secretario: *X. Gastaminza Pérez*

Tesorero: *L. Sordo Sordo*

Vocal: *J. Espín Montañez*

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

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez†

J. de Moragas Gallisa†

C. Vázquez Velasco†

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente†

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

Asociación fundada en 1950

Revista fundada en 1983

Revista Indexada en el Índice Médico Español.

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Riera Sant Miquel, 71 ppral. 1ª
08006 BARCELONA

2) Los originales se presentarán por duplicado (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:

- a) Título original
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

3) Como norma general, cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: resumen y palabras clave (castellano e inglés); introducción en la que se explique el objeto del trabajo; descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que puede seguirse de unas conclusiones.

4) Resumen: se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.

5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos clínicos o Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de cinco folios.

6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta; estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.

7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números arábigos y contener el correspondiente título.

8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:

- a) Apellidos e inicial del nombre de los autores.
- b) Título del trabajo en la lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional.
- d) Número del volumen, página y año.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc., que se efectúen en las sesiones de la Asociación, podrían ser publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para cada Sección correspondiente.

10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la Redacción al autor del trabajo, a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener tres o cuatro citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.

11) La Sección de actos societarios (Agenda) podrá contener notas relativas a asuntos de interés general.

12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

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

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	Repercusiones psicológicas sobre el niño de los medios de difusión social <i>J.M. Velilla Picazo</i>	69
Artículos originales	Estudio de seguimiento de mil casos de psiquiatría infantil a los 10 años de la primera consulta <i>F.J. Mendiguchía Quijada</i>	73
	Estructura y procesos de grupos en niños de nueve a once años <i>A.C. de Pablo Elvira, L. Maestro Perdices, L. Campos Aguilar</i>	92
	Consecuencias pediátricas del divorcio <i>J.L. Jiménez Hernández, A. Oteiza Motrico, P. López Peña</i>	98
	El constructo dependencia-independencia de campo en el ámbito de la hiperactividad infantil: eficacia diferencial de un programa de tratamiento cognitivo-conductual y un programa de refuerzo de los aprendizajes básicos <i>I. Orjales Villar, A. Polaino-Lorente</i>	105
	Fluvoxamina: tratamiento farmacológico alternativo en la anorexia nerviosa <i>F. Rey Sánchez, S. Sánchez Iglesias, F.J. Samino Aguado, M.J. Lorenzo Bragado, A. Pérez Urdániz</i>	111
Artículo de revisión	Introducción a la clasificación, diagnóstico y psicoterapia del niño con trastornos psicósomáticos <i>A. Talarn, F. Maestre Loren</i>	118
Artículo especial	Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas (cuarta edición) <i>Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas</i>	124
Caso clínico		135
Reseñas terapéuticas		136
Comentario de publicaciones		137
Agenda		138

Dirección de envío _____

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Suscríbame a:

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

Impuestos y gastos de envío incluidos

Mediante talón nº _____
que adjunto

A través de mi cuenta bancaria
(cumplimento autorización adjunta)

Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco/Caja de ahorros _____ Nº Suc. _____

Calle _____ Población _____

D.P. _____ Provincia _____

Cuenta Cte. o Ahorro N.

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

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

Banco o caja Oficina Control Nº cuenta (10 dígitos)

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

Les saluda atentamente
(firma)

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

_____ de _____ de 199__

Precios de suscripción válidos hasta el 31 de diciembre de 1993

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

S U M M A R Y

Brief commentary	Psychological media effects in children <i>J.M. Vellilla Picazo</i>	69
Original articles	Following-up study of thousand children and adolescents during the 10 years after the first psychiatric consultancy <i>F.J. Mendiguchía Quijada</i>	73
	Group's structure and processes in children aged 9-11 years <i>A.C. de Pablo Elvira, L. Maestro Perdices, L. Campos Aguilar</i>	92
	Effects of divorce in children <i>J.L. Jiménez Hernández, A. Oteiza Motrico, P. López Peña</i>	98
	Hyperactive children: field-dependent and field-independent. Differential efficacy between cognitive-behavioural training interventions and a programme to support basic apprenticeships <i>I. Orjales Villar, A. Polaino-Lorente</i>	105
	Fluvoxamine: an alternative pharmacological treatment in anorexia nervosa <i>F. Rey Sánchez, S. Sánchez Iglesias, F.J. Samino Aguado, M.J. Lorenzo Bragado, A. Pérez Urdániz</i>	111
Review article	An introduction to the diagnostic and psychotherapeutic classification of the child with psychosomatic disorders <i>A. Talarn, F. Maestre Loren</i>	118
Special article	Papers sent to biomedical journals essential requirements (fourth edition) <i>International Committee of Medical Journals Editors</i>	124
Clinical case		135
Therapeutical summary		136
Publications commentary		137
Calender		138

J.M. Velilla Picazo

Repercusiones psicológicas sobre el niño de los medios de difusión social

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Psychological media effects in children

Antes de referirnos a la innegable influencia que los medios de difusión, y concretamente la publicidad, tienen sobre el psiquismo infantil, recordaremos la importancia capital que el mecanismo de la "identificación", tiene en el inicio de la formación de la personalidad.

El niño, desde los primeros años de la vida, empieza a establecer relaciones de causa-efecto entre su comportamiento y el de los otros. Aprende a adaptar su comportamiento social para evitar experiencias desagradables, es decir, para mantener su sensación de seguridad.

La actitud de los progenitores, pero también las actitudes colectivas (reglas, normas de convivencia, patrones culturales, código ético, etc.), van modulando, con su influencia, el desarrollo de la personalidad infantil.

Dichas actitudes emanadas del contexto familiar y del entorno sociocultural son interiorizadas por el niño, para más tarde someterse a ellas de forma inconsciente. Es decir, el niño adopta pasivamente las creencias, los valores y los modelos culturales de su entorno próximo; no tiene la experiencia ni el juicio suficientes para criticarlos.

Por otra parte, el niño o la niña buscan el modelo de hombre o de mujer, que él o ella quieren ser, imitando

toda una serie de actitudes o conductas que ven a su alrededor.

Esta manera de construir la personalidad, integrando en ella los comportamientos de las personas más o menos próximas, es lo que llamamos "identificación", y la personalidad futura dependerá, en gran parte, de las condiciones en que haya ido transcurriendo este proceso identificatorio.

No insistiremos en la gran importancia que el entorno familiar tiene en todos los aspectos, pero es un hecho constatado que, en nuestro sistema social, la colectividad va sustituyendo a la familia en toda una serie de funciones de educación y de socialización, que venía desempeñando hasta ahora. Como indica Seva⁽¹⁾ el "poder de enseñar" y el "poder de informar", han dejado de pertenecer en buena medida a los padres.

En nuestros días la inmensa mayoría de la información y el aprendizaje que alcanzan nuestros hijos no procede del material propiamente familiar, como antaño, sino que otros elementos extraños al hogar, como son las lecturas, el cine y, sobre todo, la televisión, dotan al psiquismo infantil de una serie de estereotipos y mecanismos informadores que escapan al control de la familia.

Richard⁽²⁾ afirma que la familia, no es ya el medio privilegiado de la inserción a la sociedad, ni el único

70 medio de iniciación a la vida social. La vida familiar se ha ido reduciendo, principalmente debido a dos factores: el abandono del hogar por parte de padres e hijos (el padre y en muchos casos la madre tienen una ocupación laboral y los hijos van al colegio o a la guardería desde edades tempranas) y, en sentido contrario, la vida social invade el hogar, principalmente, por medio de la televisión y otros medios de difusión social.

Quizá se halle en esa "difusión unilateral" de los medios sociales el mayor riesgo en un sentido homogeneizador de los individuos. Méndez⁽³⁾, se refiere a esto cuando prefiere llamarlos medios de "difusión", más que de "comunicación", ya que la interacción entre emisor y receptor, que constituye la base de la comunicación humana, en el seno de la familia y de la sociedad, desaparece con los métodos de difusión unilaterales y unidireccionales.

Actualmente dentro de estos medios, la televisión es el más importante y a ella van dirigidas el 80% de las campañas publicitarias, porque es el medio que más fuerza tiene frente a otros. Queramos o no, la televisión forma parte de nuestra vida cotidiana, se ha convertido en un hábito y su implantación es total. Pero, el protagonismo de la pequeña pantalla es mayor y más preocupante en el caso de los niños.

Distintas encuestas y estudios realizados recientemente en nuestro país, ponen de manifiesto que aproximadamente ocho de cada diez niños ven televisión diariamente. También vienen a coincidir en que, los niños encuestados tienen una media de cinco horas libres en los días laborables, de las que al menos dos dedican a la televisión, aumentando a siete horas el tiempo transcurrido frente al televisor durante los fines de semana.

Si prácticamente la totalidad de los niños ven televisión, habrá que admitir que ésta se ha convertido para ellos en una fuente de información muy importante, creando modelos de comportamiento de los que aprender.

Así, de esta forma, la televisión, en muchas ocasiones suplanta la realidad a fuerza de crear imágenes manipuladas y fantásticas, ensoñaciones y necesidades más o menos artificiales, según los imperativos del mercado.

Ya en 1985, Ogilvy⁽⁴⁾, considerado el "padre de la publicidad", en unas declaraciones a la prensa decía que "los anuncios publicitarios son los espacios más importantes del medio televisivo y contra eso no se puede luchar, siendo el dinero el responsable de esta

situación, ya que en muchas campañas publicitarias se invierte más dinero que el que se dedica a la elaboración de cualquier tipo de programa", para añadir que en su opinión, "los anuncios de televisión española son excelentes, están muy bien hechos, y muchos son más divertidos que buena parte de la programación".

Los mensajes publicitarios son de una gran claridad de ideas con objeto de "hacerse comprender", creando un especial modo de expresión, un nuevo lenguaje y el público, acostumbrado a este nuevo tipo de lenguaje, ha aprendido a comprender en segundos el contenido de cualquier mensaje.

El niño de corta edad, por debajo de los seis años, carece de una concepción lógica de los relatos, no entiende la secuencia del pensamiento. Percibe fundamentalmente fragmentos, no una continuidad. El niño, a estas edades, conecta con imágenes más que con contenidos, su capacidad de captación dura muy poco tiempo, el mensaje tiene que ser pues, tipo flash. Por eso, en este sentido, el que realmente conecta con el niño, es el *spotista* publicitario y así, comprobamos cómo la fascinación sobre los niños pequeños es tal, que éstos quedan "hipnotizados" ante la aparición del spot y, como señala Seva⁽⁵⁾, el aprendizaje que de ellos realizan es tan profundo, que lo querría para sí la escuela.

Por otra parte, el actual protagonismo del niño y su mundo en el ámbito familiar y social, ha incrementado el reconocimiento de su propia individualidad y esta nueva dimensión del campo vivencial infantil, al reflejarse en el mundo de la economía, ha hecho que sea objeto de interés por parte de la publicidad en la promoción de ventas como un seguro consumidor, al ser beneficiario de muchos artículos, como pueden ser la alimentación, vestido, juguetes, etc. por nombrar los más relacionados con el mundo infantil.

Todo el impacto del spot se incrementa cuando el niño es utilizado como actor publicitario, influyendo de esta manera más decisivamente sobre el comportamiento infantil.

Los niños más mayores, a partir de los seis años y hasta la preadolescencia, tienden a mantener una actitud pasiva ante el televisor. Hay una fascinación por el personaje, por el héroe de la historia, comprendiendo rápidamente el mensaje de la imagen y del sonido, colmando así lagunas de su imaginación. Además al mezclar imágenes, la televisión no hace una clasificación de valores y así indica Cubo⁽⁶⁾ que, junto a un refresco

aparecen actos de violencia o imágenes de otras galaxias, surgiendo así un estado consciente donde todo es posible. No hay distinción de valores y las cosas se justifican por sí mismas. Se dan imágenes estereotipadas de la realidad, una visión concentrada del mundo, reducida a estereotipos.

Los protagonistas de los spots publicitarios y de otros espacios televisivos se caracterizan de esta forma, por estar dotados de un enorme prestigio y posibilidades materiales y también, por su carencia de sentimientos humanos como el temor, la duda, la angustia. Se trata de seres fuertes, juveniles y poderosos, incapaces de cometer errores. Muchas veces son incluso altruistas y defensores del bien, pero siempre de un ideal muy de acuerdo con los valores sustentadores del sistema social.

Por otra parte, aunque no suponen la totalidad de los programas infantiles, ha aumentado la presencia en televisión de series que imponen modos y costumbres violentas, no sólo en el aspecto puramente físico sino también un tipo de violencia social, probablemente más asequible en la vida cotidiana, favoreciendo el aprendizaje de comportamientos agresivos a partir de la observación y la imitación de modelos.

En anuncios y programas se aprueba implícitamente la expresión de instintos muchas veces reprimidos, tratando de sugerir deseos que puede provocar, transgrediendo las normas sociales, cierto placer sin ninguna culpabilidad.

Ajuriaguerra⁽⁶⁾ señala cómo la televisión, la radio, la prensa y el cine, al ensalzar de una forma más o menos directa las conductas agresivas, mostrando muchas veces la impunidad del acto delictivo, pueden repercutir en la tendencia a la delincuencia, no sólo por la imitación de las conductas agresivas, sino desviando las identificaciones parentales a otros modelos negativos, provocando en el niño, conflicto, inseguridad y contradicción.

No obstante en este punto surgiría la polémica sobre si la violencia en la televisión hay que incluirla como parte de la violencia global que caracteriza a nuestra sociedad y así, recientemente en el Congreso Fundacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española, sobre el tema genérico "Televisión y Salud Mental" se llegaba entre otras a la conclusión de que la televisión es un reflejo de nuestra realidad social, en la que uno de sus valores más característicos sería la competitividad y el individualismo desaforados.

Pero es en la adolescencia cuando se pueden poner más de manifiesto los aspectos más negativos de la

publicidad: por un lado los altos niveles de frustración que produce y por otro fomentando conductas fácilmente manipulables, conformistas y desprovistas de todo tipo de responsabilidad personal, siendo una de las cuestiones más graves la de provocar deseos de consumo fuera de las posibilidades adquisitivas, tanto personales como familiares. Cohen⁽⁷⁾ señala cómo algunos adolescentes emocionalmente inestables, ven imposibilitados sus intentos de alcanzar un status que les permita poseer ciertos objetos preciados y ensalzados por la publicidad, pudiendo rechazar las normas sociales y desarrollar algún tipo de subcultura marginal o delincuente.

Pero la agresividad no es la única consecuencia de que el niño vea programas violentos, transgresores o frustrantes; otro de los efectos negativos del medio televisivo sobre el psiquismo infantil que ha sido señalado por numerosos autores, es el retraso del lenguaje. El niño percibe mensajes audiovisuales y no contenidos verbales (preferentemente en los mensajes publicitarios) por lo que los niños aprenden a visualizar bien pero no perfeccionan ni desarrollan su lenguaje. La UNESCO ha advertido que el uso indiscriminado de la televisión puede resultar peligroso para el aprendizaje, por el déficit de expresión y concentración que puede provocar.

Asimismo hay que referirse a la merma de la capacidad de entretenimiento, ya que los niños que ven excesivo tiempo de programación televisiva, medio idóneo para colmar su intensa receptividad de forma pasiva y en extremo fácil, tienen más tendencia a aburrirse y menor capacidad de encontrar por sí mismos lo que les pueda entretener. Catania⁽⁸⁾ abunda en esta idea cuando afirma que uno de los mayores problemas sería el que estos niños desarrollan poca capacidad imaginativa, asumiendo los modelos expuestos y repitiendo lo que ven, a lo que habría que añadir el hecho de que proliferan en el mercado juguetes y muñecos de casi todas las series televisivas y así, el niño juega a repetir los programas después de haberlos visto.

Para Cobo⁽⁹⁾ entre los trastornos psíquicos infantiles relacionados con la televisión habría que subrayar no sólo la facilitación de trastornos de conducta de tipo agresivo y delictivo sino también por su frecuencia, los "trastornos del sueño", ya que el niño se va a la cama con tal cantidad de estímulos y de imágenes no elaboradas, que pueden llegar a interferir negativamente en el sueño infantil; influyendo en este hecho no sólo los programas

72 de terror, sino cualquier programa o mensaje publicitario no asimilado que pueda provocar ansiedad.

Después de todo lo dicho, habría que matizar en el sentido de que los medios de difusión y la publicidad no influyen en todos los niños y adolescentes de la misma manera. Esto dependerá de diversos factores, entre los que cabría destacar los rasgos de personalidad (en estrecha relación con la calidad de las relaciones afectivas, en estos años de la infancia) y el status sociocultural al que se pertenece.

El niño que tiene acceso a otras actividades grupales, artísticas, deportivas o culturales, lógicamente no estará tan aferrado a la televisión; y es que, uno de los retos más importantes que se nos plantean en nuestra sociedad, es el cultivo del tiempo libre y del ocio, siguiendo pautas que permitan a los individuos y sobre todo a los niños, expresar su creatividad y desarrollar los aspectos positivos de su personalidad: detrás de muchos comportamientos estereotipados y dócilmente sometidos a

las reglas del mercado, no existe otra cosa que la deficiente formación cultural de grandes estratos de la sociedad.

Para finalizar y a modo de reflexión, nos parecen sumamente expresivos algunos de los resultados de un estudio que, recientemente, ha llevado a cabo la Asociación de Telespectadores y Radioyentes (ATR): 370 homicidios, 15 secuestros, 11 robos, 848 peleas, 420 tiroteos, 8 suicidios, 32 casos de capturas de rehenes, 15 secuestros de menores, 30 de torturas, 18 de drogas, 20 episodios bélicos, 11 desnudos y 20 emisiones eróticas... Esto es lo que los niños españoles podrían ver semanalmente. Y estos impactantes datos resultan más preocupantes, si se añade un informe de la UNESCO sobre la televisión y los niños en España, que señala que el 96,6% de los menores en edad escolar, la ven diariamente y calcula que cuando los niños actuales alcancen los 60 años de edad, habrán pasado ocho años de su vida frente al televisor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Seva A. *Salud mental evolutiva*. Ed. Pórtico. Zaragoza, 1983.
- 2 Richard M. *Los dominios de la psicología*. Ed. Istmo. Madrid, 1972.
- 3 Méndez M. Educación, medios de difusión y salud mental. *Rev Neuropsiquiatr* 1977;VIII:24-30.
- 4 Ogilvy D. Entrevista concedida a EFE. Publicado en *Heraldo de Aragón* 13-10-85.
- 5 Cobo C. *Los niños prefieren la violencia*. Consulta Semanal, 1984.
- 6 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1976.
- 7 Cohen AK. *Delinquent Boys: The culture of the gang*. Free Press-Illinois, 1955.
- 8 Catania E. Informe "Violencia en Televisión". *Previsión* 1993;82:20-26.

F.J. Mendiguchia Quijada

Estudio de seguimiento de mil
casos de psiquiatría infantil a los
10 años de la primera consulta

Madrid

*Following-up study of thousand
children and adolescents during
the 10 years after the first
psychiatric consultancy*

RESUMEN

Se exponen los resultados obtenidos en una muestra de 1.000 niños y adolescentes en un estudio de seguimiento a los 10 años de la primera consulta, comprendiendo la evolución de la sintomatología y las integraciones familiar, escolar, laboral y social.

PALABRAS CLAVE

Estudio de seguimiento; Diez años; Pronóstico; Integración.

ABSTRACT

We are exposing the results obtained in the study of 1.000 children and adolescents, during the 10 years after the first consultancy, involving symptoms' evolution and the implications of the influences from the familiar, scholastic and social integration.

KEY WORDS

Following-up study; Ten years; Prognosis; Integration.

(*) Con mi agradecimiento a los psiquiatras Ballesteros, Ferrer, Gómez Pallete, Martín Herrero, Martín Prieto y Ocaña y los psicólogos Alejos, Arangaiz, Capano, Catalán y Saiz de Santamaría.

74 INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde a la necesidad de disponer de un estudio sobre cuál había sido el futuro de los niños que, por padecer algún trastorno psicológico de mayor o menor envergadura, habían sido llevados por los padres a la consulta del psiquiatra de niños y adolescentes.

Son 1.000 los casos estudiados y, aunque somos conscientes de que no representan más que una muy pequeña parte de los casos habidos en toda España durante ese tiempo, creemos que es una muestra muy representativa.

Si revisamos la bibliografía sobre estudios de seguimiento (*follow-up*), vemos que no son muchos los trabajos publicados, refiriéndose la mayoría de ellos a cuadros clínicos concretos, niños hiperactivos, psicosis, problemas de conducta, etc. y solamente algunos contemplan toda o la mayor parte de la Psiquiatría Infante Juvenil. Tales son las publicaciones de Cunningham, Westerman y Fischhof (1956) y Kellman, Branch y Rusell (1981) en EEUU, de Warren (1965), Robins (1970 y 1979), Mellsop (1972) y Graham y Rutter (1973) en Inglaterra, de Malmivaara, Keinamen y Saarelma (1975) en Finlandia y de Curman y Nylander (1976), Otto y Otto (1978) y Nylander (1979) en Suecia.

Una vez que decidimos hacer el estudio elegimos un tiempo de 10 años porque la mayoría de los trabajos hechos comprenden este período; sólo el trabajo de Nylander comprende 20 años.

Inmediatamente nos planteamos qué datos o ítems necesitábamos obtener en la revisión de cada caso para poder formar un juicio de valor sobre la evolución del mismo y acabamos seleccionando los siguientes pues nos parecieron los más significativos:

1) Evolución de los síntomas que motivaron la consulta, para averiguar si: a) Habían desaparecido, b) Habían mejorado, c) Se mantenían iguales, d) Habían empeorado.

2) Integración familiar (relación con padres y hermanos, separación del núcleo familiar, formación de una nueva familia, etc.), valorándose en: a) Buena, b) Regular, c) Mala, d) Nula.

3) Integración social (relación con amigos, integración en grupos, formación de pandillas, asociabilidad, pre o delincuencia franca, etc.), valorándose en: a) Buena, b) Regular, c) Mala, d) Nula, e) Marginación y delincuencia.

4) Integración laboral, sólo para mayores de 17 años en el momento de la revisión (si tenían trabajo o no, qué clase de trabajo, paro, cambios frecuentes de trabajo,

etc.), valorándose en: a) Tiene un trabajo estable, b) Ha cambiado varias veces de trabajo, c) Trabaja en labores caseras, d) No trabaja ni estudia.

5) Nivel de estudios conseguido, es decir, qué grado habían alcanzado en sus estudios (EGB, BUP, FP, COU, Universidad), si ya no estudiaban, cuándo y por qué habían dejado los estudios, etc. Su valoración fue la que resultó más compleja y por ello dividimos los casos en tres apartados: i) Menores de 14 años, ii) de 14 a 17 años, iii) mayores de 17 años. Cada grupo se valoró del siguiente modo: a) Iban bien en los estudios, b) Tenían algún retraso, c) Hacían Educación Especial, d) Habían dejado los estudios y a qué nivel. Con los datos obtenidos se elabora un índice de fracaso escolar.

Una vez clasificados los 1000 casos con arreglo a estos criterios, los reunimos por síndromes con arreglo a la clasificación DSM-III-R o, en su defecto, la ICD-9 y confeccionamos unas tablas, una parte para cada síndrome, a las que se añadían criterios variados como "sintomatología asociada", "rasgos caracterológicos", "rasgos clínicos", "etiología", etc., variables según el síndrome (Tabla 1).

Por último, y según las valoraciones obtenidas por cada síndrome, dividimos a éstos, según su pronóstico total en: 1) Muy buenos, 2) Buenos, 3) Regulares, 4) Malos y 5) Muy malos.

ESTUDIO DE LA MUESTRA

Número de casos

Los 1000 casos recogidos se agrupan en 62 síndromes. De ellos, 870 casos lo hacen en 29 síndromes que cuentan con más de 10 casos cada uno (con más de 50 en seis de ellos), otros 84 lo hacen en 12 síndromes que cuentan con 5 a 10 casos y los otros 46 restantes en 20 síndromes que tienen menos de cinco casos cada uno (seis de ellos con un solo caso). Se aprecia pues que el 95,40% de los casos se encuentran enmarcados en síndromes de más de cinco casos y que el 40,10%, también de la totalidad, lo hace en síndromes de más de 50 casos cada uno (Fig. 1).

Sexo

Se aprecia un claro predominio de los varones, 644 casos, sobre las hembras, 356 casos (Fig. 2).

Tabla 1 DSM-III-R. Nº de casos 57

Varones 39 (*)		Hembras 18				<i>Integración familiar</i>		<i>Integración social</i>		
<i>Edad</i>				<i>Evolución síntomas</i>		Buena	52	Buena	49	
0-1	6-7	20	12-13	8	Desaparición	50	Regular	2	Regular	6
2-3	8-9	13	14-15	3	Mejoría	2	Mala	1	Mala	1
4-5	10-11	11	16-17		Igualdad	5	Nula		Nula	Delinc.
								<i>Integración laboral</i>		
<i>C.I.</i>								Trabajo estable	12	
11-20	51-60		91-100	9			Cambio trabajo			
21-30	61-70		101-110	11			S.L.	3		
31-40	71-80	1	111-120	3			No trabaja	4		
41-50	81-90	4	121-130				Taller protegido			

Nivel de estudios

<i>Menores de 14 años</i>		<i>Más de 17 años</i>	
Sin retraso		Educación especial	
Con retraso (uno o más cursos)		No terminó EGB	
Educación especial		Terminó EGB y lo dejó	
		Graduado escolar	
<i>De 14 a 17 años</i>		Sigue	
Educación especial		FP	
No terminó EGB		Lo dejó	
Terminó EGB y lo dejó		Sigue	
Graduado escolar		BUP	
FP		Lo dejó	
Sigue		Terminó FP o BUP	
Lo dejó		COU-Universidad	
BUP			
Sigue			
Lo dejó			
		<i>Fracaso escolar</i> 17	
		29,82%	
		<i>C.I. medio total</i> 98,92	
		<i>C.I. medio BUP o Universidad</i> 105,50	

(*) En un caso no se pueden valorar las integraciones y el nivel de estudios por haber padecido posteriormente una demencia post-traumática, aunque a los 19 años era enurético.

<i>Sintomatología asociada</i>		<i>Tipo de enuresis</i>		<i>Rasgos caracteriológicos</i>		<i>EEG</i>	
Espina bífida	3	Primaria	53	Inquietud	13	Normal	4
Convulsiones febriles	1	Secundaria	4	Irritabilidad	7	Irregular	8
Tics	1			Timidez	6	Patológico	1
Asma	1			Estabilidad	5		
Criptorquidia	1			Rasgos obsesivos	1		
Incontinencia diurna	1			Conducta regresiva	2		
				Mutismo	1		

Motivo de desaparición

Espontáneo	25	Embarazo de la madre	2	Al curarse un hermano	1
Imipramina	5	Pipí-Stop	1	Muerte del padre	1
Psicoterapia	2	Curandero	1	Primera relación sexual	1
Imipramina más psicoterapia	1	Calendario	1	Internamiento hospitalario	1
Comienzo menstruación	6	Ejercicios de columna	1		

Edad de desaparición: X = 11,83 años

76

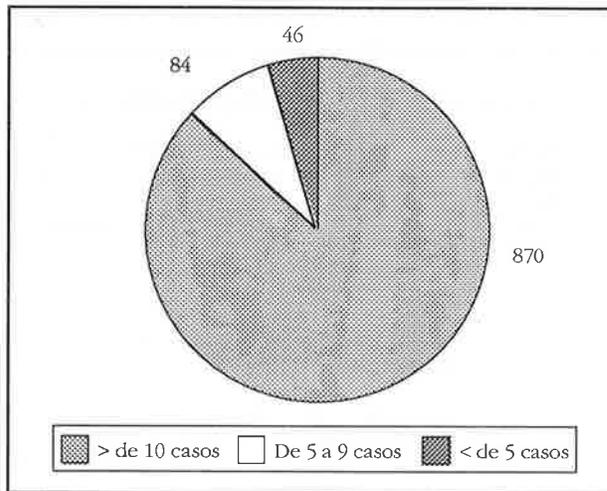


Figura 1. Número.

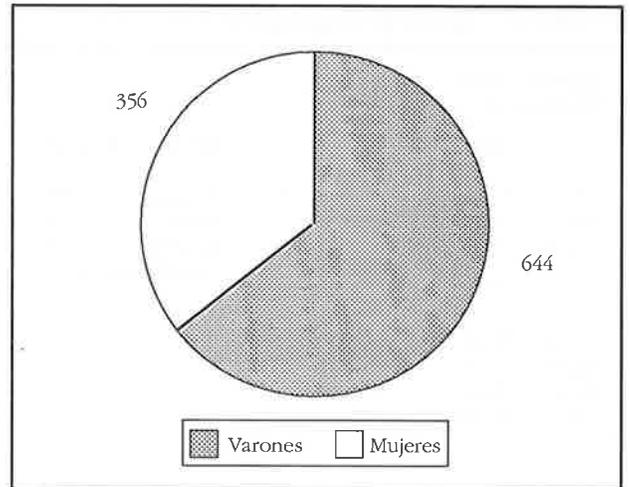


Figura 2. Sexo.

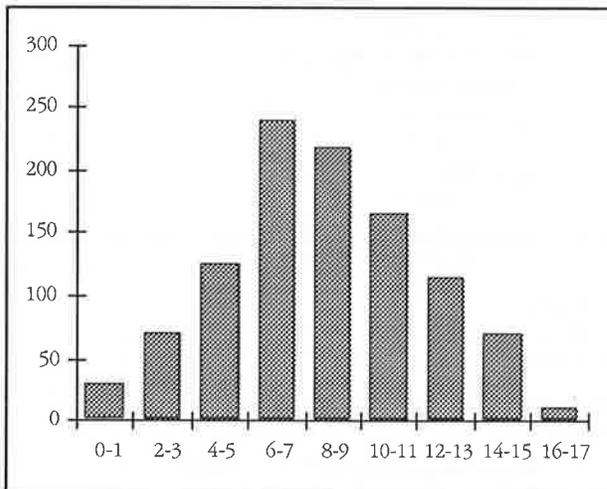


Figura 3. Edades.

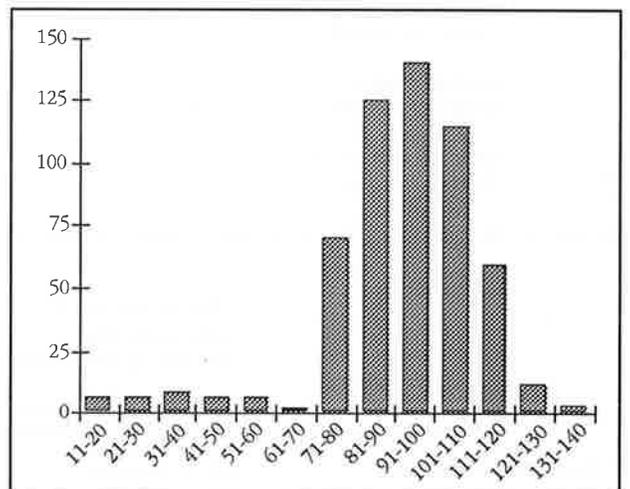


Figura 4. Niveles mentales.

Edad

Las edades que se manejan en este estudio son las de la primera consulta, que no coinciden, en la mayoría de los casos, con la edad del inicio del proceso patológico (Fig. 3).

Nivel mental

Prescindiendo de los casos de deficiencia mental, que por definición tienen un CI por debajo de 70, de los 856 restantes se han explorado los CI en 552 (64,48%),

obteniéndose un CI medio de 92, lo que nos quiere decir que el nivel medio, aun dentro de la normalidad, es un poco bajo (Fig. 4).

Como ejemplo de los datos recogidos para el estudio de cada caso exponemos uno de los mil que componen el trabajo total: D.S.C 14 años, varón. Hace un año, coincidiendo con el nacimiento de una hermana y con un ligero cuadro obnubilatorio por haber tomado un comprimido de codeína y otro de un ansiolítico, cosa que hizo para que "le subiera la fiebre" y así no ir al colegio, ha presentado un cambio en su comportamiento, se ha

hecho mentiroso, roba cosas y dinero en casa, y en el colegio y se ha negado a estudiar. Por otra parte es abierto, sociable y simpático; CI=104. A los 24 años: dejó los estudios en 8º de EGB y trabaja de forma discontinua porque se cansa enseguida de los trabajos que consigue. Haciendo el Servicio Militar robó una caja fuerte por lo que fue arrestado. Hace poco ha tenido un accidente de moto y murió la chica que iba con él. Sigue siendo muy sociable pero en casa las relaciones son regulares nada más, "se toleran" según expresión de la madre.

RESULTADOS

Se describen resumidos los resultados obtenidos en cada síndrome.

V71.09 Ausencia de alteraciones

Se reúnen en este grupo 24 casos de niños por diversos motivos y en todos ellos las exploraciones no revelaron ninguna patología, la mitad varones y la mitad hembras. La media de edad es de seis años y el CI medio de 103. Las integraciones familiar y social son buenas en el 93% y no hay ningún caso de fracaso escolar, sólo un retraso de un año en cinco de ellos. Los mayores de 17 años todos estudian o trabajan.

V62.30 Problemas escolares

Comprende este grupo 54 casos en los que el único o principal problema es su bajo rendimiento escolar, no debido a bajo nivel mental ni a ningún trastorno psiquiátrico. Hay 24 varones y 20 hembras; su media de edad es de nueve años (6 a 14) y su CI medio es de 95. Su personalidad es estable en la mayoría de los casos aunque hay 16 de ellos que presentan rasgos evidentes de pasividad y retraimiento y seis que son algo inquietos. Las integraciones familiar y social son buenas en el 94% de los casos, prácticamente como en la ausencia de alteraciones, pero la integración laboral no llega más que al 68%. Lo más significativo es que el fracaso escolar alcanzó con el tiempo el 48%

V40.00 Capacidad intelectual límite

Comprende 55 historias que en el seguimiento se reducen a 54 por fallecimiento de un chico en accidente

de automóvil; con un CI entre 71 y 84 y que no presentan más problemas que los derivados de su bajo nivel intelectual. Son más frecuentes los varones 33 (60%) que las hembras (40%). La integración familiar es buena en el 85%, pero ya la social baja al 55% y la laboral también al 56%, con cuatro casos que trabajan en talleres protegidos. Hay un caso de mejoría en un hipotiroidismo tratado y un caso de empeoramiento en un Sturge Weber. El fracaso escolar alcanza al 52% y 12 chicos tuvieron que estudiar en colegio de Educación Especial.

77

317.00 Retraso mental leve

Se recogen 82 casos con un CI entre 51 y 70 (media 59,55). El 67,2% son varones (55) y el 32,92% hembras (27). La edad comprende desde los tres meses a los 15 años, apreciándose en la curva de frecuencia dos picos, uno que corresponde a los tres primeros años (el hospital Fray Bernardino Álvarez tenía un servicio de rehabilitación precoz) y el otro a los 8-9 años. En un Down su CI sube de 55 a 66, en tres permanecen estacionarios y en los otros 24 (total 28 Down) los CI bajaron. También sufrieron una regresión, una encefalopatía post-varicelosa y una anoxia de parto. En cambio una encefalopatía rubeólica pasó de un CI de 65 a los tres años a otro de 85-90 a los 13, al mejorar su audición mediante una prótesis. La integración familiar no es mala, más que un 2,43%, siendo buena en el 82,92% y regular en el 10,97%; sin embargo hay tres casos de internamiento. La integración social es mucho peor, sólo es buena en 20 casos (24,69%), regular en 18 (22,22%), mala en 36 (44,44%), nula en cinco (6,17%) y hay dos casos de pre-delinuencia (2,43%). Hay más casos de trabajo en talleres protegidos, 11 (47,82%), que en condiciones laborales normales, ocho (34,78%). Hay dos chicas casadas (SL). En 54 casos la educación se hizo en colegios de educación especial (66,66%), y el resto en colegios normales. Tres chicos terminaron, aunque con retraso, la EGB; otro obtuvo el título de Graduado Escolar, otro llegó hasta BUP y otro terminó FP.

318.00 Retraso mental moderado

Son 36 los casos con un CI comprendido entre 36 y 50 (43 de media), de los que 23 son varones (63,88%) y 13 hembras (36,12%). Hay un caso de muerte por meningitis en un Down. El caso de peor evolución sintomática fue

78 46870 una microcefalia que a los 16 meses tenía un CI de 55 y a los cuatro años era profundo, con autolesiones que motivaron la enucleación de un ojo. La integración familiar es buena en 30 casos (80%) mientras que la social no es buena en ningún caso, sólo hay seis con regular (17,14%), 28 con mala (80%) y una nula. Hay siete casos de trabajo en taller protegido (53,84%) y sólo uno tiene un trabajo estable de "ayudante" en un taller. Sólo saben leer y escribir bien en dos casos, lo hacen regular en nueve. Fueron a colegios de e.e. 32 (88,88%), uno lo hizo en un colegio normal y dos no pudieron asistir a ninguna escolarización.

318.10 Retraso mental grave

Se recogen 16 casos con CI comprendido entre 21 y 35, con un CI medio de 29. Hay nueve varones (56,25%) y siete hembras (43,73%). La edad varía entre 11 meses y 11 años con una media de edad de cinco años. Hay un Down con catarata congénita que desarrolló una conducta autística que mejoró mucho al ser operado y obtener una visión bastante aceptable. La integración familiar sólo es buena en cuatro casos (26,26%), regular en otros cuatro (26,26%) mala en seis (40%) y nula en ocho (53,33%). Sólo hay un caso que trabaja en un taller protegido. La integración social no es buena en ningún caso, es regular en uno (6,6%), mala en seis (40%) y nula en ocho (53,33%). De los 16 casos, 14 fueron a colegios de e.e. y uno no pudo asistir a ninguna clase de colegio

318.20 Retraso mental profundo

Hay 10 casos con un CI por debajo de 20 con una media del mismo de 16. Son siete los varones (70%) y tres las hembras (30%). La edad está comprendida entre los dos y los 15 años, con una media de seis años. Hay un caso de muerte por crisis asmática y otro por neumonía. No hay ni un solo caso de integración familiar ni social buena, cinco de integración familiar regular, cinco de integración familiar mala con tres de la social e integración nula social en cinco casos (62,50%). La mitad de los casos están internados y la otra mitad está en casa "porque no los pueden tener en ningún sitio".

295.9 Esquizofrenia

Se recogen 11 casos, tres de los cuales se producen en deficiencias mentales previas. Hay un claro predomi-

nio del sexo masculino sobre el femenino, siete (63,63%) y cuatro (36,36%) respectivamente. Excepto un caso de seis años que cursó extrañamente en forma de brote, los demás tienen una edad de 10 a 16 años, con una media de 13 y una moda de 14-15. Como hecho significativo tenemos que los casos de esquizofrenia "injetada" en deficiencia mental son los de mejor pronóstico, ya que en los tres los síntomas psicóticos acabaron desapareciendo, mientras que en el resto, sólo mejoraron dos y los seis restantes permanecieron igual o empeoraron (18,18% de mejoría, 27,27% de igualdad y 27,27% de empeoramiento). Uno está en BUP, otro lo terminó, otro llegó hasta FP y el resto no pudo terminar EGB, habiendo asistido cuatro (entre ellos los tres deficientes) a centros de e.e. La integración familiar es buena en cuatro (36,36%), regular en seis (54,54%) y mala en uno (9,09%) y la social buena en cuatro (36,36%), regular sólo en dos (18,18%) y mala en cinco (45,45%). Hay cinco internados o que no salen para nada de casa, uno que tiene un trabajo estable, otro que ha cambiado varias veces de trabajo y cinco que lo hacen en talleres protegidos.

299.00 Trastorno autista

El criterio de la DSM-III-R es un poco amplio a este respecto pues incluye el síndrome de Heller y la psicosis desintegrativa. Tenemos 24 casos con un claro predominio de varones, 17 (70,83%) sobre hembras, siete (29,16%) y con edades que varían entre los dos y los 12 años, siendo la media de edad la de seis años, aunque la edad de comienzo de los casos es de cero a tres años en el 83,33%. Los CI varían entre 33 y 57 con una media de 49,66 (sólo se pudieron obtener en seis casos). La evolución de la sintomatología es mala pues sólo mejoran ligeramente el 25%, empeorando en el 35%, permaneciendo el resto igual. Ninguno pudo tener una escolaridad normal y estaban internados cuatro (17,39%), cinco asistían a centros especiales para autistas y 14 a centros para deficientes. A los 10 años sólo uno tenía un lenguaje normal, nueve un lenguaje muy pobre y algo más de la mitad, el 52,31% no tenían lenguaje en absoluto. El diagnóstico se mantenía en la mitad de los casos, dos eran considerados psicóticos, cuatro se conceptuaban como deficientes y en un caso el diagnóstico era controvertido entre los tres anteriores. La integración familiar buena o regular es del 43,46%, mala en dos casos y nula en 11

casos (47,82%) y la social mala en dos casos, nula en 19 (82,60%) y sólo regular en otros dos casos. La integración laboral es nula en cuatro casos (80%) y sólo uno trabaja en un taller protegido. Sólo uno de los casos, precisamente el de diagnóstico controvertido al cabo de los años, cursa el 3º de EGB a sus 16 años. Ocho de ellos, toman casi continuamente neurolépticos.

299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

En este grupo bastante ambiguo de la DSM-III-R, hemos podido encuadrar siete historias, todas ellas de varones, con edades entre dos y nueve años (media de edad cinco años). El CI, sólo conocido en dos casos (88 y 98) muestra claramente su diferencia con el autismo. La evolución es también bastante mejor pues los síntomas desaparecen en dos casos, mejora en uno, quedan igual en dos y empeoran sólo en uno. El comienzo real de los síndromes es muy precoz, en cinco aparecen antes del año y en dos entre uno y dos años. La integración familiar es buena en cinco casos y regular en uno, (ha habido un caso de muerte por accidente) y la integración social es mitad mala y mitad buena o regular y no hay ninguna nula. Hay cuatro estudiando en centros de e.e. y dos llevan los estudios con normalidad aunque uno lleva un curso de retraso y el otro terminó EGB y dejó los estudios. En conjunto parece un grupo no muy bien definido y que, aunque no tiene la malignidad del autismo, su pronóstico tampoco es demasiado bueno.

296.2 Depresión mayor, episodio único

Sólo aparecen cuatro casos, con más hembras, tres (75%) que varones, uno (25%), con edades que varían entre 10 y 15 años (media de 13). Hay una evolución buena en cuanto a sintomatología pues desaparece en dos casos, en otro mejoró mucho aunque sigue con antidepresivos a temporadas y en el otro desapareció pero la muerte del novio reavivó el cuadro durante unos meses. La integración familiar es buena en la mitad de los casos y regular en la otra mitad, siendo la social un poco peor pues es buena en dos, regular en uno y mala en otro. De los mayores de 17 años, uno tiene un trabajo estable y el otro no estudia ni trabaja. De los tres casos que estudian, uno terminó el BUP y los otros dos son universitarios (uno de los casos estudia y trabaja).

300.40 Distimia o neurosis depresiva

Se recogen seis casos, mitad varones y mitad hembras con edades que comprenden de los 11 años a los 16 años (media de 12 años). Hay desaparición de los síntomas en tres de los casos, 50%; otro se mantiene igual, y en los otros dos casos hay una mala evolución con empeoramiento, uno de ellos hizo una anorexia-bulimia. La integración familiar es buena en cuatro (66,66%) y mala en dos (33,33%) y la social buena en tres (50%), regular en dos (16,66%) y mala en dos (33,33%). Sólo hubo un caso de abandono de estudios y los otros cinco van bien. La integración laboral es buena en todos los casos (tres en trabajos estables y una casada SL).

309.00 Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido

Podemos recoger 19 casos que pueden entrar dentro de este apartado con predominio femenino, 13 chicas por sólo seis varones (68,42% y 31,57%). Los años comprenden de 9 a 15 con una media de 11 años y medio. Hay dos casos de intento de suicidio. Los síntomas depresivos desaparecen totalmente en 10 (52,63%), mejoran en tres (15,78%), están iguales en cinco (26,31%) y sólo empeora un caso (5,26%). La integración familiar es buena en general (14 buenas y cinco regulares) y un poco menos la social (12 buenas, seis regulares y una mala). Sólo hay dos casos en que no trabajan ni estudian y hay cuatro universitarias, cinco estudiando BUP, tres no terminaron EGB, y dos dejaron los estudios en FP y BUP, arrojando un fracaso escolar del 25%. Las causas de las depresiones fueron: cinco por vivencia de enfermedad, cuatro por desavenencias entre los padres, tres por muerte de un hermano, dos por muerte del padre y el resto por otros diversos motivos.

296.4 Trastorno bipolar maníaco

Se recogen sólo dos casos, uno claramente maníaco y el otro de una hipomanía acusada. Los dos son varones, con 12 y 13 años, uno evolucionó hacia la normalidad y el otro a una franca psicosis maniaco-depresiva con internamientos por dicha causa. El caso hipomaniaco tuvo una buena integración social y familiar y trabajaba de vendedor ambulante, el otro tuvo integraciones malas en ambas y no trabaja ni estudia nada.

80 300.60 Trastorno por despersonalización

Aparece en dos historias, un varón y una hembra, ambos con 12 años. Uno de los casos consistía en "cómo perder la conciencia sin perderla, como si no fuera yo y fuera otro", en el otro "crisis de desorientación auto y alopsíquica, confusión mental y amnesia posterior", ambos con EEG normal. Los dos mejoraron, uno con disminución notable de las crisis y el otro con desaparición total de los síntomas. Las integraciones son buenas en ambos casos, los dos estudian, la chica FP y el chico 1º de Telecomunicaciones.

300.15 Trastorno disociativo no especificado

Corresponden al antiguo concepto de neurosis histérica y se recogen cuatro casos, tres hembras (75%) y uno varón (25%), con una media de edad de 10 años. Su CI medio fue de 103. EEG normal en los cuatro. Las crisis agudas desaparecieron en los cuatro casos a los 12, 13, 14 y 16 años, tres espontáneamente y una chica al sacarla del internado en que estudiaba. La integración familiar fue buena en tres casos, y mala en uno, lo mismo que la integración social. Una terminó FP, otro está en la Universidad, otra estudia EGB pero bastante retrasada y la otra dejó FP y es cantante en un grupo de Rock "sin ganar nada".

300.21 Trastorno por ansiedad con agorafobia

No hay más que un solo caso, una hembra de nueve años, con crisis de pánico, si se queda sola en el W.C. o al subirse a los autobuses. Las crisis agudas desaparecieron, pero tiene fobia a los ascensores por haberse quedado encerrada en ellos en tres ocasiones. Las integraciones familiar y social son buenas y acaba de terminar COU.

300.290 Fobia simple

Tenemos 10 casos, seis varones y cuatro hembras, con edades comprendidas entre 3 y 12 años (ocho años de media). El CI medio fue de 102 en los casos en que se obtuvo. Dos casos fueron de fobia escolar. La evolución sintomática fue la siguiente; las fobias desaparecieron en seis casos, mejoraron en dos, permanecieron iguales en uno, y hubo otro caso que fue empeorando progresivamente hasta desarrollar una esquizofrenia,

aunque, de los que curaron sus síntomas fóbicos, hubo tres casos de depresión y uno de heroínomanía. El nivel de estudios fue bastante bueno, solamente dejó los estudios el esquizofrénico y hay tres en la Universidad. La integración familiar fue buena en siete, regular en uno y mala en dos, la social buena en cinco, regular en dos y mala en tres.

300. Trastorno obsesivo-compulsivo

Son 23 los casos, prácticamente la mitad varones y la otra mitad, hembras, 12 y 11 respectivamente, con edades que van de los siete a los 14 años, con una media de edad de 10 años. El CI medio en los seis casos en que se obtuvo fue 100. Desaparecieron los síntomas en la cuarta parte de los casos, seis (46,08%), mejoraron en la mitad, 13 (56,52%) y permanecieron iguales en cuatro (17,39%). Estos cuatro peores casos fueron precisamente los de comienzo más tardío y tenían en común su obsesión por la limpieza (dos a los 14 años y dos a los 11), mientras los que comenzaron anteriormente, sobre todo los que lo hicieron alrededor de los siete años tuvieron el mejor pronóstico. La integración familiar es buena en 21 (91,30%) y sólo regular en dos (8,69%) y también la social con un 82,60% de buenas (19 casos) y un 17,39 de regulares (cuatro casos). La integración laboral es también bastante buena pues trabajan todos los que están en edad menos dos (13,33%). Hay fracaso escolar en ocho (34,78%) pero seis están asistiendo a la Universidad.

300.70 Trastorno somatoforme indiferenciado

Aunque estos trastornos forman parte de muchos síndromes especificados, sólo se obtiene un caso sin más patología que éste. Se trata de una niña de nueve años con dolores abdominales y EEG normal. A los 19 años ha sido diagnosticada de colon irritable. Bien integrada familiar y socialmente y está estudiando 2º de Químicas.

315.00 Trastorno del desarrollo del cálculo aritmético

Sólo hay dos casos de hembras con 7 y 10 años, con CI de 123 y 112, a las que "se les daba mal las matemáticas" y que 10 años después seguían con el mismo problema. Una repite 2º de BUP por su trastorno y la otra hizo FP. Las integraciones son buenas en ambas.

315.80 Trastorno del desarrollo de la escritura

No hay ningún caso puro de este trastorno, pero se han seleccionado tres casos en los que el problema de la escritura era el más importante aunque hubiera también pequeños problemas de lectura. Son dos hembras (66,66%) y un varón (33,33%) con edades de cinco a siete años (media de seis años). El CI medio es de 100. En el caso más evidente había escritura en espejo y lectura de derecha a izquierda. El trastorno desaparece en dos de los casos y ha mejorado en el otro. La integración familiar y social es buena en dos casos y mala en el tercero. El nivel de estudios es poco satisfactorio, sólo un caso está haciendo FP, otro dejó sin terminar EGB y el otro va muy retrasado.

315.00 Trastorno del desarrollo de la lectura

Se recogen 22 casos con un predominio marcado del sexo masculino, 15 (68,18%), sobre el femenino, siete (31,18%), con edades comprendidas entre los seis y 14 años (media de ocho años). El CI medio es de 98, siendo de destacar que cinco casos tenían un CI por encima de 110. En más de la mitad de los casos (57,14%) había además trastornos de la escritura, en dos casos problemas de lenguaje oral y en otros dos retardo motriz. La desaparición total de problemas se produce en ocho (36,63%), con mejoría en 11 (50%) y permanece igual en dos (9,09%). La integración familiar, lo mismo que la social, es buena en 18 (81,81%), regular en dos y mala en dos (9,09%). El fracaso escolar llega al 40%.

315.39 Trastornos del desarrollo de la articulación

Hay 10 casos, seis varones y cuatro hembras. Las edades comprenden de los cuatro a los 10 años, con una media de seis años y medio. El CI medio es de 96. El problema cede en siete y mejora en tres. Las integraciones familiar y social son buenas en el 80% y 60% de los casos. Sólo hay un 20% de fracaso escolar, aunque en la mitad de los casos hay un curso, por lo menos de retraso.

315.31 Trastorno del desarrollo del lenguaje expresivo

Se recogen 16 casos con un ligero predominio de las niñas, 56,25%. La media de edad es la más baja de todo

el estudio, cuatro años, lo que es lógico dada la naturaleza del trastorno. El CI medio es un poco bajo dentro de la normalidad, 93. El problema desaparece en el 81,25% de los casos, mejora en el 12,50% y está igual en el 6,25%. Hay nueve casos en los que consta si hicieron o no tratamiento logopédico, los curados con tratamiento fueron tres y los curados sin él seis, lo que indica la índole madurativa del problema. La integración familiar arroja una cifra un poco extraña de un 37,50% de integraciones regulares o malas. La integración social es mejor, un 81,25% de buenas. El nivel de estudios es sólo regular y pues aunque el fracaso escolar es sólo del 12,50%, hay retraso escolar en el 90%.

315.31 Trastorno del desarrollo del lenguaje receptivo

Sólo aparece un caso claro de este problema, es un niño de cinco años, con un CI de 98 con comprensión verbal muy deficiente. A los 15 años todavía está en 5º de EGB, con una vida social muy limitada y que a los 12 años llegó a ser diagnosticado de autista. La integración familiar es buena pero la social muy mala, sale sólo con chicos deficientes, pues asiste a un colegio especial.

315.40 Trastorno del desarrollo de la coordinación

Se recogen 11 historias con un predominio de las niñas sobre los niños, 63,67% y 36,36% respectivamente. Aunque en la mayoría se notaron los primeros síntomas antes de los 12 meses, la media de edad de la consulta fue de ocho años y medio pero con una gran dispersión. En ningún caso desaparecieron completamente los síntomas aunque mejoraron en siete (63,63%) y estaban iguales en cuatro (36,36%). Las integraciones familiar y social fueron buenas en general (sólo una mala en la social). No hay más que un caso de fracaso escolar, el resto llevan bien los estudios.

314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperreactividad

Aunque en la DSM-III-R constituye un solo síndrome, para nuestro estudio lo hemos dividido en los tres grupos que lo hace la ICD-9: perturbación simple (314.0), con trastornos del desarrollo (314.1) y con problemas de conducta (314.2).

82 Se recogen un total de 119 casos: 74 de la forma simple, 16 con trastornos del desarrollo y 29 conductópatas. La proporción de varones es muy similar en los tres grupos, hay 3-4 varones por cada hembra. Las edades de los tres grupos son seis años y medio para los que tienen problemas del desarrollo, siete años y medio para los del grupo simple y ocho años para los problemas de conducta. Los CI obtenidos son muy similares en los tres grupos, 94 de media, aunque los que se acompañan de los trastornos de la lecto-escritura obtienen el CI inferior, 92. La desaparición o mejoría de los síntomas fueron como sigue: 63,50% en la simple, 68,75% en los trastornos del desarrollo y 68,48 en las conductopatías. Hay un solo caso de empeoramiento y corresponde al grupo de los conductópatas.

La integración familiar es buena en los dos primeros grupos, 75,67% en las formas simples y 100% en los trastornos del desarrollo, pero baja en los problemas de conducta al 55,17%. En la integración social pasa otro tanto, bastante buena en los dos primeros grupos pero en el tercero la proporción baja aún más, hay un 6,89% de mala integración y otro 6,89% de franca predelinuencia. La integración laboral, sin embargo, es peor en el primer grupo, el simple, con sólo 60,86% de trabajadores estables, proporción que sube al 75% en los trastornos de conducta y al 100% en el segundo grupo.

En el nivel de estudios sucede algo paradójico, obtienen los mejores resultados los que se acompañan de problemas de la lecto-escritura, sólo un 20% de fracaso escolar, mientras que estas cifras suben al 24,32% para los simples y al 27,58% para los conductuales. Es decir que en los fracasos influía más la hiperactividad y déficit de atención que los trastornos instrumentales.

Desde este estudio comparativo parece deducirse que, para el pronóstico, la presencia de trastornos de conducta es muy negativa y produce una peor integración familiar y social, por lo que creemos acertado que en ICD-10 aparezcan, como formas diferenciadas del síndrome hiperquinético, la forma simple y la forma con trastornos de conducta.

312.20 Trastorno de conducta tipo grupal

Tenemos sólo ocho casos, cuatro varones y cuatro hembras, con una media de edad de 13 años (comprenden desde los 11 a los 15 años). Su CI medio es de 104. La evolución no fue buena en general, pues un 63% está igual o peor al cabo de 10 años, con conducta franca-

mente delincuente en muchos de ellos (alcoholismo, drogas, prostitución). Es curioso el caso de un chico que tuvo una vivencia religiosa a los 17 años y acabó de misionero seglar y estudiante de teología. Las integraciones social y familiar son malas en la mitad de los casos, en cambio hay cinco con un trabajo estable, 62,50%. El nivel escolar también es muy malo pues hay un 75% de fracaso escolar.

312.00 Trastorno de conducta tipo agresivo solitario

Se recogen 79 casos, con claro predominio de los varones, 61 (77,21%) sobre las hembras, 18 (22,78%). Hay una gran dispersión de edades, desde los tres años a los 15 años, con una media de 10 años. El CI medio es de 10. Los síntomas desaparecen en 24 casos (30,37%), mejoran en 26 (32,9%), permanecen iguales en 15 (18,98%) y empeoran en 12 (15,18%), con un caso de suicidio, o sea que la tercera parte tienen un mal pronóstico. La integración familiar buena, no pasa del 44,30% mientras que la social sube al 59,49% (parece como si la incompatibilidad en la familia se enquistara con el tiempo). De todas maneras aparecen seis casos de marginación-delincente-drogas. En la integración laboral se da el más alto índice de "cambios de trabajo", el 21,21%, aunque había un 45,45% de trabajo estable. El fracaso escolar llega al 39,74%, aunque haya cinco universitarios. De los 79 casos había 18 (22,78%) de hogares nocivos y en ellos la integración familiar es mala en el 50% mientras que la media del grupo es de 31,65% y la social llega al 38,88% mientras que la media del grupo es de 18,98%, es decir, hay una manifiesta influencia del hogar en el futuro de estos niños.

313.81 Negativismo desafiante

Cumplen los requisitos de este nuevo cuadro de la DSM-III-R 32 casos con un ligero predominio de los varones, 56,25% sobre las hembras, 43,75%. La edad está bastante dispersa entre tres y 14 años con una media de nueve años y un máximo de casos entre los seis y los 11 años. El CI medio es de 101 (hay dos casos por encima de 120). Los síntomas llegan a desaparecer en 11 (34,37%), mejoran en ocho (25%), están igual otros ocho (25%) y empeoran en cinco (15,62%) (hay cuatro casos de consumo de droga, uno de depresión y un intento de suicidio). La integración familiar es

regular o mala en 17 (59,37%) mientras que en la social esta cifra es de 15 (46,87%), aunque los casos realmente malos fueron de 12 y siete respectivamente. Aquí vuelve a repetirse que la integración familiar es algo peor que la social. La integración laboral no es mala ya que tienen un trabajo estable ocho aunque haya cuatro que no lo hacen todavía. El fracaso escolar llega al 40,62%.

309.21 Trastorno por angustia de separación

Se recogen 20 casos, con un mayor número de hembras, 11 (55%) que de varones, nueve (45%). Las edades varían entre los cinco y los 13 años con una media de nueve años. El CI medio de los nueve casos en que se obtuvo es de 97. La sintomatología desaparece en 13 (65%), mejoría en cuatro e igualdad en tres. La integración familiar es buena en 16 (80%) y regular en cuatro y la social buena en otros 16 casos, mala en dos, y regular en otros dos. Tenían un trabajo estable en ocho casos (88,88%). El fracaso escolar fue del 30% (hay que tener en cuenta que la mitad de los casos fueron de shock a la entrada a la escuela). En la evolución posterior aparecen dos casos de ideas hipocondríacas y una depresión.

313.21 Trastorno por evitación

Este trastorno, es decir, la timidez y el retraimiento, aparece en 36 casos, con claro predominio de los varones, 25 (69,44%) sobre las hembras, 11 (30,55%). La muestra es muy dispersa pues comprende desde los cinco a los 16 años, con una media de edad de nueve años y una moda de 6-7 años. El CI medio es de 97. Los síntomas no desaparecen más que en ocho (22,22%), mejoran algo o están iguales en 26 (13 y 13) y aún empeoran en dos. Quizás lo más llamativo de la evolución es que en un caso se desarrolló una esquizofrenia, en dos tendencias paranoides, otros dos hicieron depresiones y uno tuvo problemas de identidad sexual a los 14 años. La integración familiar es buena en el 55,55%, regular en el 25% y mala en el 19,44% (20, 9 y 7 casos). Las cifras son muy parecidas en la integración social, tienen un trabajo estable el 50%, han cambiado de trabajo el 25% y uno ni estudia ni trabaja. El fracaso escolar se queda en un 22,22% (ocho casos), aunque había tres en BUP y ocho universitarios (el CI medio de éstos era de 106 en vez del 97 de la muestra total).

313.00 Trastorno por ansiedad excesiva

Se obtienen 17 historias, con claro predominio de los varones, 12 (70,58%) sobre las hembras, cinco (29,41%), siendo la media de edad ocho años. El CI medio de los casos en que se estudió fue de 103,33. Ningún caso empeoró con el tiempo, pero seguían igual cuatro (23,52%), estaban mejor seis (35,29%) y desaparecieron los síntomas en siete (41,17%). La integración familiar y social son buenas en el 88,23% y 82,35% respectivamente. Trabajan cuatro que es el 100%. El fracaso escolar es del 23,52%.

F93.3 (ICD-10). Trastorno por rivalidad al nacer el hermano

Aparecen en 33 casos como síntoma único o predominante, con claro predominio femenino 21 (63,63%) sobre el masculino, 12 (36,36%). La edad de la consulta varía entre tres y 12 años, con una media de siete años. Se obtienen los CI en nueve casos y dan una media de 105. La evolución de estos celos infantiles fue peor de lo que pudiera pensarse, pues sólo desaparecen en 15 (45,45%), mejoran 10 (30,30%), están iguales siete (21,21%) y aún hay uno que empeora. La integración social es buena en el 75,75% mientras que la familiar lo es sólo, lo cual es muy lógico, en el 66,66%. Trabajan cuatro (100%). El fracaso escolar es sólo del 6,06% aunque hay un 21,21% de retrasos.

307.10 Anorexia nerviosa

Sólo hay un caso, una chica de 14 años, con mala evolución, ha estado en tratamientos continuos y una vez estuvo en peligro de muerte. La integración familiar y social es mala y está terminando Farmacia.

307.52 Pica

Hay tres casos, dos hembras y un varón, con edades de cinco, ocho y 10 años y un CI medio de 88 (se obtuvo en los tres casos). El trastorno desapareció en todos a los 13, 14 y 19 años. La integración familiar fue buena un caso, regular en otro y mala en el otro y la social, buena en dos casos y mala en el otro. Hubo fracaso escolar en dos casos (recordar su CI). Lo que comían era: yeso de las paredes, tierra, jabón y pintura.

84 307.50 Trastorno de la conducta alimenticia no especificado

Tenemos seis casos, cuatro chicas y dos chicos, con una media de edad de siete años y un CI medio de 116. Había cuatro anorexias, una bulimia y una alimentación selectiva (sólo comía patatas fritas). Hubo desaparición, mejoría e igualdad en dos casos cada una. Las integraciones familiar y social fueron buenas en general (83,33%) aunque con un caso de integración familiar mala. Hubo fracaso escolar en dos casos.

307.46 Terrores nocturnos

Hay sólo cinco casos de terrores nocturnos sin más patología, cuatro varones y una chica, con una media de edad de cuatro años y medio. Desaparecieron en todos los casos y las integraciones fueron buenas y no hubo ningún caso de fracaso escolar. Uno de ellos duró hasta ocho años.

307.46 Sonambulismo

Hay tres casos, dos varones y una hembra, con una media de edad de ocho años. Su CI medio es de 102. Los EEG son normales. Desaparecieron en todos los casos. Las integraciones fueron buenas en las tres y el nivel de estudios fue bueno también.

302.60 Trastorno de la identidad sexual en la niñez

Se recogen seis casos, cinco de chicos y uno de una chica, con una media de edad de ocho años y un CI medio de 105. En la mitad de los casos los síntomas desaparecen y hay una perfecta adecuación a su sexo y en la otra mitad sólo quedaron una cierta pasividad y rechazo de la violencia en los chicos. La integración familiar fue buena en cinco y mala en otro y la social buena, regular y mala con dos casos cada una. Trabajan dos, lo que supone el 100%. Hay un caso de fracaso escolar.

302.82 Voyeurismo

Hay un solo caso que puede considerarse patológico, es un varón de nueve años, con CI de 112. La sintomatología desapareció a los 12 años. Las integraciones familiar y social son buenas. Dejó los estudios en 2º de BUP.

307.23 Trastorno de La Tourette

Tenemos nueve historias, todas de varones, de una media de edad de 11 años y un CI medio (se han recogido en cinco casos) de 88. La sintomatología sólo cede completamente en un caso, mejora en cuatro, está igual en tres y empeora en uno, lo que le indica su mal pronóstico. La integración familiar es buena en ocho (88,88%) y mala en uno. La integración social es bastante peor, sólo es buena en cuatro (44,44%), mala en otros cuatro y hay un caso de marginación-delinuencia. El trabajo estable es en cambio de un 71,42% y el fracaso escolar sube al 55,55%.

307.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos

Hay ocho casos, la mitad varones y la mitad hembras, cuatro y cuatro, la media de edad es de nueve años y el CI medio (sólo dos casos) es de 101. Los síntomas desaparecen en seis (75%) y mejoran en los otros dos. La edad de desaparición de los tics comprendió de los nueve a los 17 años. Las integraciones familiar y social son buenas en seis y siete de los casos y no hay ninguna mala. El nivel de estudios no es malo y sólo hay dos casos de fracaso escolar.

307.21 Trastorno por tics transitorios

Sólo hay un caso, un varón de 15 años a partir de una herida en un ojo que desapareció en poco tiempo. Las integraciones buenas y su nivel de estudios también.

307.30 Trastorno por estereotipias/hábitos motores

Hay seis casos, tres varones y tres hembras con una media de edad de ocho años, su CI medio (sólo de dos casos) es de 92. Desaparecen los síntomas en cinco y mejoran en el otro. La integración familiar es buena en cuatro (66,66%) y mala en dos (33,33%) y la social buena en cuatro y regular en dos. No hay fracaso escolar en ningún caso.

307.70 Encopresis funcional

Hay nueve casos, todas en varones, seis primarias y tres secundarias. La media de edad es de 10 años y el CI

medio es de 100. Desaparece en todos los casos, en edades que variaron de ocho a 17 años, con una media de 12. Las integraciones familiar y social fueron buenas en el 100% y el 88,88% respectivamente, trabajaban con estabilidad en tres casos (75%) y el fracaso escolar es del 22,22%. Hay también cuatro casos que acompañaban a otros síndromes no oligofrénicos que curaron todos.

307.60 Enuresis funcional

Hay 57 casos como síntoma único y otros 50 acompañando a otros síndromes. Noventa y siete son primarias y siete secundarias. En los primeros 57 casos hay 39 chicos y 18 chicas (68,42% y 31,59%) con una media de edad de nueve años y el CI medio es de 98. Desaparece la enuresis en 50, persiste mejorada en dos y sigue igual en cinco, éstos con edades entre 18 y 20 años. La edad de la desaparición comprende desde nueve a 24 años, con una media de 12-13 años. En 20 de ellos la desaparición fue espontánea y los demás con diversos tratamientos. La integración familiar fue buena en 52 (92,85%), regular en dos y mala en dos. La integración social buena en 49 (87,50%), regular en seis y mala en una. No estudian ni trabajan cuatro (21,01%) y sí lo hacen 15 (88,93%). El fracaso escolar llega al 30%. En los otros 50 casos hay también curación en el 100% a una media de edad de 12 años.

307.70 y 307.60 Encopresis y enuresis funcionales

Con ambos síntomas tenemos seis casos, todos varones, con una media de edad de siete años y medio, siendo el CI medio de 106. La enuresis desaparece en todos los casos menos en uno que tenía una espina bífida oculta y la encopresis en todos. Las integraciones familiar y social fueron buenas y el fracaso escolar fue del 33,33%.

307.00 Tartamudez

Son 21 los casos, 17 varones (80,95%) y cuatro hembras (19,05%), con edades que van de los tres a los 15 años, con una media de ocho años, aunque la edad de aparición real fue con una media de cinco años y medio. El CI medio es de 107. La evolución es bastante mediocre, sólo desaparece en el 28,57% mejora algo en otro 28,57%, y no se modifica en el 42,85%. Las integraciones

son bastante buenas en general, 95,23% para la familiar y 85,71% para la social. Trabajan establemente seis, (100%) y el fracaso escolar es sólo de 14,28%. El acomplejamiento evidente, tan frecuente en la primera consulta, desaparece después menos en un caso.

313.23 Mutismo selectivo

Hay cuatro casos, dos varones y dos hembras, con una media de edad de siete años. El mutismo desaparece en los cuatro casos. La integración familiar es buena en el 100% y la social 50% buenas y 50% regulares. En dos casos abandonaron los estudios en EGB.

313.82 Trastorno de la identidad

Sólo se recogen dos casos, un varón y una hembra, de 13 y 15 años. La chica evolucionó muy bien pero el chico sigue siendo raro e inseguro. La integración social es buena en la chica y mala en el chico. La integración familiar buena en los dos. La chica está trabajando ya y el chico dejó sus estudios en 7º de EGB por su gran miopía.

313.89 Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia

También tenemos sólo dos casos, un niño y una niña, de dos y cuatro años. Sus CI son algo más bajos, 92 y 89. Los casos evolucionaron bien, lo mismo en su sintomatología, que en sus integraciones familiar y social y en el nivel de sus estudios en cuanto mejoraron sus condiciones de vida afectiva.

316.00 Trastornos psicológicos que afectan al estado físico

Hay otros dos casos, los dos varones, de seis y 10 años que padecían asma y alopecia areata y asma. En un caso el asma se cronificó y en el otro desaparecieron, el asma antes de la primera consulta y la alopecia a los 12 años. La integración social y familiar del asmático que se cronificó son buenas y regulares en el otro. Uno trabaja y el otro estudia BUP.

310.2 Síndrome postcontusión.

Se recogen cuatro casos, dos varones y dos hembras, con una media de edad de nueve años. Los síntomas

86

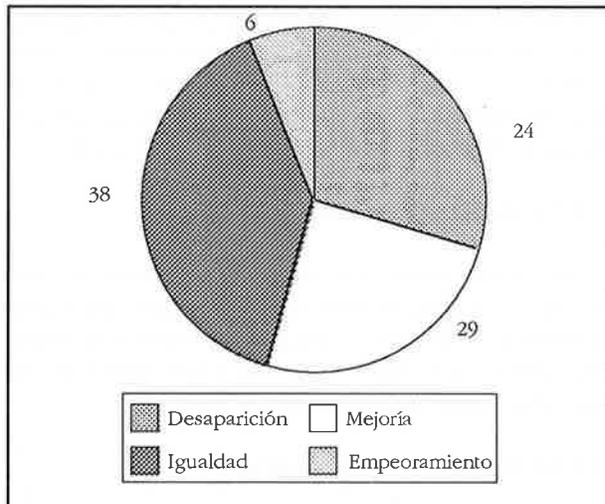


Figura 5. Evolución de la sintomatología %.

desaparecieron totalmente en un caso, mejoraron en dos y empeoró en uno. La integración familiar es buena en un caso y mala en tres, en cambio la social es buena en tres y mala en uno. Sólo el caso de peor evolución tiene la incapacidad laboral y los otros tres llevaron bien sus estudios. Una de las chicas es estudiante de Derecho.

310.8 Otros trastornos mentales no psicóticos por lesión orgánica del cerebro

Se recogen tres casos (hidrocefalia, astrocitoma del nervio óptico y meningitis linfocitaria). Los tres son varones y la media de edad fue de cinco años y medio. El CI medio fue de 89. La sintomatología no desapareció en ninguno, mejoró en dos y empeoró en uno. Las integraciones familiar y social son regulares, sólo hay una buena en cada una de ellas. El nivel de estudios es bueno en un caso y malo en los otros dos.

343 Parálisis cerebral

Hay 15 casos, 10 chicos y cinco chicas. Las edades son muy variables, de uno a 14 años, con una media de seis años. En el nivel mental hay también una gran dispersión pues varían de 13 a 103, con un CI medio de 60. La evolución es mala en general, sólo en dos casos los síntomas mejoran, hay un empeoramiento con muerte

por convulsiones y en los demás persisten los problemas más o menos con la misma intensidad (el caso de CI de 13 a los tres años pasó a 40-50 a los 14, lo más probable por error diagnóstico en la primera medición). La integración social es francamente mala, sólo tres logran una integración buena, en un caso es regular, cuatro son malas y seis muy malas o nulas, dependiendo en gran parte, no sólo de sus dificultades motóricas, sino sobre todo, del nivel mental (CI de 97 de media para los casos buenos y regular, 58 para los malos y 47 para los nulos). La integración familiar es buena en 13 casos (85,71%). Trabajan sólo dos, uno en la sección de empaquetado de una fábrica y otro en un taller protegido. En cuanto al nivel de estudios, siete han tenido que ir a centros de e.e. cuatro colegios normales y tres no han podido escolarizarse por diversos motivos. El fracaso escolar llega al 80%.

345 Epilepsia

Hay 16 casos, de los cuales cinco corresponden al síndrome de West, tres al de Lennox, cuatro a epilepsia temporal y otros cuatro a Gran Mal. La media de edad es de cuatro años y medio y los CI 28,36,100 y 92 para las cuatro formas antedichas y en el mismo orden. La sintomatología (crisis) desaparecen en la mitad de los casos de Gran mal y epilepsia temporal, habiendo en esta última forma un caso de empeoramiento. Repartiéndose mejoría, igualdad y empeoramiento. 1-1-1 para el Lennox y 1-3-1 en el West. Las integraciones familiar fueron: en el West nula en el 100%, en el Lennox mala y nula al 50%, en el Gran mal buena en el 100% y en la epilepsia temporal buena en el 75% y nula en el 25%. Las integraciones sociales fueron: 33,33% en el Gran mal, buena en el 100% y en la epilepsia temporal buena en el 75% y nula en el 25%. El fracaso escolar es del 100% en el West y en el Lennox, del 25% en el Gran mal y del 50% en la epilepsia temporal.

388-389 Sordera

Se vieron seis casos, dos de los cuales desconocían el problema cuando consultaron y los padres creían que eran deficientes y los otros cuatro por alteraciones de comportamiento secundarias a su hipoacusia. La mitad eran varones y la otra mitad hembras y sus edades varían entre dos y seis años en cinco de los casos y hay uno con 12 años. Los CI manipulativos

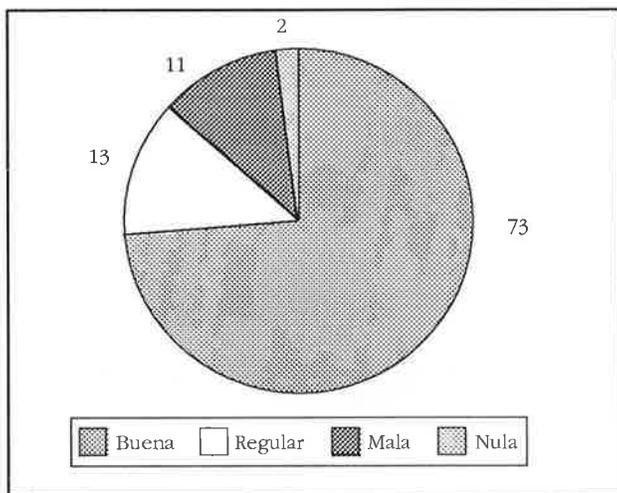


Figura 6. Integración familiar %.

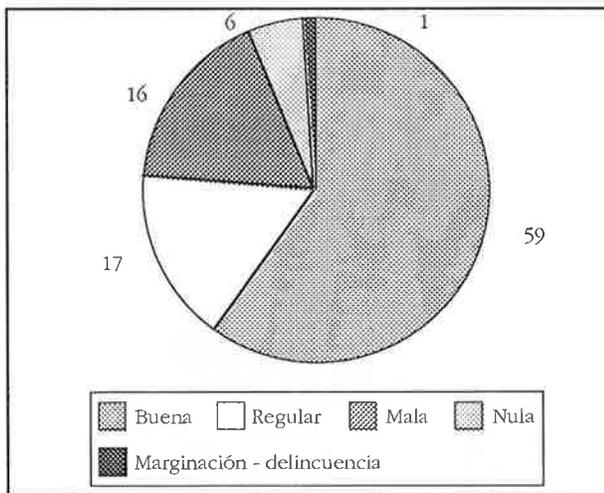


Figura 7. Integración social %.

tienen una media de 96. Su sintomatología auditiva mejoró en el 83,33% los casos con el uso de prótesis y adquirieron el lenguaje hablado también en el 83,33%. La integración familiar es buena en el 100% y la integración social buena en tres, regular en dos y mala en uno, (50%, 33,33% y 16,16%).

RESUMEN

Evolución de la sintomatología

Desaparición de los síntomas	289	29,85%
Mejoría de los síntomas	238	24,58%
Igualdad de los síntomas	374	38,63%
Empeoramiento de los síntomas	67	6,92%

Si no se tienen en cuenta los casos de deficiencia mental caracterizados por su rigidez evolutiva sintomática, los resultados son:

Desaparición de los síntomas y mejoría	524	67,78%
Igualdad o empeoramiento	249	32,22%

Integración familiar

Integración familiar buena	728	73,38%
Integración familiar regular	133	13,40%
Integración familiar mal	110	11,08%
Integración familiar nula	21	2,11%

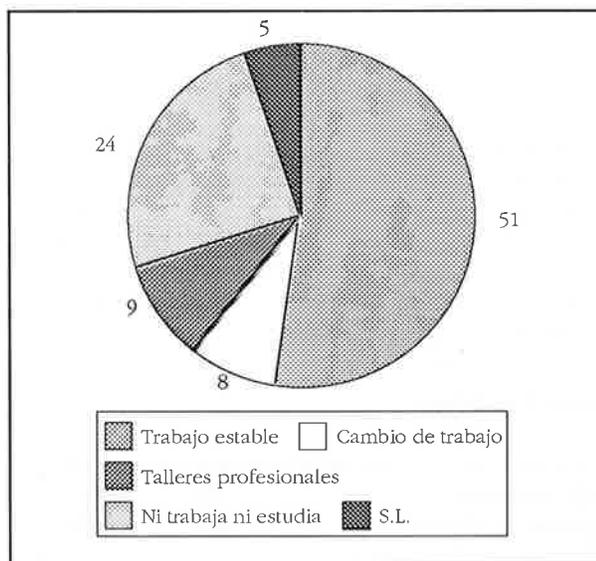


Figura 8. Integración laboral %.

Integración social

Integración social buena	588	59,27%
Integración social regular	166	16,73%
Integración social mala	172	17,33%
Integración social nula	56	5,64%
Marginación y delincuencia	10	1,00%

88

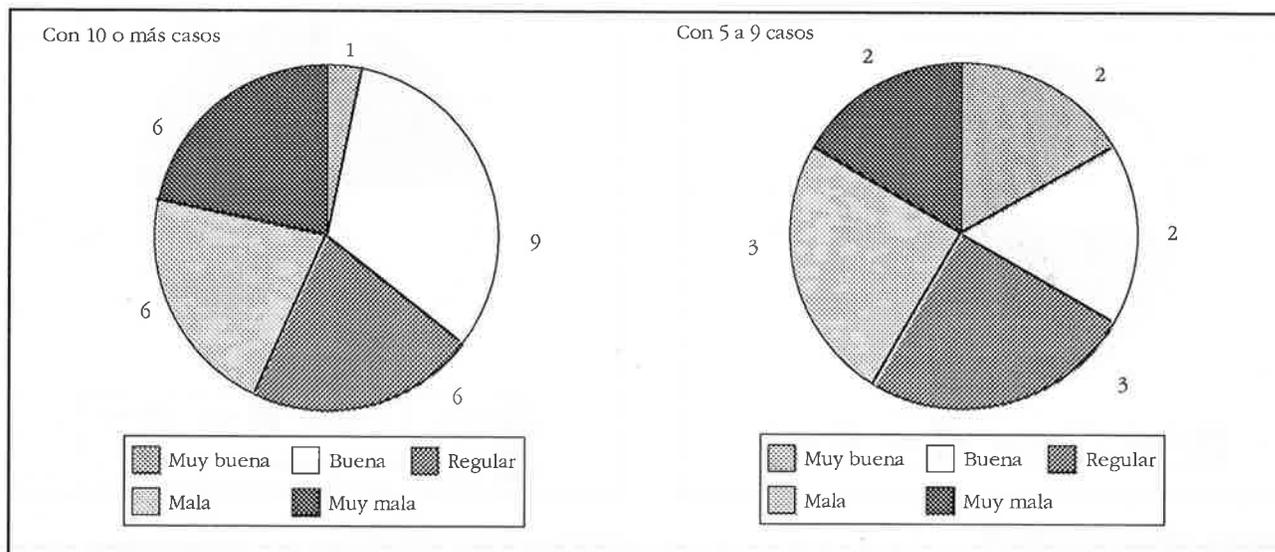


Figura 9. Evolución total.

Integración laboral

Sólo se tienen en cuenta los mayores de 17 años que no estudian.

Tiene un trabajo estable	168	51,85%
Ha cambiado de trabajo	29	8,95%
No trabaja ni estudia	78	24,07%
S.L. (chicas casadas)	18	5,55%
Talleres protegidos	31	9,56%

Fracaso escolar

No se tienen en cuenta las deficiencias mentales.

Fracaso escolar	288	34,44%
Retrasos escolares	103	12,37%

Evolución total

Con el fin de obtener un resultado global de la evolución de los distintos síndromes en que estaban agrupados los 1000 casos, hemos dado un valor numérico a los conceptos estimativos de bueno, malo, etc. según los percentiles alcanzados y han resultado las siguientes categorías:

Evolución muy buena: ausencia de alteraciones, terrores nocturnos y encopresis.

Evolución buena: trastorno específico del desarrollo de la lectura, los trastornos del lenguaje tanto del expre-

sivo como del articulatorio, los problemas escolares simples, la enuresis funcional, la tartamudez (a pesar del desfavorable pronóstico del síntoma en sí), la angustia por separación, la ansiedad excesiva, los tics motóricos y verbales crónicos y las estereotipias y hábitos motores.

Evolución regular: el déficit de atención-hiperactividad en su forma simple y con trastornos del desarrollo, las fobias, los trastornos obsesivos-compulsivos, los problemas de los celos infantiles, los trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido, los trastornos alimenticios (excepto la anorexia nerviosa) y los trastornos de identidad sexual.

Evolución mala: los niños de capacidad intelectual límite, la parálisis cerebral, los trastornos de conducta de tipo agresivo-solitario, el negativismo desafiante, el déficit de atención con trastornos de conducta, el trastorno por evitación, el síndrome de La Tourette, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y las distimias o neurosis depresivas.

Evolución muy mala: todos los retrasos mentales, desde el leve hasta el profundo, el autismo, la esquizofrenia indiferenciada, el trastorno de conducta de tipo grupal y el síndrome de West,

Nota: para este estudio de la evolución total se han suprimido los síndromes que sólo tenían de uno a cuatro casos para darle mayor fiabilidad y sólo suponen 45 casos en total.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alksne MA, Trusell RR, Elinson J, Patrik S. *A follow-up study of treated adolescents narcotic users*. Columbia Univ School Pub. Health New-York, 1959.
- 2 American Psychiatric Association. *DSM-III-R*. Ed. Masson, Barcelona, 1988.
- 3 Annell A. The prognosis of psychotic syndromes in children: A follow-up of cases. *Acta Psychiatr Scand* 1963;**39**:235-297.
- 4 Baker L, Cantwell P. A prospective psychiatric follow-up of children with speech language disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1987;**28**:501-504.
- 5 Barter L, James T y cols. Adolescent suicide attempts: A follow-up study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatr* 1968;**10**:523-527.
- 6 Beccaro M, Burke P, Mc Cauley E. Hallucinations in children: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1968;**27**:462-465.
- 7 Bender L, Grugett AE. A follow-up report of children who had atypical sexual experience. *Am J Orthopsychiat* 1952;**22**:825-832.
- 8 Berg I. A follow-up study of school phobic adolescents admitted to an in-patient unit. *J Child Psychol Psychiatr* 1970;**11**:37-47.
- 9 Berg I, Butler A, Hall G. The outcome of adolescent school phobic. *Brit J Psychiatr* 1976;**128**:80-85.
- 10 Berg CZ, Rapoport JL, Whitaker A, Davies M, Leonard H, Swedo SE, Braiman S, Lenane M. Childhood obsessive-compulsive disorder: A two-year prospective follow-up of a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1989;**28**:528-533.
- 11 Brown JL. Follow-up of children with atypical development (infantile psychosis). *Am J Orthopsychiat* 1963;**28**:473-491.
- 12 Campbell SB, Endmen M, Bernfeld G. A three-year follow-up of hyperactive preschoolers into elementary school. *J Child Psychol Psychiatr* 1977;**18**:239-249.
- 13 Capul M. Le devenir professionnel des enfants inadaptes. *La Psychiatrie de l'Enfant*. 1964;**7(2)**:547-599.
- 14 Carr J. Six weeks to twenty-one years old: a longitudinal study of children with Down's syndrome and their families. *J Child Psychol Psychiatr* 1988;**29**:407-431.
- 15 Coolidge JC, Brodie RD. Observations of mothers of 40 school phobic children evaluated in a 10 year follow-up study. *J Am Acad Child Psychiatr* 1974;**13(2)**:275-285.
- 16 Cumer BS, Zardini G, Angelini L. *Reflexions critiques sur 130 cases de psychose infantile suivis dans le temps*. Actas V Congr UEP Viena.
- 17 Cummings JD. A follow-up study of emotional symptoms in school children. *Brit J Ed Psychol* 1964;**16**:163-177.
- 18 Cunningham JM, Westerman HH, Fischhoff J. A follow study of patients seen in a psychiatric clinic for children. *Am J Orthopsychiat* 1956;**26**:602-611.
- 19 Curman H, Nylander I. A 10-year prospective follow-up study of 2.268 cases at the Child Guidance Clinics in Stockholm. *Acta Paediatrica Scand* 1976;**260**(suppl).
- 20 Dahl V. A follow-up study of a child psychiatric clientele with special regard to the diagnosis of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1976;**54**:356-378.
- 21 Eastgate J, Gilmour L. Long term outcome of depressed children: a follow-up study. *Dev Med and Child Neurol* 1984;**26**:68-72.
- 22 Eaton L, Menolascino FJ. Psychotic reactions of childhood: A follow-up study. *Am J Orthopsychiat* 1967;**37**:521-529.
- 23 Fish B, Shapiro TH, Halpern F, Wile R. The prediction of schyzophrenia in infancy: III A ten-year follow-up report of neurological and psychological development. *Am J Psychiat* 1965;**121**:768-775.
- 24 Flament MF, Koby E, Rapoport JL, Berg CJ, Zahn T, Cox C, Denckla M, Lenane M. Childhood obsessive-compulsive disorder: a perspective follow-up study. *J Child Psychol Psychiatr* 1990;**31**:363-380.
- 25 Galler JR, Ramsey F. A follow-up study of the influence of early malnutrition on development: V Delayed development of conservation (Piaget). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1987;**26**:28-32.
- 26 Galler JR, Salt F. A follow-up study of the influence of early malnutrition on development: VI Behavior at home and at school. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1989;**28**:254-261.
- 27 Garber J, Kriss MR, Koch M, Lindholm L. Recurrent depression in adolescents: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1988;**27**:49-54.
- 28 Gath A, Gumley D. Down's syndrome and the family: a follow-up of children first seen in infancy. *Dev Med Child Neurol* 1984;**26**:500-508.
- 29 Gilberg IC, Gilberg CH. Generalized hipekinetics: Follow-up study from age 7 to 13 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1988;**27**:55-59.
- 30 Goetz PL, Sullop RA, Reinhart JB, Miller A. Anorexia nervosa in children: a follow-up study. *Am J Orthopsychiat* 1977;**47**:597-603.
- 31 Gómez-Ferrer C, Barcia D, Ruiz E, Fernández Moreno A. Estudio evolutivo de las psicosis infantiles. VI Congreso Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1990 (Pendiente de publicación).
- 32 Grahnan P, Rutter M. Psychiatric disorders in the young adolescent: A follow-up study. *Proceeding of the Royal Soc Med* 1973;**66**:1226-1229.
- 33 Harris S, Goldstein MD. Cognitive development in low attentive, hyperactive and aggressive 6 through 11 year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1987;**26**:214-218.
- 34 Harris S, Goldstein MD. Cognitive development in inattentive, hyperactive and regressive children, two to five year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1987;**26**:219-221.

- 90 35 Hechtman L, Weis G, Perlman T. Hyperactive children in young adulthood: A controlled, prospective ten-year follow-up. *Int J Mental Health* 1979;**8**(1):52-66.
- 36 Holligworth CE, Tanguay PE, Grossman G, Pabst P. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorders in childhood. *J Am Acad Child Psychiat* 1980.
- 37 Huessy HR, Metoyer M, Townsend M. 8-10 year follow-up of 84 children treated for behavioral disorder in rural Vermont. *Acta Paedopsychiatrica* 1974;**40**(6):230-236.
- 38 Jaklewicz H. Follow-up studies on dyslexia and dysortographia. *Psychiat Pol* 1980;**14**(6):613-619.
- 39 Jeammet PH, Jayle D, Terrasse G, George A. Le devenir de l'anorexie mentale. *Neuropsychiat de l'Enfance* 1984;**32**:97-113.
- 40 Kellman SG, Branch JD, Brown CH, Russell G. When teenage come for treatment. A ten-year prospective epidemiological study in Woodlawn. *J Am Acad Child Psychiat* 1981;**20**:477-495.
- 41 Klicpera C, Heyse I. Psychopathological assessment and multi-axial diagnosis. Results of a follow-up study on children with behavioral problems. *Z Kinder-Jugend Psychiat* 1978;**6**(1):9-17.
- 42 Klicpera C, Warnke A, Kutschera y cols. A follow-up study of children with behaviour disorders, 2-10 years after in-patient treatment. *Nervenarzt* 1981;**52**(9):531-537.
- 43 Klonoff H, Low MD, Clark C. Head injuries in children: a prospective five-year follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1977;**40**:1211-1219.
- 44 Komrower GM, Lee DH. Long term follow-up of galactosaemia. *Arch Dis Childhood* 1970;**45**:367-373.
- 45 Kinzie JD, Saca W, Angell R, Clarke G, Rath B. A three-year follow-up of cambodian yung people traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1989;**28**:501-504.
- 46 Lockyer L, Rutter M. A five to fifteen-year follow-up study of infantile psychosis. Psychological aspects. *Brit J Psychiat* 1969;**115**:865-873.
- 47 Lotter V. Social adjustment and placement of autistic children in Middlesex: a follow-up study. *J Autis Child Schisopbr* 1974;**4**(1):11-32.
- 48 Lucas G, Talan I, Lebovici S, Kestemberg E. *Le devenir de la psychose de l'enfant*. Paris PUF 1978.
- 49 Malmivaara K, Keinamen E, Saarelma M. Adult mental health risk in light of child psychiatric diagnosis. Ten to fifteen-year follow-up of Helsinki children treated 1956-1962. *Psychiat Fenn* 1975;**24**:1-256.
- 50 Mellso CW. Psychiatric patients seen as children predictor of adult illness. *J Child Psychiat* 1972;**13**:689-702.
- 51 Monedero C. El porvenir del niño depresivo. *Rev Neuropsiquiatría Infantil* 1985;**6**:101-105.
- 52 Money J, Clarke FC, Beck J. Congenital hypothyroidism and IQ increase: A quarter century follow-up. *J Pediat* 1978;**93**(3):432-434.
- 53 Nylander I. A 20-year prospective follow-up study of 2164 cases at the Child Guidance Clinics in Stockholm. *Acta Paed Scand* 1979;**276**(Supp).
- 54 O.M.S. *Clasificación Internacional de Enfermedades. sección 5ª, 9ª Revisión*, 1980.
- 55 O.M.S. *ICD-10 V (F) Mental, behavioural and development disorder*, 1988.
- 56 Otto G, Otto U. Prognosis in child Psychiatry. A follow-up study of a youth clientele. *Acta Psychiat Scand* 1978;**273**(Supp).
- 57 Poznanski EO, Kraenbuhl V, Zrull JP. Childhood depression. A longitudinal perspective. *J Am Acad Child Psychiat* 1976;**15**(3):491-501.
- 58 Rabe-Jablonska J, Kochanska H. Follow-up studies of social adjustment of children with organic lesion to the central nervous system, former in patients at the children's ward of the department of Psychiatry of the Medical Academy in Lodz. *Psychiat Pol* 1980;**14**(3):265-270.
- 59 Rees SC, Taylor A. Pronostic antecedents and outcome in a follow-up study of children with a diagnosis of childhood psychosis. *J Autism Child Schizopbr* 1975;**5**(4):309-322.
- 60 Robins LN. Follow-up studies of behaviour disorders in children. *Sympos Psychiat Epidem Aberdeen* 1969.
- 61 Robins LN. Follow-up studies investigations childhood disorders. En: Hare EH, Wing JK. *Psychiatric Epidemiology*. Oxford University Press, Londres, 1970.
- 62 Robins LN. Follow-up studies. En: Quay HQ, Werry JS, eds. *Psychopathological disorders in childhood*. 2nd ed. Nueva York 1979:483-513.
- 63 Rodgers B. Behaviour and personality in childhood as predictors of adult psychiatric disorder. *J Child Psychol Psychiat* 1990;**31**:393-414.
- 64 Rodríguez A, Rodríguez M, Eisenberg L. The outcome of school phobia: a follow-up study based on 41 cases. *Am J Psychiat* 1959;**116**:540-544.
- 65 Rutter M, Lockyer L. A five to fifteen years follow-up study of infantile psychosis. I. Description of the sample. *Brit J Psychiat* 1967;**113**:1169-1182.
- 66 Rutter M, Greenfield D, Lockyer L. A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *Brit J Psychiat* 1967;**113**:1183-1199.
- 67 Sanz Pons R. Estudio longitudinal de niños consultantes de un servicio de Psiquiatría Infantil. *Actas XXII Reunión Soc Esp Neuropsiquiatría Infantil*. Murcia 1980:63-69.
- 68 Schulsinger H. A teen-year follow-up study of children of schizophrenic mothers. *Act Psychiat Scand* 1976;**33**:371-386.
- 69 Sparrow SS, Rescorla LA, Provence S, Condon SO, Goudreau D, Cicchetti D. Follow-up of atypical children. A brief report. *J Am Acad Child Psychiat* 1986;**25**:181-185.
- 70 Stewart A, Culver KV. Children who set fires: the clinical pictures and follow-up. *Brit J Psychiat* 1982;**140**:357-363.

- 71 Torup E. A follow-up study of children with tics. *Acta Paed (Upsala)* 1962;51:261-278.
- 72 Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal analysis of selected risk factor for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1989;28:861-864.
- 73 Vitamaki O. Psychoses in childhood a psychological follow-up study. *Acta Psychiat Scand* 1964;174:40(Supp).
- 74 Wallandre JL. The relationship between attention problems in childhood and antisocial behaviour eight years later. *J Child Psychol Psychiat* 1988;29.
- 75 Walleerstein JS. Children of divorce: preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiat* 1985;24:545-553.
- 76 Warren W. A study of adolescent psychiatric in-patients and outcome of six or more years later. II. The follow study. *J Child Psychol Psychiat* 1965;6:141-160.
- 77 Wasserman R, Di Blasio Ch, Bond L, Young P, Colletti R. Un estudio longitudinal de seis años en una consulta pediátrica entre el temperamento infantil y la conducta en la edad escolar. *Pediatrics (ed esp)* 1990;29(5):288.
- 78 Weiss G, Hechtman L, Perlman T. Hyperactives as young adults school, employer and self-rating scales obtained during ten-year follow-up evaluation. *Am J Orthopsychiat* 1978;48(3):438-445.
- 79 Weiss G, Hechtman L, Perlman T, Hopkins J, Wenar A. Hyperactives as young adults. A controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Arch Gen Psychiat* 1979;36(3):675-681.
- 80 Wolff S, Chick J. Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychol Med* 1980;10(1):85-100.

A.C. de Pablo Elvira
L. Maestro Perdices
I. Campos Aguilar

Estructura y procesos de grupos
en niños de nueve a once años

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Fernando el Católico. Zaragoza.

*Group's structure and processes
in children aged 9-11 years*

RESUMEN

Los grupos de preadolescentes se caracterizan por el predominio en ellos de la homogeneidad, en cuanto a sexo se refiere. También, por la posibilidad de incorporar, con poca dificultad, a nuevos miembros, por la poca vivencia de una figura fuerte del líder, así como por la plasticidad y cambio de éste en los casos que exista. Éstas son algunas de las hipótesis planteadas en el trabajo desarrollado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. También, nos ha resultado interesante observar cuáles son los criterios de elección de los miembros del grupo y qué leyes rigen y determinan su funcionamiento. Aspectos que se presentan relevantes en el mundo de los adultos, carecen de interés en este momento del desarrollo. La belleza, simpatía y/o alegría perpetúan durante varios años los grupos de preadolescentes, no apreciándose diferencias significativas según el sexo estudiado ni los diferentes segmentos de edad. El objetivo planteado por nuestro equipo, ha sido desarrollar un estudio descriptivo que, a través del análisis de las respuestas aportadas a un cuestionario elaborado desde nuestro centro, permita conocer con mayor profundidad el momento psico-social de los chicos y chicas entre nueve y once años.

PALABRAS CLAVE

Elección grupal; Liderazgo; Apertura y homogeneidad grupales.

ABSTRACT

This study has been developed in our Child-Young Mental Health Unit and proposes some hypothesis on the characteristics of preadolescent's groups: sexual homogeneity predominates; there is the possibility of new members joining the group without great difficulties due to the slight importance of the strong image of the leader as well as his/her plasticity and facility to change when this figure exists. It has also been interesting to observe which are the criteria of selection of the members of the group and which laws settle and rule its performing. Some relevant aspects in adult's world don't interest at this point of the individual development. Beauty, sympathy and/or happiness are associated for several years to preadolescent's groups, without noticing significance differences between the sex or the range of age studied.

The aim of our team has been to develop a descriptive study that, by analyzing the answers given to a questionnaire made in our centre, let us know more deeply the psychosocial moment of boys and girls between nine and eleven years old.

KEY WORDS

Group's choice; Leadership; Openness and homogeneity of the group.

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos socializadores que más influyen en el proceso de desarrollo del niño es el grupo de iguales. La formación de estos grupos, su estructura y las reglas que rigen su dinámica varían según el período evolutivo de la persona.

En la edad de la *preadolescencia*, cualquier pauta que quiera introducirse, cualquier cambio de actitud, cualquier actividad educativa, preventiva, etc., no puede obviar los canales de información y relación más utilizados entre los niños: los compañeros, los amigos.

Se hace pues imprescindible el profundizar en estas tendencias afiliativas, y de qué mejor manera que obteniendo la información de los propios chicos y chicas, recogiendo su forma de actuar y valorando las pautas que se siguen en los agrupamientos.

El presente trabajo pretende reflejar las impresiones de los niños en este momento de su evolución. Para ello, hemos partido de unas premisas teóricas que a continuación intentaremos resumir y, posteriormente, hemos elaborado un breve cuestionario que pueda ayudarnos a describir la realidad de este colectivo. La interpretación de los resultados en él obtenidos, nos llevará a establecer unas conclusiones sobre las relaciones entre los niños de nueve a once años.

La decisión de elegir este intervalo ha venido dada al considerar que ésta es una edad en la que las observaciones resultarían más concluyentes, ya que el abordaje de un período excesivamente amplio podría resultar muy complejo al influir en los resultados un número mayor de variables con la dificultad de control que ello supone.

ASPECTOS TEÓRICOS

Son muchos los estudiosos que abordan el tema de las *relaciones grupales*, por lo que resulta imposible efectuar un repaso completo e incluso una enumeración exhaustiva y justa de quienes han analizado concienzudamente esta cuestión.

En general, se presenta el contacto de los seres humanos entre sí como estimulante de los procesos de aprendizaje socio-cultural. Sin él, el hombre dejaría de cumplir la mayoría de las potencialidades de desarrollo.

La dependencia grupal de los niños es universal; es más intensa durante la primera edad psicológica en la que la plasmación de sus personalidades básicas es muy dúctil y porque consigue resolver necesidades muy fundamentales en los mismos.

Entre otros autores, Homans interpreta la conducta interpersonal de aprecio mutuo como un intercambio de actividades modulado por el coste-ganancia que cada unidad de conducta puede comportar. En su obra "El grupo humano" establece que, cuanto más interaccione una persona con otra, más se gustarán entre sí y más probabilidades habrá de que experimenten sentimientos mutuos de amistad.

Las teorías cognoscitivas se reducen al ámbito específico de la atracción interpersonal producida por la semejanza, analogía o igualdad cognoscitiva entre varias personas. Como representante de esto, Heider intenta explicar el porqué de la semejanza en la formación de amistades. Aunque la teoría se reduce a estudiar el valor de la igualdad en la amistad humana y su tendencia a la asociación por ello.

Otro de los aspectos importantes es la observación dentro de los grupos infantiles de las estructuras de poder más frecuentes. En los adultos, las estructuras de los grupos se encuentran situadas sobre las bases de: poder remunerativo, poder coercitivo, belleza, atractivo sexual y otros.

En las edades objeto de nuestro estudio, una de las categorías más significativas sería la del poder de identificación. El líder es aquel que se toma como modelo, aquel con quien se comparan los demás, quien resulta más atractivo por sus valores, etc. Incluso podríamos diferenciar por sexos, la importancia que tendrían aspectos como la fuerza, las habilidades deportivas, etc., las que se valorarían más en los muchachos y aspectos que destacarían como más atractivos para las chicas, como las habilidades y destrezas o factores de personalidad tales como: seguridad, autoafirmación y otros similares.

94 MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la muestra

Para el presente trabajo se escogió un total de 64 sujetos. De ellos, corresponden 24 al sexo femenino y 40 al masculino. Esto traducido a porcentajes eleva a un 37,5% de chicas y al 62,5% en chicos. Las edades oscilan todas entre los nueve y los 11 años. La distribución por edades es la siguiente: nueve años, 28 sujetos (44%); 10 años, 14 sujetos (22%); 11 años, 22 sujetos (34%).

Son todos ellos pacientes correspondientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Fernando el Católico, de INSALUD. El Área de Salud de referencia es el Área II de Zaragoza, siendo todos los sujetos de procedencia urbana.

En el momento de la recogida de los datos todos estos niños se encuentran en tratamiento con alguno de los componentes del equipo.

No obstante, la encuesta no se aplica nunca el primer día en el que se toma contacto con la unidad, sino en la tercera o cuarta entrevista, según los casos; de esta forma, se supone que se ha establecido una relación empática que facilita el acercamiento al niño y que va a agilizar las respuestas a las preguntas planteadas.

No obstante, somos conscientes del sesgo que todo ello produce en los resultados finales, por lo que tan sólo se pretende realizar un estudio descriptivo, no un análisis estadístico en profundidad, debiendo tomarse las conclusiones obtenidas con las reservas pertinentes y haciéndose la oportuna verificación en caso de que se desee trabajar de forma habitual ya sea con el cuestionario por nosotros planteado o con otros, en otro tipo de colectivo cuyas características no sean coincidentes con las aquí manifestadas.

Además de lo anteriormente expuesto, se intenta controlar la variable extraña que puede aparecer al cambiar de entrevistador, siendo siempre la misma persona quien recoge los datos; en este caso, es el personal de enfermería.

Hipótesis de trabajo

Con los datos recabados y, una vez que se obtengan los distintos porcentajes intentaremos corroborar las siguientes hipótesis de trabajo:

1) Los grupos escolares de niños entre los nueve y 11 años de edad, son homogéneos en su composición, en

cuanto a la variable sexo. Así, se espera que todos los componentes del grupo sean de igual sexo.

2) Los grupos de preadolescentes entre nueve y 11 años son altamente estables; definiendo operativamente la variable estabilidad como el número de años de permanencia en un mismo grupo, y entendiendo como estable todo aquel período de tiempo que supere los tres años de dicha permanencia.

3) No existe un concepto definitorio de agrupación en este período de edad. El agrupamiento original se produce por azar, por afinidad en los juegos o por otros términos, pero no porque exista una cualidad similar entre los diferentes componentes del grupo, ni por atracción intersujetos de algún rasgo concreto de los otros compañeros.

4) Los grupos de niños de nueve a 11 años (escolares) son cerrados. No admiten a sujetos nuevos con facilidad.

5) La figura del líder entre los nueve y 11 años no es estable. No existe un concepto claro de ello. A lo largo de la vida del grupo, esta figura varía según diferentes conceptos, según el tipo de juego, según el trabajo que se realice, etc. No es una figura consistente.

6) Entre los nueve y 11 años es el grupo que más perdura en el niño. Prevalce por encima de otros agrupamientos realizados.

Material

Con el fin de rechazar o verificar las hipótesis planteadas, se construye un cuestionario que reproducimos a continuación (Anexo).

Las preguntas se plantean con el fin de analizar:

- Nivel de homogeneidad del grupo -en cuanto al sexo (preguntas 1 y 5).
- Número aproximado de componentes de los grupos (pregunta 1).
- Permanencia en el tiempo en el grupo -con el fin de observar su estabilidad- (preguntas 2 y 3).
- Aspectos -cualidades, conceptos- que se manejan en la elección de los otros miembros del grupo (preguntas 4, 9 y 10).
- Aspectos y capacidad de incorporación de nuevos miembros (preguntas 5 y 6).
- Liderazgo. Variabilidad y plasticidad de la figura del líder (preguntas 7 y 8). Identificación con dicha figura.
- Valoración de los grupos de referencia. Integración del sujeto en ellos (preguntas 11, 12 y 13).

El cuestionario elaborado, como puede apreciarse, consta en su totalidad de preguntas con respuestas abiertas, recogiendo de forma literal las indicaciones que aporta el sujeto.

Las respuestas que se den se tabularán para hacer posteriormente la evaluación oportuna.

RESULTADOS

Análisis estadístico de los datos

Una vez obtenidas todas las contestaciones a los cuestionarios aplicados, hemos tabulado las diferentes respuestas aportadas y recogido aquellos porcentajes que acumulaban a las que eran comunes.

Así, pasamos a comentar aquellas puntuaciones, repasando cada pregunta del cuestionario.

1ª pregunta (homogeneidad)

De todos los sujetos estudiados, en 24 casos, 38% de la muestra total, los grupos de pertenencia son mixtos. La homogeneidad grupal aparece en el 62% del total, distribuyéndose: chicos solo en 22 casos (34%), chicas solo en 18 casos (28%).

Si tenemos en cuenta la variable sexo, los grupos mixtos que nos encontramos, corresponden a un total de 75% en chicos y 25% en chicas.

2ª pregunta (años, estabilidad del grupo)

Establecemos diferentes intervalos, de forma arbitraria, para valorar el grado de estabilidad de los grupos. De esta forma consideramos:

- De cero a dos años: grupos nuevos, en formación, de conocimiento de los diferentes miembros, con baja estabilidad.
- De dos a cuatro años: estabilidad intermedia.
- De cuatro en adelante: grupos muy estables. Teniendo en cuenta que la edad media de los niños es de 10 años y que éstos se escolarizan obligatoriamente a los seis, cuatro años es la práctica totalidad del tiempo pasado en el ámbito escolar. Para que se supere esto, supone que muchos de los grupos se han formado en la etapa del preescolar, manteniéndose invariables. Con todo ello, los porcentajes que hemos observado son muy interesantes, aparecieron como sigue: cero a dos años: 12 sujetos (18,75%); dos a cuatro años: ocho sujetos (12,5%) y cuatro o más: 44 sujetos (68,75%).

No se aprecian diferencias significativas según sexo analizado. Según descendemos en la escala de edad, nos encontramos con las puntuaciones indicativas de menor estabilidad grupal. Ello indica que, con el paso del tiempo, estos grupos también tienden a convertirse en muy estables.

3ª pregunta (el porqué de los cambios)

Del total de muestra analizada, en 20 casos (31%) se ha producido, según los niños, algún cambio dentro del grupo.

De esos 20 casos, el 40% - ocho casos- se debió a problemas de relación con los compañeros (o lo que es lo mismo, un 12,5% del total de 64).

El 60% restante, 12 casos, manifestó cambio como consecuencia de la incorporación de nuevos compañeros por cambio de colegio, de residencia, etc.; todos ellos ajenos a la voluntad del niño y motivados por causas externas y no controlables (un 18,75% del total de 64).

4ª pregunta (características que definen a los compañeros)

Las respuestas arrojadas a esta pregunta resultan muy variadas. No hay muchos datos que aparezcan como coincidentes. Se mezclan rasgos generales como: simpatía, alegría, belleza, habilidades en el juego y otros, la mayoría, que no pueden o no saben definir muy bien a los compañeros. De esta forma, no podemos establecer unos porcentajes que resulten significativos de las contestaciones aportadas en este punto.

5ª pregunta (grado de apertura, en cuanto a homogeneidad de sexo)

Del total encuestado, 12 personas, un 18%, tendrían inconveniente en aceptar componentes del otro sexo en su grupo. No se aprecia, pues, un porcentaje significativo.

6ª pregunta (apertura, en general, del grupo)

Tan sólo dos sujetos, un 3% de los encuestados, no admitirían a un componente nuevo. En general, pues, los grupos son abiertos.

7ª pregunta (liderazgo)

Veintidós sujetos, un 34% del total, tienen un líder definido. En seis casos, 9% del total, es un líder constante. Ello nos expresa la poca fuerza que tiene la figura del liderazgo en este momento del desarrollo.

96 **8ª pregunta (identificación con la figura del líder)**

Veintitrés de los encuestados, un 36%, tienen el deseo manifiesto de ocupar, en algún momento, la posición del liderazgo. En algunos de estos casos, los mismos niños verbalizan que existe deseo de mando, de que les obedezcan.

9ª pregunta (elección para un grupo de trabajo)

Cincuenta y cuatro del total, un 84% de los grupos que se forman en este período, no sólo son utilizados para el juego, sino que, indistintamente, se les dan otras finalidades; las de cualquier trabajo escolar en equipo por ejemplo.

Ante la solicitud de que expliquen el por qué de esta decisión, las respuestas varían mucho más. No aparece ningún dato que pueda resultar concluyente o definitorio del por qué del agrupamiento. Aparecen respuestas muy generales de: "Porque son los que conozco", "son mis amigos". Aunque sí es cierto que en algunos, aunque pocos casos, definen esta elección en función de lo bien que trabajan, las buenas notas que sacan y, en general, lo listos que son. Pero no puede darse este dato como significativo.

10ª pregunta (similitud en rendimiento escolar)

La coincidencia entre las notas que saca el sujeto encuestado y el resto de componentes de su grupo, se eleva a un total de 42 casos, un 66%, independientemente de que sean buenas o malas.

El 34% restante se agrupa de forma indiscriminada, sin tener en cuenta la influencia del rendimiento escolar.

11ª pregunta (pertenencia a otros grupos)

Cuarenta y ocho de los encuestados, un 75% de la muestra seleccionada, mantienen relación con algún otro grupo diferente al escolar. No establecimos una categorización de ellos por la disparidad que manifiesta, aunque sí que queda recogido: actividades de tiempo libre, residencias varias según la época del año y grupos formados por decisión ajena (amigos de los padres, etc.). De esta forma, lo que sí podemos establecer es una gran disparidad en cuanto a tiempo de pertenencia y estabilidad de ellos. Lo cual puede ser indicativo para la interacción entre los niños.

12ª pregunta (tiempo de relación)

Tan sólo el 12% del total permanece más tiempo en alguno de los grupos anteriormente citados que en el del colegio.

13ª pregunta (preferencia de grupo)

Aquí, el 78% se inclina en sus preferencias por el grupo de su centro escolar. Además, un 9% más, hace coincidir el tiempo de interacción con su grupo con la preferencia por él.

CONCLUSIONES

En referencia a las hipótesis planteadas y, una vez estudiados los resultados que arroja el cuestionario, podemos concluir lo siguiente:

1) En cuanto a la hipótesis de homogeneidad podemos concluir que, efectivamente, en este período de edad todavía prevalecen los grupos de igual sexo frente a los mixtos. No obstante, hay que hacer notar que ello no supone un deseo de mantener esta situación de forma constante ya que se verbaliza la probabilidad de que esto pueda ser modificable con facilidad, incorporando, en caso de que sea necesario, a algún miembro del otro sexo, sin que ello produzca rechazo en los demás componentes del grupo.

2) Podemos afirmar que la hipótesis segunda se cumple. El alto porcentaje de grupos que han permanecido por un tiempo superior a los cuatro años así lo indica. El hecho de que tan sólo un 18% de los grupos estén en período de inicio puede resultar útil de cara a plantear cualquier tipo de intervención. La fuerza de cohesión de los grupos es importante.

3) El hecho de tener dificultad en obtener incluso un porcentaje significativo en alguna de las cualidades definitorias de los miembros del grupo ya es un hecho significativo que nos indica que se cumple afirmativamente la hipótesis planteada en tercer lugar. Nos resulta difícil, según nuestro cuestionario, aportar datos que sean de interés relevante en cuanto a los conceptos para la unión en los niños.

4) Esta hipótesis se rechaza claramente según los datos obtenidos. Así, aunque los grupos son claramente estables, son claramente abiertos. En cuanto al mismo sexo es prácticamente nula la oposición a admitir nuevos componentes y, en cuanto al sexo opuesto, tampoco el 18% puede considerarse como significativo de rechazo.

5) El 9% de estabilidad de líder nos confirma la hipótesis sobre la plasticidad de esta figura. Ahora bien, es interesante comentar que aunque no se defina, sí que existe el deseo por parte de algunos chavales de ocupar la posición de líder, por el sentimiento de deseo de poder existente. Si bien este lugar sólo se desea de forma eventual.

6) También podemos confirmar, con ese 78% observado, la preferencia del grupo escolar frente a otro existente.

No obstante, es importante tener en cuenta que estas preferencias están también en función del tiempo que se pasa inserto en la relación con los otros componentes, ya que hemos podido ver que la relación entre tiempo y preferencia puede situarnos en un alto porcentaje de 87% de relación.

Anexo **Cuestionario sobre estructura y procesos de grupos**

97

- 1 Nombra a los chicos/as con las que juega más habitualmente en el colegio (con los que estás en el recreo).
 - 2 ¿Cuánto tiempo hace que son tus amigos?
 - 3 ¿Has cambiado de amigos en los años del colegio? ¿Por qué?
 - 4 Di una cosa de cada uno de tus amigos que te parezca lo más interesante de su forma de ser.
 - 5 (En el caso de que el grupo sea homogéneo en asunto de sexo) ¿Admitirías a un chico/a en tu grupo? ¿Por qué?
 - 6 Si viene una chica/o nuevo a tu grupo: ¿lo dejais jugar? ¿Podría quedarse en el grupo para siempre?
 - 7 Cuando jugais a algo: ¿quién dice a qué se juega? ¿Lo exige siempre la misma persona?
 - 8 ¿Te gustaría a ti "dirigir" o "mandar" a los demás miembros de tu grupo?
 - 9 Los chicos/as con los que juegas: ¿son los mismos que elegirías para un trabajo de clase? ¿Por qué?
 - 10 ¿Qué notas sacan tus amigos? ¿Y tú?
 - 11 ¿Pertenece a otros grupos fuera del colegio? En caso afirmativo: ¿de qué tipo?
 - 12 Con quiénes pasas más tiempo: ¿con los del colegio o con los de fuera del colegio?
 - 13 ¿Qué grupo de los que perteneces te parece mejor?
-

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alexander T, Roodin P. *Psicología evolutiva*. Pirámide, Madrid, 1984.
- 2 Ajuriaguerra J de. *Manual de Psiquiatría infantil*, 4ª ed. Masson, Barcelona, 1977.
- 3 Insko CA, Schopler J. *Psicología social experimental*. Trillas, México, 1980.
- 4 Lamberth J. *Psicología social*. Pirámide, Madrid, 1986.
- 5 Pastor C. *Conducta interpersonal. Ensayo de psicología social sistemática*, 2ª ed. revisada. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, 1983.

J.L. Jiménez Hernández¹
A. Oteiza Motrico²
P. López Peña³

Consecuencias pediátricas del divorcio

- 1 Departamento de Pediatría,
Hospital de Cruces. Vizcaya.
- 2 Psicólogo clínico
- 3 Servicio de Psiquiatría,
Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Effects of divorce in children

RESUMEN

En los últimos 10 años, se ha observado un incremento notable del número de divorcios y separaciones en nuestro país. La ruptura familiar suele tener consecuencias emocionales -más o menos duraderas-, en los hijos. Del estudio retrospectivo de los 66 casos con la característica común de tener como antecedente la separación parental, atendidos en 1991 por Psiquiatría Infantil (un 6,1% del total), 40 (60,6%) presentaban consultas psiquiátricas previas en uno o los dos progenitores. Entre las madres, 27 (40,9%) tenían problemas emocionales -sobre todo, depresiones: 11 madres (16,6%); y ansiedad: siete casos (10,6%). Los 30 padres varones con antecedentes psiquiátricos (45,4%), padecían preferentemente de etilismo crónico (19 casos: 28,7%). Los pacientes pediátricos fueron diagnosticados de depresión en 18 ocasiones (27,2%); de trastornos de adaptación al estrés de la separación, en ocho casos; de dolor abdominal recurrente, en nueve casos; y de jaquecas de etiología psicógena en dos ocasiones más. En total, 37 pacientes (56%) padecían depresión, manifiesta o latente. Las variables calificadas como más significativas en la etiopatogenia de psicomorbilidad entre los hijos de

padres separados fueron la edad del niño, la adaptación de los padres post-divorcio, el tipo de custodia, y los efectos económicos de la ruptura familiar.

PALABRAS CLAVE

Divorcio; Psicopatología infantil; Interacción paterno-filial.

ABSTRACT

In the last 10 years the divorce increased notably in our Country. The effects of marital breakdown are emotional distress on children. A retrospective study about 66 pediatric patients (6.1% of all the patients seen in our Hospital in the year 1991), with the common characteristic of previous parent's separation, was done. Forty cases (60.6%) had parent's psychiatric disease either one or both. Between mothers (27 mothers with mental disorders: 40.9%), the diagnostic most frequently used was Depression: 11 mothers (16.6%), followed by Anxiety Disorders: 7 mothers (10.6%).

The predominant psychopathology in the 30 fathers with mental disorder (45.4%) was alcoholism, with 19 cases (28.7%). A significant number of children suffer from depression (37 patients: 56%), including those about adaptation disease, abdominal aches, and headaches. The results of this study show that the children of "marital breakdown" suffer frequently from symptomatology depressive and the strength of affective disorder depends on the age of patient in the moment of the divorce; the adaptation of parents post-divorce; the kind of custody; and the economic effects of divorce.

KEY WORDS

Divorce; Childhood psychopathology; Parent-child interaction.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, muchos investigadores de las ciencias sociales y de la conducta han examinado los efectos que la separación o divorcio de los padres tienen sobre sus hijos⁽¹⁾.

En los niños repercute tanto el daño que se haga una pareja de padres odiándose unidos, como el de una pareja de padres que se odian separados⁽²⁾. En el segundo caso, los litigios y los desajustes sociales, van a producir un aumento de los efectos negativos del conflicto parental.

Hoy en día, las separaciones -"civilizadas" o "no civilizadas"-, son cada vez más frecuentes en todos los países occidentales⁽³⁾. El extremo serían los Estados Unidos, donde cada uno de dos matrimonios termina en divorcio⁽⁴⁾.

Esta situación supone un grave riesgo para aquellos hijos que queden descolgados afectivamente de sus padres al separarse. El niño se encontrará muy solo en la medida en que se sienta utilizado, o si ninguno de los padres se hace cargo responsable y duraderamente de su educación y de sus sentimientos⁽⁵⁾.

La separación de los padres incide sobre los hijos de manera y con intensidad distinta⁽²⁾, según:

- 1) La edad del niño.
- 2) La relación que el niño establezca tanto con el padre que se va de casa como con el que se queda con

la custodia -en el 90% de los casos, la madre.

3) El cambio en las condiciones de vida que supone la separación.

4) Las relaciones que mantengan entre sí la pareja después de separarse.

Los efectos del divorcio son, a veces, de larga duración⁽⁶⁾. En muchas ocasiones, suponen una drástica disminución en el nivel de vida. Frecuentemente, los padres sufren problemas emocionales tras la separación, dificultándose aún más los cuidados y la educación de sus hijos⁽⁷⁾.

Estos factores son de gran importancia para comprender la presencia de una posible psicopatología en niños cuyos padres se han separado.

Un estudio de todas las consultas realizadas por nuestro servicio en 1991, buscando las que tuvieran la característica común de separación o divorcio parental; el análisis de la estructura familiar de cada una de ellas; el motivo de la consulta pediátrica; y los antecedentes psiquiátricos de los padres, constituyen los datos expuestos en el presente artículo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante 1991, atendimos 1073 casos. De ellos, 66 pacientes (6,1%), entre los tres y los 16 años, participaron en el estudio (N=66), por tener la misma característica de separación parental entre sus antecedentes familiares. La media de edad era de 10,5 años (DE=3,4), y del total de la muestra, 45 eran varones (68,2%) y 21, mujeres (31,8%).

Los datos de este estudio no se utilizaron para fines asistenciales, por lo que no figuran en el "dossier" de ninguno de los 66 pacientes.

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas, en busca de las variables siguientes:

- 1) Edad en el momento de la separación parental.
 - 2) Lugar y tamaño de la fratria.
 - 3) Tiempo transcurrido desde la separación hasta la consulta.
 - 4) Padre o familiar que tenga la custodia en cada caso.
 - 5) Diagnósticos psiquiátricos de los 66 niños, diferenciándoles por sexo y edad.
 - 6) Funcionamiento escolar tras la separación.
 - 7) Antecedentes psiquiátricos paternos y maternos.
- El manejo de los datos se llevó a cabo a través de las

106 INTRODUCCIÓN

El constructo dependencia-independencia de campo perceptivo, surge dentro del marco de la investigación psicológica, como resultado de una serie de experimentos realizados por Witkin y Asch (1948) sobre las diferencias individuales encontradas entre distintos sujetos en la percepción de la verticalidad. Estos autores crearon un aparato ("Road-and Frame-Test-RFT") de estudio que constaba de un marco y una varilla móviles e iluminados, que se situaban en el interior de una sala oscura para evitar todo tipo de referencia exterior. En el modelo original el experimentador pedía a los sujetos que informaran de la verticalidad de la varilla a medida que él giraba el bastón manteniendo el marco inclinado. Los experimentos concluyeron con la determinación de un grupo de sujetos, a los que se llamó dependientes de campo perceptivo, que se veían más influidos por la inclinación del marco; y otro grupo, los llamados independientes de campo, que tomaban más en cuenta sus propias sensaciones posturales (Witkin y cols., 1954).

Finalmente, el concepto de independencia de campo perceptivo fue definido por Witkin y cols. (1977) como "el grado en que la persona percibe una parte del campo perceptivo, como separado del contexto que lo rodea, en vez de hacerlo como si estuviera incluido en él, o al grado en que la organización del campo predominante determina la percepción de sus componentes; o por decirlo en palabras corrientes, el grado en que la persona percibe de manera analítica" (Witkin, Moore, Goodenough y Coz, 1977).

Posteriormente se observaron altas correlaciones entre el RFT y un test de papel y lápiz, el *Embedded Figures Test* (EFT) (Witkin, 1950), lo que facilitó en gran medida la labor diagnóstica. Este test que medía la capacidad del sujeto para percibir independientemente de la organización del campo circundante, fue prontamente adaptado para su aplicación general (GEFT) y para su utilización con niños (CEFT) (Witkin, Oltman, Raskin y Karp, 1971). En esta prueba se muestra al niño una figura simple y se le pide que la localice dentro de un dibujo complejo, de forma que para encontrar la figura simple sea necesario romper el patrón organizado que se le presenta.

El interés de los investigadores por el estudio de este nuevo constructo demostró su asociación con determinadas características de funcionamiento cognitivo; algunas de ellas las detallamos en la tabla 1.

Tabla 1 Características asociadas al estilo dependiente de campo perceptivo

- Menor especialización hemisférica (Fernández Ballesteros y Manning, 1981)
- Percepción de la información de manera global.
- Menor capacidad para desenmascarar y estructurar la información, lo que implica una mayor dificultad en estructurar un campo estimular no claramente organizado (Witkin y cols., 1962; Goodenough, 1976).
- En el aprendizaje de conceptos utilización de una estrategia continuada (Nebelkopt y Dreyer, 1973).
- Carencias de estrategias de contraste de hipótesis en el aprendizaje de conceptos.
- Mayor dificultad en el aprendizaje de conceptos cuando la información se haya desestructurada o estructurada en función de datos que resultan irrelevantes.
- Mayor dificultad en solución de problemas cuando la solución depende de que se tome un elemento fuera de contexto en el que se presenta y que se reestructure el material problema, de tal forma que este elemento se use en un contexto diferente.
- En pruebas de hipótesis para la solución de problemas, muestran menor rendimiento en codificación, decodificación y retención de la información (Shapson, 1977).
- Mayor grado de impulsividad y menor control personal.
- Mayor pasividad en sus relaciones con el entorno.
- Menor capacidad de autoevaluación caracterizada por una mayor subjetividad en las percepciones.
- Menor autonomía en las relaciones interpersonales. En las relaciones sociales utilizan mayor número de referentes sociales, es decir, son menos capaces de aislar las ideas, sugerencias y actitudes de los demás respecto de las suyas propias y por lo tanto resultan más fácilmente influenciables (Fernández Ballesteros, 1980).
- Mayor propensión a aceptar de forma incuestionable las posiciones asumidas por la autoridad (Witkin, 1976).
- Mayor eficacia en la solución de problemas que requieren partir de claves sociales (Goldbergger y Bendich, 1972).

Trasladándonos al marco del estudio de la hiperactividad infantil, un análisis de las características asociadas a los individuos dependientes de campo recuerda, sin lugar a dudas el perfil cognitivo de los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. De confirmarse las investigaciones que hablan de dependencia de campo en este grupo de niños, la sintomatología hiperactiva reuniría las características cognitivas más contraindicadas para conseguir un rendimiento intelectual óptimo: dependencia de campo e

impulsividad. Esta investigación trata de arrojar alguna luz sobre este nuevo aspecto, así como, de hallarse diferencias, valorar la susceptibilidad de modificación de estas medidas a través de dos programas de intervención, uno cognitivo-conductual y otro más convencional basado en el apoyo a los aprendizajes básicos.

MÉTODO

Sujetos

De un total de 74 niños evaluados, fueron seleccionados para el grupo experimental 30 niños hiperactivos (25 varones y cinco hembras) de siete a diez años de edad que cursaban escolaridad normal (2º a 5º de EGB) en dos centros privados de Madrid. El grupo control estuvo compuesto por 17 niños (nueve varones y ocho niñas) de la misma edad que cursaban estudios en los mismos centros.

El diagnóstico de hiperactividad se realizó en función de los siguientes criterios: 1) cumplir los criterios establecidos por el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM III, 1980) para el Desorden por Déficit de Atención con Hiperactividad (DDAH); 2) obtener una puntuación típica mayor de 70 en el Cuestionario de Conners para Profesores en su versión abreviada (Conners, 1969, 1973); 3) obtener un C.I. mayor de 85 en el Escala de Inteligencia de Weschsler para niños (WISC R); 4) no estar recibiendo medicación durante la investigación o haberla recibido en un período de seis meses anteriores al inicio de la misma; 5) ausencia de diagnóstico asociado de Disfunción Cerebral Mínima o cualquier otro trastorno de índole orgánica o psicopatológica; 6) ausencia de Depresión Infantil medida a través del Cuestionario de Depresión para niños (Lang y Tisher, 1978).

Evaluación cognitiva

La aplicación de las pruebas cognitivas fue realizada por un equipo de cuatro estudiantes de segundo ciclo de pedagogía entrenados especialmente para dicho propósito. Los integrantes de este equipo desconocían el diagnóstico inicial que había recibido cada niño. Ninguno de los miembros de este grupo diagnóstico intervendría posteriormente en la aplicación de los tratamientos.

Para la valoración de la dependencia-independencia

de campo se utilizó el *Children Embedded Figures Test* (CEFT) de Witkin y cols. (1971, adaptado por Tea, 1982).

Aplicación de los tratamientos

Una vez finalizada la evaluación cognitiva, el grupo hiperactivo fue dividido al azar en dos grupos de tratamiento: 16 niños compondrían la muestra que recibirían tratamiento cognitivo-conductual y 14 fueron los asignados al grupo de tratamiento tradicional de aprendizajes.

Duración y número de sesiones

Los tratamientos se aplicaron en horario escolar, durante un período de seis semanas a razón de una sesión diaria de 45 minutos de duración (30 sesiones).

Los terapeutas

De un total de 23 voluntarios estudiantes de segundo ciclo de la facultad de Ciencias de la Educación fueron seleccionados ocho para formar el equipo de tratamiento. Los ocho estudiantes fueron distribuidos al azar en dos subgrupos de intervención. El primero aplicaría el tratamiento cognitivo-conductual y el segundo el tratamiento tradicional de apoyo a los aprendizajes. Ambos grupos recibieron un curso independiente de 20 horas de duración que les especializaría en la aplicación de su tratamiento.

Ninguno de los miembros de estos equipos participó en el diagnóstico pre y postratamiento y únicamente recibió información del tratamiento que se les había asignado.

El tratamiento tradicional de aprendizajes

Este tratamiento fue elaborado con el objetivo de comparar la eficacia de una intervención de planteamientos tradicionales basada en el apoyo a los aprendizajes, con un tratamiento de base cognitivo-conductual.

El programa de actividades de las 30 sesiones de tratamiento se realizó siguiendo el siguiente esquema: 1) intervención en el área matemática: se persiguió especialmente solidificar la base matemática en aquellos niños que presentaban lagunas en esta materia. Se hizo especial hincapié en el desarrollo lógico, interpretación y solución de problemas matemáticos; 2) reeducación de la lectura (comprensión y velocidad lectora); 3) reeducación de la escritura y ortografía.

Para cada niño se elaboró un programa de activida-

Tabla 2 Resultados del test CEFT para el grupo DDAH y control

	Media de aciertos
DDAH	13,56
Control	17,20
NS	0,016*

(CEFT: *Children Embedded Figures Test*); * *Significativo*.

des individualizado según los resultados encontrados en la aplicación de las Pruebas Psicopedagógicas de Aprendizajes Instrumentales (Cannals, 1988). No se aplicó ningún programa estructurado de contingencias de refuerzo, aunque sí recibieron refuerzo social del terapeuta. Al final de las sesiones, no obstante, se reservaron unos minutos para "jugar" con alguno de los siguientes materiales: los libros de M. Handford "¿Dónde está Wally?" y los libros de P. Burston y A. Graham "El castillo de los horrores", "La feria del mal" y "La selva del peligro"; el "Memory" de la casa Educa o las damas.

Las sesiones se realizaron de forma que se asegurase la motivación de los niños de este grupo tanto como los del grupo cognitivo-conductual.

En ningún momento, este grupo de intervención recibió instrucciones específicas para la reducción de la impulsividad.

El tratamiento cognitivo conductual

Fue diseñado teniendo en cuenta el tratamiento elaborado por Kendall, Padaver y Zupan (1980) para el tratamiento de la hiperactividad infantil, así como el entrenamiento mediacional cognitivo elaborado por Meichenbaum y Goodman (1971). Se tuvieron en cuenta los resultados de las investigaciones recogidas en la revisión realizada por Orjales y Polaino-Lorente (1988) y Abikoff (1985).

A lo largo de las 30 sesiones de intervención se realizó entrenamiento en las siguientes técnicas: entrenamiento autoinstruccional, entrenamiento atribucional y en estrategias sociales, autoevaluación y autorrefuerzo. Además de estas técnicas aplicadas en sesiones individuales, se aplicaron tres técnicas con todo el grupo de clase: el "protagonista de la semana", para la mejora de la autoestima, "la técnica de la tortuga" (Schneider, 1974) para el control de las conductas agresivas y "el autorrefuerzo colectivo" para el incremento de conductas positivas.

El constructo dependencia-independencia de campo en el ámbito de la hiperactividad infantil: eficacia diferencial de un programa de tratamiento cognitivo-conductual y un programa de refuerzo de los aprendizajes básicos

Tabla 3 Medias y desviaciones típicas de los aciertos pre y postratamiento en el *Children Embedded Figures Test* (CEFT) en función de los tratamientos aplicados

	CBT	TA
Pretest X	14	13
DT	(5,4)	(4,5)
Postest X	16,3	15,2
DT	(4,5)	(5,5)
NS	0,19	0,26

CBT: *tratamiento cognitivo conductual*; TA: *tratamiento tradicional de apoyo en los aprendizajes*; DT: *desviación típica*; NS: *nivel de significación*.

RESULTADOS

Los análisis estadísticos realizados respecto al grado de independencia de campo perceptivo medido a través del CEFT confirmó la prevalencia de mayor dependencia de campo en el grupo con Déficit de Atención con Hiperactividad respecto al grupo control (Tabla 2)

Respecto a la eficacia diferencial de ambos grupos de tratamiento, los análisis estadísticos realizados, no obtuvieron resultados significativos en el aumento de los aciertos observado en ambos grupos de tratamiento (Tabla 3). La diferencia alcanzada entre un grupo y otro tampoco resultó significativa.

CONCLUSIONES

Los resultados que revelan una mayor dependencia de campo de los niños hiperactivos parecen confirmar la existencia de una relación entre el cuadro sintomatológico del niño hiperactivo y las características cognitivas derivadas de un pensamiento dependiente de campo. En este sentido, es de destacar en el niño hiperactivo, la incapacidad de desenvolverse en situaciones desestructuradas con un óptimo rendimiento, lo que implica una mayor dificultad en solución de problemas cuando la solución depende de que se tome un elemento fuera de contexto y se reestructure la información nuevamente; dificultades en la capacidad de autoevaluación, en la carencia de estrategias de contraste de hipótesis y, una tendencia al aprendizaje automatizado, global y continuo, frente al aprendizaje reflexivo, analítico y discontinuo de los independientes de campo.

De este modo, desde la perspectiva de un estilo dependiente de campo, podríamos explicar, por ejemplo, el menor rendimiento en tareas de solución de problemas matemáticos (PPAI) o en tareas de atención selectiva (Orjales, 1990).

En las relaciones sociales el niño hiperactivo, como dependiente de campo, suele mostrarse dependiente en exceso del adulto que está con él; destacar por mayor número de llamadas de atención que niños sin este tipo de problemas, se muestran más inmaduros en sus relaciones sociales y, sufren cuando se ven aislados por los compañeros de clase. En este sentido Prior y Sanson (1986) observaron menor grado de vigilancia, rendimiento e incremento de la hiperactividad en una prueba de atención sostenida en ausencia del experimentador, reflejando una mayor dependencia del grupo hiperactivo de los estímulos ambientales.

Los resultados obtenidos de la aplicación de los tratamientos demuestran una tendencia, no significativa, hacia la independencia de campo lo que nos proporciona información relevante para el diseño de programas de intervención para este grupo de niños. Sabemos que los programas de entrenamiento mediacional cognitivo han demostrado ser válidos en la modificación de la dependencia de campo de los niños hiperactivos (Moore y Cole, 1978), y las investigaciones sobre la dependencia de campo nos pueden orientar sobre algunos aspectos importantes para el diseño de programas de intervención, por ejemplo.

1) *Un entrenamiento en discriminar las variables relevantes de las irrelevantes en las instrucciones dadas al comienzo de la tarea.* Linn (1979) descubrió que

cuando los sujetos eran informados al comienzo de la realización de la tarea, de cuáles eran las variables relevantes de las que no lo eran, apenas se observaban diferencias entre los individuos dependientes de los independientes de campo. Esto parece apoyar la afirmación de Carretero (1982) de que la "dificultad de los individuos dependientes de campo radica en la incapacidad para utilizar el esquema de control de variables sino para realizar la estructuración perceptiva de la información que es previa y determina el uso de dicho esquema" (p. 77).

2) *La utilización del feedback social para el aumento en el rendimiento general.* Fernández Ballesteros y cols. (1980) comprobaron que los sujetos dependientes de campo son más influenciados de la información social que los independientes en una tarea de tiempos de reacción. En una tarea de tiempo de reacción (con estimulación visual) los individuos dependientes de campo mejoraron su rapidez de respuesta cuando el experimentador comunicaba inmediatamente y de forma neutra, el resultado. Por el contrario, los independientes de campo mantuvieron sus tiempos de reacción bajo las dos condiciones sociales: sin información y con información.

3) *Entrenamiento en autoevaluación y autorrefuerzo para conseguir mayor independencia del adulto.* Ruble y Nakamura (1972) observaron que en una tarea de construcción de rompecabezas realizada en equipo entre el niño y el experimentador, los niños dependientes de campo miraban más frecuentemente el rostro del experimentador que los niños independientes de campo, que invertían mayor tiempo en mirar el rompecabezas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Abikoff H. Efficacy of cognitive training interventions in hyperactive children: a critical review. *Clinical Psychology Review* 1985;5:479-512.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual: DSM-III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- 3 Burston P, Graham A. *La selva del peligro*. Ed. B, Barcelona, 1989.
- 4 Canals R. *Pruebas Psicopedagógicas de Aprendizajes Instrumentales, Ciclo inicial y medio*. Ed. Onda, Barcelona, 1988.
- 5 Carretero M. Dependencia-independencia de campo. *Infancia y Aprendizaje* 1982;18:65-82.
- 6 Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry* 1969;126:884-888.
- 7 Fernández Ballesteros R y cols. Influencia de la Dependencia-Independencia de Campo sobre el efecto del "feedback" en una tarea de Tiempos de Reacción. *Psicología General Aplicada* 1980;35(4):589-595.
- 8 Fernández Ballesteros R, Manning L. Dependencia-independencia de campo y diferenciación hemisférica. I. Asimetría derecha en una tarea de localización espacial. *Psicología General Aplicada* 1981;36(3):385-392.
- 9 García Ramos JM. *Los estilos cognitivos y su medida: estudios sobre la dimensión dependencia-independencia de campo*. M.E.C., Madrid, 1989:94.

- 110 10 Goldberger L, Bendich S. Field dependence and social responsiveness as determinants of spontaneously produced words. *Perceptual and Motor Skills* 1972;**34**:883-886.
- 11 Goodenough DR. The role of individual differences in field dependence as a factor in learning and memory. *Psychological Bulletin* 1976;**83**:675-694.
- 12 Handford M. *¿Dónde está Wally?* Ed. B. Barcelona, 1989.
- 13 Kendall PH, Padawer W, Zupan N. *Developing self-control in children. A manual of cognitive-behavioral strategies*, University of Minnesota. Minneapolis, Minnesota, 1980.
- 14 Lang M, Tisher M. *Cuestionario de depresión para niños*. TEA, Madrid, 1978.
- 15 Linn M. Cognitive style, training and formal thought. *Child Development* 1979;**49**:874-877.
- 16 Meichenbaum DH, Goodman J. Critical questions and methodological problems in studying private speech. En: Zirin C, ed. *Developmental Self Regulation Through Speech*. Wiley, New York, 1971.
- 17 Moore SF, Cole SO. Cognitive self-mediation training with hyperkinetic children. *Bulletin of Psychonomía Society* 1978;**12**(1):18-20.
- 18 Nebelkoff EB, Dreyer AS. Continuous-discontinuous concept attainment as a function of individual differences in cognitive style. *Perceptual and Motor Skills* 1972;**36**(2):655-662.
- 19 Orjales I. *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el Síndrome Hiperkinético*. Tesis doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid, 1990.
- 20 Orjales Villar I, Polaino-Lorente A. *El tratamiento cognitivo-conductual y la prevención del fracaso escolar*. Comunicación presentada al IX Congreso Nacional de Pedagogía. Alicante, julio 1988.
- 21 Orjales Villar I, Polaino-Lorente A. Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil. *Acta Pediátrica Española* 1988;**46**(1):39-54.
- 22 Prior M, Sanson A. Attention deficit disorder with hyperactivity: a critique. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1986;**27**(3):307-319.
- 23 Ruble DN, Nakamura C. Task orientation versus social orientation in young children and their attention to relevant social cues. *Child Development* 1972;**43**:471-480.
- 24 Scheneider M. Turtle technique in the classroom. *Teaching Exceptional Children* 1974;**7**:22-24.
- 25 Shapson SM. Hipotesis testing and cognitive style in children. *Journal of Educational Psychology* 1977;**69**(4):452-463.
- 26 Witkin H. Individual differences in the case of perception of embedded figures. *Journal of Personality* 1950;**19**:1-16.
- 27 Witkin H. *Personality thought perception* Harper, New York, 1954.
- 28 Witkin H. Cognitive Style in Academic Performance in Teacher-Student Relations. En: Messik S. *Individuality and Learning*. Jossey-Bass. San Francisco, 1976.
- 29 Witkin H, Asch SE. Studies in space orientation IV. Further experiments on perception of the upright with displaced visual field. *Journal of Experimental Psychology* 1948;**38**:762-782.
- 30 Witkin H, Dik RB, Faterson HF, Goodenough DR, Karp SA. *Psychological Differentiation*. Wiley, Nueva York, 1962.
- 31 Witkin H, Moore CA, Goodenough D, Cox PW. Field-dependent and field independent cognitive styles and their educational implications. *Review of Educational Research* 1977;**47**(1):1-64.
- 32 Witkin H, Oltman PK, Raskin E, Karp SA. *Manual for Embedded Figures Test*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, California, 1971 (en castellano TEA, 1982).

El constructo dependencia-independencia de campo en el ámbito de la hiperactividad infantil: eficacia diferencial de un programa de tratamiento cognitivo-conductual y un programa de refuerzo de los aprendizajes básicos

F. Rey Sánchez
S. Sánchez Iglesias
F.J. Samino Aguado
M.J. Lorenzo Bragado
A. Pérez Urdániz

**Fluvoxamina: tratamiento
farmacológico alternativo en la
anorexia nerviosa**

Departamento de Psiquiatría.
Hospital Clínico Universitario.
Salamanca

*Fluvoxamine: an alternative
pharmacological treatment in
anorexia nervosa*

RESUMEN

Presentamos un avance del trabajo que estamos realizando respecto al tratamiento de la anorexia nerviosa con Inhibidores de la recaptación de serotonina, concretamente la fluvoxamina, ante la hipótesis (cada vez más afianzada) de la implicación o imbricación de la serotonina (5-HT) en los trastornos alimentarios.

Exponemos datos epidemiológicos de nueve pacientes -dos varones y siete hembras- y los resultados obtenidos en ocho de los mismos a los que se les ha administrado entre 100-150 mg de fluvoxamina/día. Una de las pacientes fue separada de la muestra al presentar intolerancia a dicho fármaco.

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa; Fluvoxamina; Serotonina.

ABSTRACT

An advance of a research project going under way is presented in relation with the treatment of Anorexia Nervosa with Serotonine Reuptake inhibitors, concretely Fluvoxamine, in order to explore the hypothesis, increasingly accepted, of the implications of serotonine (5-HT) in the ethiology of eating disorders.

We show epidemiologic data of 9 patients, 2 male and 7 female, and the results obtained in 8 of them treated with doses of Fluvoxamine between 100 and 150 mg/24 h. One patient had to be excluded from the study because intolerance to Fluvoxamine.

KEY WORDS

Anorexia nervosa; Fluvoxamine; Serotonine.

112 INTRODUCCIÓN

La preocupación por los efectos derivados de una disminución -no voluntaria- en la ingesta alimentaria ha estado presente a lo largo de toda la historia de la Medicina. Así, Galeno en el siglo II de nuestra era hace referencia a un cuadro de desnutrición severa en el cual el paciente es incapaz de ingerir alimento alguno. Durante la Edad Media se describen cierto número de casos en los cuales están presentes síntomas tales como amenorrea, hirsutismo, emanciación o desnutrición importante; pero nosotros interpretamos que dichos síntomas no pertenecen al campo de la anorexia nerviosa (AN) sino que más bien constituyen el cuadro denominado *Inedia*, dado que la persona que presentaba dicha sintomatología era porque se sometía a ayunos voluntarios prolongados (anacoretas, residentes en cenobios) y que extrapolado a nuestro tiempo lo encontramos en deportistas de élite del área de gimnasia rítmica y "top-models", con el consiguiente riesgo de iniciar una AN. Recientemente hemos observado un caso de AN como consecuencia del contagio en el medio escolar del seguimiento de regímenes de adelgazamiento.

La primera descripción del cuadro de la AN es realizada por Morton (citado por Bliss y cols.) a finales del siglo XVII, si bien la denominó "*tisis nerviosa*". Dado lo didáctico de esta descripción, la exponemos: "Joven de 18 años de edad que acostumbra a quedarse en su estudio por la noche horas y horas "volcada" sobre sus libros, así como exponiéndose a las inclemencias del tiempo tanto durante el día como en la noche. No recuerdo haber visto nada semejante a lo largo de mi experiencia, a nada vivo tan consumido. Parecía un esqueleto cubierto de piel, no obstante, no tenía fiebre sino frío en todo el cuerpo, sólo su apetito había disminuido y presentaba digestión difícil".

En 1873 Lasègue introduce el término de *anorexia histérica*. Ese mismo año Güll en Inglaterra efectúa la distinción entre el cuadro de anorexia histérica y el de anorexia nerviosa (o apepsia histérica). Un año después Dejèrine describe un cuadro similar, denominándolo *anorexia mental* y preconiza que el tratamiento del mismo debía ser realizado fuera del contexto familiar.

Literalmente, el término anorexia significa pérdida de apetito y una idea generalizada es la de que las anoréxicas y/o anoréxicos no presentan sensación de hambre, no obstante, Garfinkel opina que los pacientes

con AN padecen "punzadas de hambre" de manera frecuente e intensa las cuales desaparecen con la ingestión de ± 200 cal/día.

El rechazo de la ingestión de alimentos puede ir asociado a otros trastornos psiquiátricos tales como depresión, esquizofrenia, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo o hipocondría.

Las alteraciones alimentarias graves -fundamentalmente la reducción de la ingesta- suele ser característica en sociedades de nivel socioeconómico elevado, pues en países de nivel económico bajo la AN es poco frecuente. Así se observa que en países orientales donde la obesidad ha sido secularmente considerada signo de riqueza y poder, la anorexia es poco frecuente.

Vandereycken señala dos formas de AN:

1) *AN tipo restrictivo* en la que se da reducción de la ingesta.

2) *AN tipo bulímico* en la que existe bulimia, vómitos, toma de laxantes y realización exagerada de ejercicio físico.

Respecto a la frecuencia de la anorexia nerviosa, es variable de unos autores a otros, y así para Nylander se daría en 1/250 adolescentes femeninas, para Crisp y cols. en 1/200 chicas de 15 años o menos y en 1/100 mayores de 15 años. Para dichos autores sería más frecuente en clases socioeconómicamente altas o medias. Según el DSM-III-R la prevalencia de la AN fluctuaría entre 1/100 y 1/800 mujeres con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, con una predominancia del sexo femenino de alrededor del 95%.

ETIOPATOGENIA

Recientemente, la CIE-10 recoge que, aunque la etiología de la AN sigue sin conocerse, cada vez es mayor la evidencia respecto a la existencia de factores biológicos y socioculturales que al interactuar entre sí contribuyen a la aparición de dicho trastorno. Además participaban mecanismos psicológicos y cierta vulnerabilidad de la personalidad. Seguidamente recogemos conceptos etiológicos reseñados por diversos autores, algunos de ellos muy próximos a nosotros, con la consiguiente influencia de sus criterios. Así nos encontramos con que Mendiguchía señala que la AN es considerada como enfermedad psicósomática por bastantes estudiosos del tema a partir de Congreso celebrado en Gotingen en 1965. López-Ibor Aliño (1972)

Tabla 1 Distribución según edad de aparición

Edad (años)	Número	Porcentaje
10	1	11,11
11	1	11,11
12	4	44,44
13	1	11,11
14	1	11,11
15	1	11,11

Edad media: 12,33 ± 1,5.

y Chinchilla Moreno (1978) la consideraban como equivalente depresivo y proponían tratamiento con antidepressivos. Prieto Aguirre (1976) engloba la AN dentro de los trastornos afectivos que pueden presentarse en la edad juvenil junto con los cuadros depresivos existenciales, depresiones dismorfofóbicas y dispicofóbicas. Hudson y cols. señalan que los trastornos alimenticios (o alimentarios) pueden ser variantes de trastornos afectivos.

Dichas apreciaciones o criterios unidos a los emitidos por López-Ibor Aliño (1988), Van Praag (1989) y Sánchez-Avendaño y cols. respecto a la participación de la serotonina tanto en los trastornos afectivos como en determinadas áreas de conducta (entre ellas la conducta alimentaria), permiten pensar que en un deficiente control tanto de matiz cualitativo como cuantitativo determinaría la aparición de AN y conllevaría un déficit de 5-HIAA en L.C.R. Hergoz y cols. han encontrado dicha disminución en un grupo de pacientes afectos de AN con episodios bulímicos. Por consiguiente, los fármacos serotoninérgicos (SSRI) pueden mejorar dichos cuadros. Apoyándose en estos conceptos o teorías, Pérez Urdániz y cols. ensayaron la aplicación de fluvoxamina en la AN con excelentes resultados, motivando que en la actualidad mantengamos dicho tratamiento farmacológico abierto, presentando el número de casos recogidos en la muestra con inicio de un programa más amplio.

No obstante, somos conscientes -a pesar de lo expresado anteriormente- de que la teoría de los neurotransmisores no es algo incuestionable pues el control alimentario es de carácter multifactorial al comprender factores neurobiológicos, metabólicos, psicosociales y ambientales. Cabranes y cols. refieren que en la actualidad existen intentos de precisar cuál es en realidad el efecto de los neurotransmisores, investi-

gando y/o identificando los sistemas neurobioquímicos implicados en la selección de los alimentos.

Seguidamente exponemos datos descriptivos hallados en la muestra. Si bien dado el número reducido de la misma no tienen gran valor estadístico, sí los consideramos bastante orientativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el siguiente trabajo como avance del estudio que se está realizando en la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico de Salamanca acerca del tratamiento con fluvoxamina de la AN.

Características de la muestra

La componen nueve pacientes, siete hembras (77,78%) y dos varones (22,22%) con diagnóstico de AN según los criterios DSM-III-R:

a) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.

b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso corporal.

c) Alteración en la percepción del peso, talla o silueta corporal: la persona se queja de que se encuentra obesa aun estando emanciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta desproporcionada, incluso estando por debajo del peso normal.

d) En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamiento hormonal como pudiera ser la administración de estrógenos.

La proporción hembras/varones discrepa de la que da el DSM-III-R (95% mujeres). En otros grupos de pacientes con AN hemos observado también el aumento de la existencia de AN en varones, y en proporción prácticamente similar a la de nuestra muestra actual, es decir, alrededor del 20%.

En la tabla 1 se recoge la distribución por edades de la muestra. La edad media es de 12,33 ± 1,5 años y los valores máximo y mínimo 15 y 10 respectivamente.

114

Tabla 2 Antecedentes psiquiátricos familiares

	Número	Porcentaje
Depresión	3	33,33
Trastorno por ansiedad	2	22,22
Trastorno personalidad	1	11,11
No presenta	4	44,44

Tabla 4 Lugar en la fratria

	Número	Porcentaje
Primero	6	66,67
Segundo	3	33,33

Tabla 6 Distribución según nivel socioeconómico

	Número	Porcentaje
Alto	2	22,22
Medio	7	77,78
Bajo	0	0

En lo referente a los antecedentes psiquiátricos personales, es destacable que no existen en ninguno de los casos estudiados.

Dentro de los antecedentes psiquiátricos familiares (Tabla 2), es importante la existencia de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (presunta implicación de la serotonina en ambos trastornos). El caso de trastorno de personalidad (figura materna) coincidió con la paciente caso nº 9 de la muestra, que presentó la evolución más tórpida.

En la tabla 3 aparece la distribución de la muestra según el número de hermanos que componen la familia.

Si atendemos al lugar ocupado en la fratria por el enfermo (Tabla 4), observamos que existe un claro predominio de los primogénitos.

Nuestras observaciones coinciden con lo observado por otros autores al señalar la presencia de la AN en sujetos con C.I. normal-alto o superior, como se recoge en la tabla 5.

La tabla 6 hace referencia al nivel socioeconómico de las familias, predominando el nivel medio o alto.

Desde nuestro criterio, es importante la sintomatología acompañante (Tabla 7), sobre todo la de tipo afectivo por la presunta relación, ya comentada anteriormente

Tabla 3 Distribución según número de hermanos

	Número	Porcentaje
Uno	1	11,11
Dos	5	55,56
Tres	2	22,22
Cuatro	0	0
Cinco	1	11,11

Tabla 5 Distribución según nivel intelectual

	Número	Porcentaje
Superior	2	22,22
Normal-alto	7	77,78
Límite	0	0
Deficiente	0	0

Tabla 7 Sintomatología acompañante

	Número	Porcentaje
Síntomas afectivos	5	55,56
Cambios característicos	3	33,33
Sin síntomas acompañantes	1	11,11

entre trastornos afectivos y AN. En seis casos existía sobrepeso en edades anteriores ("gorditas", "más bien fuertes"), y el menosprecio o desprecio por dichas figuras muy bien pudo ser el desencadenante de la AN.

La exploración analítica (incluida la hormonal) dio resultados dentro de la normalidad.

Método

La supuesta implicación o participación de la serotonina en cuadros psiquiátricos tales como los trastornos afectivos o control de impulsos, así como la observación realizada por Pérez Urdániz y cols. respecto a la evolución favorable de AN tratadas con inhibidores de la recaptación de la serotonina (SSRI) determinó la aplicación, en todos los pacientes recogidos en la muestra, de fluvoxamina en dosis de 100-150 mg/día. Se excluyó un caso al presentar intolerancia a la medicación (gastralgias acompañadas de vómitos y cefalalgias). En esta paciente, el tratamiento aplicado fue ADT (clorimipramina), con evolución favorable.

Tabla 8 Evolución de peso y talla

	Peso (Kg)/talla (m) inicial	Peso (Kg)/talla (m) 3 meses	Peso (Kg)/talla (m) 9 meses	Peso (Kg)/talla (m) 18 meses	Peso (Kg)/talla (m) 24 meses
Caso 1	33,5/1,45	34,2/1,49	39,0/1,52	41,2/1,53	45,0/1,54
Caso 2	Intolerancia	Intolerancia	Intolerancia	Intolerancia	Intolerancia
Caso 3	30,0/1,45	31,3/1,45	36,8/1,47	42,8/1,50	****/****
Caso 4	30,0/1,47	34,3/1,47	37,9/1,49	35,5/1,51	44,4/1,53
Caso 5	50,5/1,74	51,3/1,74	59,7/1,74	Alta	Alta
Caso 6	31,0/1,51	38,3/1,51	43,9/****	Alta	Alta
Caso 7	31,2/1,48	28,9/1,48	35,9/1,49	59,7/1,49	****/****
Caso 8	41,5/1,45	42,1/1,45	43,5/1,45	****/****	****/****
Caso 9	32,4/1,52	32,8/1,53	35,4/1,54	38,1/1,55	42,3/1,57

La fluvoxamina o 5-metoxi 4'(trifluorometil) valerofenona-0-(2-aminoetil) oxima, pertenece al grupo químico de los 2-amino etiloximéteres de las aril-alquilcetonas. En estructura, por consiguiente, difiere de los ADT. Su especificidad y potencia como SSRI está principalmente determinada por la existencia del radical trifluorometil en posición "para" en el anillo fenoxi.

En un estudio realizado por Bradford (1984) comprueba que la concentración de fluvoxamina para conseguir una inhibición del 50% en la captación de 5HT o serotonina fue de 0,3 µM/1, muy inferior a la concentración necesaria para inhibir la captación de noradrenalina (41 µM/1) y de dopamina (47 µM/1). Dicho estudio demuestra por consiguiente el escaso efecto inhibitorio de la fluvoxamina en la captación presináptica de catecolaminas, por consiguiente la fluvoxamina carece de actividad antiserotoninérgica y está prácticamente desprovista de acción sobre los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos. Esto podría justificar la menor presentación clínica de efectos secundarios.

Este compuesto (fluvoxamina) se absorbe prácticamente de forma total y la concentración plasmática máxima se alcanza entre las dos y ocho horas posteriores. La concentración plasmática estable se logra a los 10 días de iniciado el tratamiento.

Deseamos manifestar que la mayoría de los ensayos clínicos con fluvoxamina se han efectuado en pacientes deprimidos y en menor proporción en los pacientes obsesivo-compulsivo-fóbicos, trastornos de ansiedad y distimia. Ha sido observada la reducción rápida de ideas autolíticas.

RESULTADOS

En la tabla 8 se recogen los distintos pesos alcanzados a los 3, 9, 18 y 24 meses. La paciente señalada como caso nº 7 ha presentado episodios bulímicos (ingesta diaria de hasta 9 Kg de fruta), alternando con episodios anoréxicos. En los pacientes numerados con los casos nº 6 y 9 aparición de rituales durante la enfermedad que remitieron con la evolución favorable de la misma. Destacar también la aparición de menstruación en dos pacientes (casos nº 1 y 8) durante el tratamiento y antes de suprimir, por consiguiente, la medicación.

A pesar de la enorme controversia respecto a los datos encontrados y relacionados con la PRL, señalar que las determinaciones de prolactina realizadas arrojaron resultados dentro de la normalidad, en concordancia con lo observado por Vigersky y cols. y Cabranes y cols. entre otros. Si bien autores como Hull y cols. han encontrado niveles bajos de PRL, Travaglini y cols. han hallado niveles altos de PRL.

Cabranes y cols. recomiendan para la determinación de la PRL mantener la cánula para recoger al menos 2-3 muestras sanguíneas y efectuar la media de los valores obtenidos para determinar la concentración basal, puesto que la elevación de la PRL puede deberse incluso al estrés del paciente durante la extracción.

La colesterolemia estaba dentro del rango de la normalidad, aunque en nivel alto.

En lo referente al pronóstico (de todos los pacientes tratados en la Unidad de Psiquiatría Infantil, incluida la muestra actual) lo consideramos favorable, siendo mejor aún en los varones que en las chicas. Queremos señalar que la APA en una reciente publicación (Febrero

116 1993) recoge que en la revisión de varios trabajos referidos a pacientes con AN cuatro años después de iniciado el cuadro, cerca de un 44% de los mismos se habían recuperado (restaurado el 15% del peso recomendado para la altura y establecida menstruación regular), un 24% mostraban pobres o escasos resultados (no restauración del 15% del peso y menstruación ausente o irregular), un 28% presentaba resultados intermedios (entre el grupo de buenos y pobres resultados) y alrededor de un 5% habían fallecido tempranamente por parada cardíaca o suicidio. El peor pronóstico se asocia con un bajo peso inicial, presencia de vómitos, fracaso en el tratamiento y premorbididad en las relaciones familiares. El mejor pronóstico lo presentan los pacientes que sólo necesitan tratamiento ambulatorio. Será conveniente, por tanto, que los pacientes con AN participen largo tiempo en programas de tratamiento para prevenir recaídas, principalmente aquéllos con enfermedad severa.

La actitud adoptada por nosotros a este respecto consiste en revisiones periódicas anuales varios años después de ser dada de alta la paciente.

DISCUSIÓN

Por los resultados expuestos consideramos a la fluvoxamina como fármaco de indudable eficacia en el tratamiento de la AN. Solamente una paciente (caso nº

7) hubo de ser ingresada en una ocasión durante el tratamiento, el resto de pacientes siguió tratamiento ambulatorio. No obstante, dos pacientes (casos nº 1 y 9) antes de iniciar el tratamiento con fluvoxamina (estando siendo tratados con tricíclicos) habían necesitado dos internamientos hospitalarios cada uno de ellos, y como anécdota recogemos que en la paciente nº 9, durante el tratamiento con ADT, en dos ocasiones y debido a la acentuación del estreñimiento se produjeron escóbalos (o impactación fecal) que debieron ser extraídos manualmente por cirujanos, circunstancia que no volvió a repetirse durante el tratamiento con fluvoxamina.

En la tabla 8 se observa la evolución hacia el normopeso; deseamos manifestar además que, a los pocos meses de iniciado el tratamiento, apreciamos en la mayoría de las pacientes remisión del trastorno perceptivo de esquema corporal.

Por último manifestar que a pesar de haber mencionado sólo el tratamiento farmacológico, opinamos que el tratamiento de la AN debe ser integral: farmacológico, psicoterapéutico (individual y familiar) y conductual.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos mostrar nuestro agradecimiento a D^a Felisa Rodríguez Zurdo por la amabilidad y deferencia mostrada en los controles de peso y talla.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuriaguerra J de. *Manual de Psiquiatría Infantil*, 4^a. Edición. Masson, Barcelona 1991.
- 2 American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 3^a edición revisada. Ed. Masson. Barcelona, 1988.
- 3 American Psychiatric Association (APA) Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):207-228.
- 4 Bliss EL, Branch C. *Anorexia nervosa: Its history psychology and biology*. Nueva York. Paul Horber, 1960.
- 5 Bradford LD. Preclinical pharmacology of fluvoxamine. *Proceedings of the International Symposium on fluvoxamine*. Amsterdam, Sept 1983;13-17.
- 6 Cabranes JA, Santos JL, Almoguera I y cols. Anorexia nervosa, un estado de hiperactividad dopaminérgica. *Endocrinología* 1985;32:4-10.
- 7 Cabranes JA, Rarabash A, Arias J, Ponce de León C. Alteraciones neuroendocrinas en los trastornos de la alimentación. *Monografías de psiquiatría*. Año V, 1 Enero-Febrero 1993.
- 8 Chinchilla Moreno A. *La anorexia nerviosa como equivalente depresivo*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, 1978.
- 9 CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor y López-Ibor Aliño, JJ. Madrid, 1982.
- 10 Crisp AH, Palmer RL, Kelney RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Brit J Psychiatry* 1976;128:549-554.
- 11 Garfinkel PE. Perception of hunger and safety in anorexia nervosa. *Psych Medicine* 1974;4:309-315.
- 12 Hergoz DB, Copeland PM. Eating disorders. *N Engl J Med* 1985;313:295-303.

- 13 Hudson JI, Pope HG jr. Affective spectrum disorder does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1990;147:552-564.
- 14 Hull MGR, Murray MAF, Franks S y cols. Endocrinopathy of weight recovered anorexia nervosa in women presenting with secondary amenorrhea. *J Endocrinology* 1976;64:43.
- 15 López-Ibor Aliño JJ. *Los equivalentes depresivos*. Ed. Montalvo. Madrid, 1980.
- 16 López-Ibor Aliño JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Brit J Psychiatry* 1988;153(3):26-39.
- 17 Mendiguchía Quijada FJ. *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Ed. del Castillo. Madrid, 1980.
- 18 Nylander I. The feeling of being fat dieting in a school populations. An epidemiologic interview investigation. *Act Sociomed Scandinavica* 1971;3:17-26.
- 19 Pérez Urdániz A, Rey Sánchez F, Ortega Esteban MA, Larrode Pellicer C. *Tratamiento de la anorexia nerviosa con Fluvoxamina*. Ponencia XVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Salamanca, junio 1990.
- 20 Prieto Aguirre JF. *Las melancolías del hombre actual*. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Salamanca, 1976.
- 21 Sánchez Avendaño M, Chinchilla Moreno A, de la Calle Maldonado L. *Tratamiento psicofarmacológicos de la Anorexia y Bulimia nerviosa*. Ponencia del XVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Salamanca, junio 1990.
- 22 Toro i Trallero J, Vilardell E. *Anorexia nervosa*. Ed. Martínez Roca, 1987.
- 23 Travaglini P, Beck-Peccoz P, Ferrari C y cols. Some aspects of hypothalamic-pituitary function in patients with anorexia nervosa. *Acta Endocrinology* 1976;81:252-262.
- 24 Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. *Anorexia y bulimia*. Ed. Martínez Roca, 1991.
- 25 Van Praag MH. ¿Cuán importante es la serotonina en la depresión? *Actas del 2º Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Madrid 1989. Aran Ediciones, 1989.
- 26 Vigersky RA, Loriaña DL, Anderson AE y cols. Anorexia nervosa: behavioural and hipotalamic aspects. *Clin Endocrinol Metab* 1976;5:512-525.

120 ciones teóricas, para las que no disponemos de espacio suficiente.

A menudo, en la práctica clínica estas consideraciones teóricas se basan en los trabajos del grupo denominado "Escuela de París", sin obviar, por ello, la obra de Melanie Klein, Wilfred Bion y otros autores. Nuestra hipótesis es que en la obra de Marty y Kreisler (París), Klein y Bion, se dan, bajo diferentes nomenclaturas, muchos elementos comunes por lo que respecta a los pacientes psicossomáticos. Estas coincidencias han sido explicitadas en otro momento (Talam, 1990).

Resumiendo, muy groseramente, en la obra de estos autores*, observamos que se subraya que el desorden psicossomático se da en pacientes con un nivel de mentalización de los conflictos, pérdidas, frustraciones, ansiedades, etc., muy escaso. Esta afirmación, primordial para entender el tratamiento de estos pacientes, es válida para muchos de ellos, sean adultos o niños -no para todos, como acertadamente señala Hernández (1988).

En los niños, obviamente, hay que tener en cuenta que, como seres en desarrollo que son, aún no han alcanzado el máximo nivel de mentalización posible. No se trataría, como en el adulto, de una función que ha fracasado o que está ausente (Hernández, 1988) sino de un proceso aún en evolución y que por lo tanto puede mostrar fallas en determinados momentos.

Este fenómeno es el que nos explica la gran reactividad psicossomática del niño, reactividad que hace que algunos autores digan que la infancia es la edad de oro de la psicossomática (Mazet y Houzel, 1981) o que el niño actúa como un "sismógrafo" ante las alteraciones del comportamiento materno (Biermann, 1973).

PSICOTERAPIA

Con las reflexiones anteriores hemos empezado a plantear cuál será el tratamiento psicoterapéutico del niño psicossomático. A pesar de las diferentes modalidades de abordaje que se pueden plantear, todas ellas tendrán un elemento común: actuar como potenciador

-generador en los peores casos- de la actividad mentalizada, simbolizada, de nuestro pequeño paciente.

Como modelo podríamos decir que el terapeuta, necesariamente adulto, presta al niño sus procesos de pensamiento, su preconsciente, sus símbolos y sus elementos α -recogiendo la terminología de Marty, Klein y Bion- para que el paciente los use e introyecte. La terapia se convierte así en una auténtica función de maternaje, de holding (soporte) y alimentación en los términos más mentales posibles. Se trata de un auténtico trabajo de "reconstrucción", de "ortopedia" (Angulo, 1985b) o de una "función psicoterápica" en términos de Marty (1980), similar a la función materna dirigida al bebé.

Es necesario subrayar que el niño psicossomático -también muy a menudo el adulto, aunque no siempre (Hernández, 1988)- nos mostrará una transferencia inicial de tipo "psicossomático" (Adroer, 1988) es decir, pobre, falta de fantasías, de detalles y asociaciones, con muy pocos sueños y con unos juegos y dibujos muy poco imaginativos, al igual que haría un niño neurótico en la etapa de latencia.

Aunque resulte obvio, no se puede olvidar que estamos ante un paciente con un padecimiento orgánico y con características psicológicas particulares. Significa esto que nos hallamos ante un paciente especial, de alto riesgo, por así decirlo, en el que no podemos aplicar la técnica psicodinámica -el análisis de transferencia, la confrontación, la interpretación, por ejemplo- sin más. La técnica clásica no puede sustentarse en pacientes cuyo nivel de simbolización, o de funcionamiento del preconsciente, es todavía limitado. Antes de interpretar, el terapeuta deberá ejercer una auténtica tarea de proyección" (Angulo, 1985b), prestándole al niño, siempre en función de una contratransferencia adecuada, simbolismos, conexiones y fantasías del propio terapeuta. Cuando estas funciones se reactivan en el niño es el momento de dotar de un significado al juego, al dibujo, a la relación terapéutica (Munar y Closa, 1985).

Como se ve, todo esto tiene poco que ver con una reeducación pedagógica. Muy al contrario, para que estos procesos detenidos, enlentecidos o alterados puedan ser reactivados, la relación entre terapeuta y paciente debe ser una auténtica experiencia emocional. Sólo así se logrará aumentar y corregir aquello que en otras relaciones emocionales -fundamentales las de

* M. Klein no se ocupó directamente de los trastornos psicossomáticos propiamente dichos. Pero si se efectúa un cierto ejercicio de reflexión se obtienen de sus escritos nociones muy interesantes de cara al tema que nos ocupa. Otros autores (véase Atxotegui, 1987) se han encontrado en situaciones parecidas, con otras áreas de trabajo.

la Unidad Originaria, según el concepto de Pérez Sánchez (1981)- se experimentó y que resultaron en la situación que motiva la consulta que nos efectúa como profesionales.

Toda psicoterapia de inspiración dinámica se basa en el supuesto de que el conflicto o las dificultades que generaron el síntoma psicossomático tienen su fundamento en dificultades interpersonales, en el caso que nos ocupa entre el niño y los padres. Si la causa última radica en una relación interpersonal será necesario otra relación interpersonal, ahora sería terapeuta - paciente, para poder incidir sobre esta causa (Adroer, 1988).

Por ello, el terapeuta precisa de un elevado nivel de formación teórica y práctica para tratar este tipo de pacientes. Todos los autores insisten en el hecho de que el tratamiento de pacientes psicossomáticos requiere un terapeuta experimentado que actúe con precaución, puesto que el riesgo de empeoramiento del paciente es importante y frecuente (Alexander, 1950; Marty, 1976). En pacientes adultos se puede producir una descompensación tal que no sólo se agraven sus síntomas psicossomáticos sino que aparezcan núcleos psicóticos importantes, latentes hasta el momento gracias a la acción del trastorno psicossomático en una clara función defensiva (Adroer, 1988; López, 1985).

Aunque nos hemos adentrado de pleno en el terreno de la psicoterapia del niño psicossomático es necesario mencionar cuestiones que son más básicas que las precedentes.

Previamente a todo tratamiento psicoterapéutico debemos plantearnos cual es la situación de una serie de variables que influyen en la elección y curso del mismo. Algunas de estas variables son: la edad del niño, su estructura psicológica, el nivel de afectación, la implicación de los padres en la patología, las condiciones sociales y familiares y la necesidad del tratamiento médico.

A nadie se le escapa que la terapia de un niño de un año deberá ser efectuada a través de la madre del mismo. O que si existe una imposibilidad de desplazamiento al lugar donde radica el terapeuta es imposible el plantear un análisis de cuatro o cinco sesiones por semana. O que los padres del niño tendrán un papel muy importante en su implicación en la terapia y que será necesario, muy a menudo, efectuar un seguimiento de los mismos.

No entraremos en detalle sobre los recursos técnicos que el terapeuta deberá emplear en el tratamiento del niño (juego, dibujo, flexibilidad del setting, etc.) puesto que se escapan al marco de este artículo. En todo caso, para los no iniciados en el tratamiento psicoterapéutico del niño les recomendaríamos la lectura de la primera parte del libro *El psicoanálisis de niños* de M. Klein (1932).

El terapeuta entrenado dispone, en función de estas variables, de diferentes posibilidades terapéuticas para tratar a su pequeño paciente psicossomático:

- *Psicoanálisis propiamente dicho* (en caso de que el terapeuta haya seguido una formación de psicoanalista).

- *Psicoterapia dinámica*, a razón de unas dos veces por semana, sin límite temporal, pero de una duración mínima aproximada de un año.

- *Técnicas de psicoterapia breve*, terapias focalizadas de una o dos sesiones por semana, con una duración que oscila entre los tres y seis meses.

Nos detendremos brevemente a comentar algunos aspectos de esta última técnica, ampliamente empleada en el marco hospitalario.

La *psicoterapia breve* puede efectuarse con el niño, con los padres, o con el niño y la madre siempre y cuando el terapeuta observe que se cumplen por lo menos dos requisitos:

a) Se detecta que el padre, la madre o ambos son capaces de percibir sus proyecciones sobre el niño y el lugar que éstas ocupan en la patología que éste presenta. Como si "descontaminaran" (Cramer, 1974) al niño de esas proyecciones. Podremos, entonces, tomar a los padres en tratamiento

b) Es posible la focalización clara del ámbito psicológico en el que se circunscribe el problema y ello nos da esperanza de una resolución de la problemática nuclear relativamente rápida.

La psicoterapia breve, tiene, además de sus ventajas obvias, ciertos peligros. El más notable radica en una rápida desaparición de los síntomas que motivaron el tratamiento sin que se hayan conseguido cambios en las estructuras psicológicas vulnerables. Podemos encontrar entonces con que padres poco motivados impiden que la psicoterapia se finalice adecuadamente. Por ello, en todo tipo de tratamiento, pero con más énfasis en los de tipo breve, será necesario contar con la colaboración de los padres en el sentido de que el tratamiento debe finalizar en el período indicado, o prolongarse según criterio del terapeuta.

**Comité Internacional de Editores
de Revistas Médicas***

* Los Miembros del Comité son: Suzanne y Robert Fletcher (*Annals of Internal Medicine*), Lauren Thomas (*Medical Journal of Australia*), George D. Lundberg (*Journal of the American Medical Association*), Robin Fox Lois (*Lancet*), Magne Nylenna (*Tidskrift for den Norske Laegeforening*), Lois Ann Colaianni (*Index Medicus*), Arnold S. Relman y Marcia Angell (*New England Journal of Medicine*), Povl Riis (*Journal of the Danish Medical Association, Danish Medical Bulletin*), Richard G. Robinson (*New Zealand Medical Journal*) Bruce P. Squires (*Canadian Medical Association Journal*) y Linda Clever (*Western Journal of Medicine*). Correspondencia: Editor, *New England Journal of Medicine* o Editor, *British Medical Journal*.

Durante los 12 años que siguieron a su primera publicación, los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" (el estilo de Vancouver), redactados por el Comité de Editores de Revistas Médicas, han sido ampliamente aceptados tanto por autores como por editores: más de 400 revistas se han adherido a esta normativa. Ésta es la cuarta edición de los Requisitos de Uniformidad.

En enero de 1978, un grupo de editores de algunas de las revistas biomédicas más importantes publicadas en inglés se reunieron en Vancouver, Columbia Británica, para uniformar los requisitos técnicos para los manuscritos que debían ser enviados a sus revistas. Estos requisitos, incluidos los modelos para las referencias bibliográficas desarrollados para el grupo de Vancouver por la *National Library of Medicine*, fueron publicados en tres de las revistas a principios de 1979. El grupo de Vancouver se convirtió en el *International Committee of Medical Journal Editors*. A través de los años, el grupo ha revisado ligeramente estos requisitos; ésta es la cuarta edición.

Más de 400 revistas han acordado aceptar manuscritos elaborados según los requisitos. Es importante insistir en lo que suponen y lo que no suponen estos requisitos.

Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas (cuarta edición)

Papers sent to biomedical journals essential requirements (fourth edition)

En primer lugar, los requisitos son instrucciones para los autores sobre cómo preparar los manuscritos y no para los editores sobre el estilo de la publicación (sin embargo, muchas revistas han obtenido de estos criterios elementos para su estilo de publicación).

En segundo lugar, si los autores preparan sus manuscritos en el estilo que estos criterios especifican, los editores de las revistas participantes no devolverán los manuscritos para cambios en estos detalles de estilo. Aun así, los manuscritos pueden ser modificados por las revistas para estar conformes con los detalles de sus propios estilos de publicación. En tercer lugar, los autores que envíen manuscritos a una revista del grupo, no debieran elaborarlos de acuerdo con el estilo de publicación de dicha revista, sino que deberían seguir los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".

Sin embargo, los autores también deben seguir las instrucciones para los autores de cada revista en cuanto a qué temas son adecuados para la revista y qué tipos de artículos pueden presentarse (por ejemplo, artículos originales, revisiones, casos clínicos). Además, las instrucciones de cada revista probablemente contienen otros requisitos propios de la misma, como el número de copias de los manuscritos, los idiomas aceptados, la extensión de los artículos y las abreviaturas aprobadas.

Es de esperar que las revistas participantes publiquen sus instrucciones a los autores que sus requisitos para publicación están de acuerdo con los "Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" y que citen una versión publicada.

Este documento se revisará periódicamente. Las preguntas y los comentarios desde América del Norte y Centro sobre estos requisitos se enviarán al Editor, *The New England Journal of Medicine*, 10 Shattuck St., Boston, MA 02115; los de otras regiones se enviarán al Editor, *British Medical Journal*, British Medical Association, Tavistock Square, London WC1H 9 JR, Reino Unido. Téngase en cuenta que estas dos revistas se encargan de los servicios de secretaría del Comité Internacional de editores de Revistas Médicas, pero no manejan manuscritos destinados a otras revistas. Los artículos destinados a otras revistas deben enviarse directamente a las oficinas de las mismas.

RESUMEN DE LOS REQUISITOS

Se ha de mecanografiar el manuscrito a doble espacio, incluyendo la primera página, el resumen, el texto, el agradecimiento, la bibliografía, las tablas y los pies de figuras y tablas.

Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) la primera página o página del título; 2) el resumen y las palabras clave; 3) el texto; 4) el agradecimiento; 5) la bibliografía; 6) las tablas, cada tabla ha de estar completa con el título y las notas al pie, en una página separada, y 7) los pies de las ilustraciones. Las ilustraciones deben ser de buena calidad, con grabados satinados sin montar, generalmente de 127 por 173 mm (5 por 7 pulgadas) y no han de sobrepasar 203 por 245 mm (8 por 10 pulgadas).

Se tiene que remitir el número necesario de copias del manuscrito y figuras (ver las instrucciones de la revista) en un sobre de papel grueso. El manuscrito ha de ir acompañado de una carta de presentación, tal y como se describe en el apartado "Envío de los manuscritos", y de los permisos para reproducir materiales previamente publicados o para emplear ilustraciones que puedan identificar seres humanos. Se seguirán las instrucciones propias de cada revista para la transferencia de los derechos de autor. Los autores deben guardar copias de todo lo que remitan.

PUBLICACIÓN PREVIA Y DUPLICADA

125

La mayoría de revistas no desean evaluar para su publicación un artículo sobre una investigación que ya ha sido publicada o que se describe en un artículo enviado o aceptado para su publicación en otra revista. Esta política generalmente no impide que se considere un artículo que ya ha sido rechazado o un artículo preliminar, generalmente en forma de resumen. Tampoco impide la consideración de un artículo que se haya presentado en una reunión científica siempre que no se haya publicado de modo completo en un acta de sesiones o publicación similar. Los artículos de prensa sobre la reunión no se consideran habitualmente como infracciones de esta norma, aunque dichos artículos no deberán ser ampliados con datos adicionales o copias de tablas e ilustraciones. Al presentar un artículo, el autor debería hacer siempre una declaración completa al editor sobre los envíos y publicaciones previos que podrían ser considerados como publicación previa o duplicada del mismo trabajo o de uno muy similar. Deberían incluirse las copias de dicho material junto con el artículo presentado para ayudar al editor a decidir cómo resolver la cuestión.

La publicación múltiple -es decir, el publicar más de una vez los resultados del mismo estudio, prescindiendo de que la redacción sea la misma- raramente está justificada. La publicación secundaria en otro idioma es una justificación posible, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Los editores de las dos revistas implicadas estarán totalmente informados. El editor implicado en la publicación secundaria deberá tener una fotocopia, reimpresión o manuscrito de la versión primaria.

b) La prioridad de la publicación primaria se respetará con un intervalo de publicación de al menos dos semanas.

c) El texto de publicación secundaria se redacta para un grupo de lectores diferentes, y no es una simple versión traducida del artículo primario: una versión abreviada es a menudo suficiente.

d) La versión secundaria será un reflejo fiel de los datos e interpretaciones de la versión primaria.

e) Una nota al pie de la página del título de la versión secundaria informará a los lectores, expertos y agencias de documentación que el artículo ya fue editado, y que se publica para los lectores nacionales paralelamente con una versión primaria basada en los mismos datos e

- 126 interpretaciones. Una nota adecuada a pie de página puede ser la siguiente: "Este artículo se basa en un estudio que se publicó primero en (título de la revista con la referencia completa)".

La publicación múltiple diferente de la que se acaba de describir no debe ser aceptada por los editores. Si los autores violan esta regla es de esperar que el comité editorial tome las medidas oportunas.

La difusión preliminar, generalmente a los medios de comunicación, de información científica descrita en un artículo que ha sido aceptado, pero que aún no está publicado, es una violación de las reglas de muchas revistas. En unos pocos casos, y sólo de acuerdo con el editor, puede aceptarse la difusión preliminar de datos, por ejemplo para advertir al público sobre riesgos para la salud.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Se ha de mecanografiar el manuscrito en papel blanco, 216 por 279 mm (8,5 por 11 pulgadas) o ISO A4 (212 por 297 mm), con márgenes de unos 25 mm (1 pulgada) como mínimo y sólo por una cara del papel. Se debe emplear doble espacio en todo el manuscrito, incluyendo la primera página, el resumen, el texto, el agradecimiento, la bibliografía, las tablas y los pies de figuras. Se deben numerar las páginas consecutivamente, empezando por la primera página. Se mecanografiará el número de la página en el ángulo superior o inferior derecho de cada página.

Primera página o página del título

La primera página debe incluir: 1) el título del artículo, que será conciso pero informativo; 2) el nombre y uno o dos apellidos de cada autor, con el/los grado/s académico/s más alto/s y la afiliación a una institución; 3) el nombre del/de los departamento/s e institución/es responsable/s; 4) la negación de responsabilidad, si procede; 5) el nombre y la dirección del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito; 6) el nombre y la dirección del autor al que se dirigirán las solicitudes de separatas; 7) la/s fuente/s de apoyo en forma de subvenciones, equipo, fármacos o todos ellos, y 8) un título abreviado o una línea al pie de no más de 40 pulsaciones (contar letras y espacios) situado/s e identificado/s al pie de la primera página.

Autores

Todas las personas designadas como autores deben acreditar su autoría. El orden de los firmantes debe ser una decisión conjunta de los coautores. Cada uno de ellos deberá haber participado de modo suficiente en el trabajo como para asumir públicamente la responsabilidad sobre su contenido.

La condición de autor se basa solamente en la contribución sustancial a: a) la concepción y el diseño, o el análisis y la interpretación de los datos; b) la redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual; c) la aprobación final de la versión que se publicará. Los autores firmantes deben cumplir las tres condiciones, a), b) y c). La simple participación en la adquisición de fondos o en la recopilación de datos no justifica la autoría del trabajo. Tampoco es suficiente para ser autor la supervisión general del grupo de investigación. Cada parte de un artículo que sea fundamental para obtener las conclusiones principales debe ser responsabilidad de al menos un autor.

Un artículo con autoría colectiva debe especificar las personas clave responsables del mismo. Los otros participantes en el trabajo se han de identificar por separado (ver Agradecimiento y Otra Información).

Los editores pueden requerir a los autores que justifiquen su calidad de tales.

Resumen y palabras clave

La segunda página constará de un resumen (no superior a 150 palabras en caso de resúmenes no estructurados o 250 palabras en caso de resúmenes estructurados). El resumen ha de exponer la finalidad del estudio o investigación; los procedimientos básicos (selección de individuos o animales de experimentación, métodos de observación y de análisis); los principales hallazgos (dar datos específicos y su significación estadística, si es posible), y las conclusiones principales. Resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio o de las observaciones. Debajo del resumen, se deben citar, e identificar como tales, de 3 a 10 palabras clave o frases cortas (lexemas) que ayudarán a las personas que confeccionan índices a realizar referencias cruzadas y que pueden ser publicadas con el resumen. Se deben utilizar los términos del *Medical Subject Headings* (MeSH) del *Index Medicus*. Si los términos adecuados aún no son asequibles en el MeSH,

por ser términos de introducción reciente, se pueden utilizar términos en uso.

Texto

El texto de artículos de observación y experimentación se divide habitualmente, pero no necesariamente, en secciones con los títulos Introducción, Métodos, Resultados y Discusión. Los artículos extensos pueden requerir subtítulos dentro de algunas secciones para clarificar su contenido, especialmente en las secciones de Resultados y de Discusión. Otro tipo de artículos, como las notas clínicas, revisiones y editoriales probablemente requieran otros formatos. Los autores deben consultar a cada revista para su asesoramiento.

Introducción. Debe exponerse la finalidad del estudio. Se debe resumir la exposición razonada del estudio u observación. Tienen que mencionarse sólo las citas bibliográficas indispensables y no revisar con amplitud. No hay que incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Métodos. Debe describir claramente la selección de los individuos de observación o experimentación (pacientes o animales de experimentación, incluyendo los controles). Se ha de identificar los métodos, los aparatos (nombre del fabricante y dirección entre paréntesis) y los procedimientos con el suficiente detalle para permitir que otros autores puedan reproducir los resultados. Se deben dar referencias para métodos utilizados incluyendo métodos estadísticos (ver más adelante); proporcionar referencias y descripciones resumidas de los métodos que ya se han publicado, pero no se conocen bien; describir métodos nuevos o sustancialmente modificados, dar las razones para utilizarlos y evaluar sus limitaciones. Se deben identificar de manera precisa todos los fármacos y sustancias químicas que se han utilizado, incluyendo el/los nombre/s genérico/s, la/s dosis y vía/s de administración.

Normas éticas. Cuando se presentan experimentos sobre seres humanos, se ha de indicar si los procedimientos que se siguieron estaban de acuerdo con las normas éticas del comité responsable de la experimentación humana (institucional o regional) o con la Declaración de Helsinki de 1975, en la versión revisada de 1983. No se deben utilizar nombres de pacientes, iniciales o números de hospital, especialmente en cualquier material de ilustración. Cuando se trate de experimentos en animales, hay que indicar si se siguieron las

normas de la institución o del *National Research Council*, o cualquier ley nacional sobre el cuidado y uso de animales de laboratorio.

Estadística. Hay que describir los métodos estadísticos con suficiente detalle para permitir al lector preparado, con acceso a los datos originales, que verifique los resultados que se presentan, y cuantificar los hallazgos, siempre que sea posible y presentarlos con los indicadores apropiados de medición de error e incertidumbre (como los intervalos de confianza). Se debe evitar fiarse exclusivamente de comprobaciones de hipótesis estadísticas, como el uso de valores de *p*, que no permiten transmitir una información cuantitativa importante. Se debe discutir la elegibilidad de los sujetos de experimentación. Se deben dar detalles sobre la aleatorización. Se han de describir los métodos, y el éxito, de cualquier tipo de estudio doble ciego. Se tiene que informar sobre las complicaciones del tratamiento. Hay que precisar el número de observaciones. Se deben mencionar los casos perdidos de la observación (como los abandonos en un ensayo clínico). Las referencias para el diseño del estudio y los métodos estadísticos se deberán remitir, cuando sea posible, a trabajos estándares (con páginas consignadas), en lugar de remitir a los trabajos donde los diseños o métodos fueron originalmente publicados. Hay que especificar cualquier programa de ordenador de uso general utilizado.

Las descripciones generales de los métodos se incluirán en la sección de Métodos. Cuando los datos se resumen en el apartado de Resultados, se deben especificar los métodos estadísticos utilizados para analizarlos. Tienen que limitarse las tablas y figuras a las necesarias para ilustrar el razonamiento del artículo y para valorar su apoyo. Se deben utilizar gráficos como alternativa a las tablas con muchos datos; no hay que duplicar los datos en gráficos y tablas. Se deben evitar los usos no técnicos de términos estadísticos técnicos, tales como "aleatorio" (que implica una estrategia para aleatorizar), "normal", "significativo", "correlación" y "muestra". Se deben definir los términos estadísticos, las abreviaturas y la mayoría de los símbolos.

Resultados. Hay que presentar los resultados en una secuencia lógica en el texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto todos los datos de las tablas, ilustraciones, o ambas. Se deben resaltar o resumir sólo las observaciones importantes.

Discusión. Hay que resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos

128 se derivan. No tienen que repetirse detalladamente los datos u otro material comentado en la Introducción o Resultados. Hay que incluir en la Discusión las inferencias de los hallazgos y sus limitaciones, incluyendo las deducciones para una investigación futura. Deben relacionarse las observaciones con otros estudios pertinentes. Hay que enlazar las conclusiones con las metas del estudio, pero se evitarán las afirmaciones gratuitas y las conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo. No se debe reclamar la prioridad ni aludir a trabajos que aún no estén terminados. Tienen que exponerse nuevas hipótesis cuando esté justificado, pero se han de etiquetar claramente como tales. Se pueden incluir unas recomendaciones, cuando sean apropiadas.

Agradecimientos

En un lugar apropiado del artículo (nota al pie de la primera página o apéndice del texto, según los requisitos de la revista) se deben especificar en una o más frases; a) las contribuciones que requieren un agradecimiento, pero que no justifican la calidad de autor, como el respaldo total de un jefe de departamento; b) los agradecimientos por ayuda técnica; c) el agradecimiento por ayuda financiera o material, especificando la naturaleza de la ayuda, y d) las relaciones financieras que pueden dar lugar a un conflicto de intereses. Las personas que hayan contribuido intelectualmente en el artículo, pero cuyas aportaciones no justifiquen la calidad de autor, se pueden nombrar describiendo su función o contribución, por ejemplo "consejero científico", "revisión crítica de la propuesta de estudio", "recopilación de datos", "participación en el ensayo clínico". Dichas personas deben haber dado su autorización para ser nombradas. Los autores son responsables de obtener la autorización escrita de las personas nombradas en los agradecimientos, dado que los lectores pueden inferir su respaldo a los datos y conclusiones.

La ayuda técnica se debe agradecer en un párrafo aparte de los que agradecen otras contribuciones.

Bibliografía

Se deben numerar las citas bibliográficas consecutivamente en el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Hay que identificar las referencias en el

texto, tablas y pies de figura con números arábigos entre paréntesis. Las referencias que sólo se citan en las tablas o en los pies de las figuras deben numerarse de acuerdo con una secuencia establecida por la primera identificación en el texto de la tabla o ilustración en particular.

Hay que utilizar el estilo de los ejemplos que se exponen posteriormente, que se basan en los formatos utilizados por la Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine) de Estados Unidos en el *Index Medicus*. Los títulos de revistas deben abreviarse con el estilo empleado en el *Index Medicus*. Consultar las listas de revistas (*List of Journals Indexed*) que aparecen en el *Index Medicus*, editada anualmente como una publicación separada por la Biblioteca Nacional y como una lista en el número de enero del *Index Medicus*. Ver también la lista de títulos de revistas y títulos abreviados al final de este documento.

Se debe intentar huir del uso de resúmenes como referencias. No se pueden usar como referencias "observaciones no publicadas" y "comunicaciones personales", aunque las referencias a comunicaciones escritas, no orales, pueden insertarse en el texto (entre paréntesis). Hay que incluir en las citas bibliográficas los trabajos aceptados, pero no publicados; mencionar la revista y añadir "en prensa" (entre paréntesis). La información sobre manuscritos presentados pero aún no aceptados debería citarse en el texto como "observaciones no publicadas" (entre paréntesis).

Las citas bibliográficas deben ser comprobadas por el/los autor/es con los documentos originales.

A continuación se dan ejemplos de formas correctas de citas bibliográficas.

Artículos en revistas

1. *Artículo estándar de revista* (mencionar a todos los autores; si el número es superior a seis, escribir los seis primeros y añadir et al.).

You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;Aug;79 (2):311-4.

Como una opción, si la revista mantiene una paginación consecutiva en un volumen, se puede omitir, el mes y el número del ejemplar.

You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-4.

Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lai LY et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on chromosome 21. *Lancet* 1989;1:352-5.

2. *Autor colectivo*

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:742-4.

3. *No se menciona el autor*

Coffee drinking and cancer of the pancreas [editorial] *BMJ* 1981;283:628.

4. *Artículo en otro idioma*

Massone L, Borghi S, Pestarino A, Piccini R, Gambini C. Localisations palmaires purpuriques de la dermatite herpétiforme. *Ann Dermatol Venereol* 1987;114:545-7.

5. *Volumen con suplemento*

Magni F, Rossoni G, Berti F. BN-52021 protects guinea-pigs from heart anaphylaxis. *Pharmacol Res Commun* 1988;20(suppl 5):75-8.

6. *Número con suplemento*

Gardos G, Cole JO, Haskell D, Marby D, Paine SS, Moore T. The natural history of tardive dyskinesia. *J Clin Psychopharmacol* 1988;8(4 suppl):31S-7S.

7. *Volumen con parte*

Hany C. Metaphysics and innatenses: a psychoanalytic perspective. *Int J Psychoanal* 1988;69(Pt3):389-99.

8. *Número con parte*

Edwards L, Meyskens F, Levine N. Effects of oral isotretinoin on dysplastic nevi. *J Am Acad Dermatol* 1989;20(2Pt):257-60.

9. *Número sin volumen*

Baumeister AA. Origins and control of stereotyped movements. *Monogr Am Assoc Ment Defic* 1978;(3):353-84.

10. *Sin número ni volumen*

Danoek K. Skiing in and through the history of medicine. *Nord Medicinhist Arsb* 1982;86-100.

11. *Paginación en números romanos*

Ronne Y. Ansvarsfall. Bloodtransfusion till fel patient. *Vardfaket* 1989;13:XXVI-XXVII.

12. *Indicación del tipo de artículo según sea preciso.*

Spargo PM, Manners JM, DDAVP and open heart surgery [carta]. *Anaesthesia* 1989;44:363-4.

Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by *Toxoplasma gondii* [resumen]. *Clin Res* 1987;35:475A.

13. *Artículo que contiene una retractación*

Shishido A. Retraction notice: effect of platinum

compounds on murine lymphocyte mitogenesis (Retractación de Alsabti EA, Ghalib ON, Salem MH. En: *Jpn J Med Sci Biol* 1979;32:53-65). *Jpn J Med Sci Biol* 1980;33:235-237.

14. *Artículo retractado*

Alsabti EA, Ghalib ON, Salem MN. Effect of platinum compounds on murine lymphocyte mitogenesis [Retractado por Shishido A. En: *Jpn J Med Sci Biol* 1980;33:325-7]. *Jpn J Med Sci Biol*, 1979;32:53-65.

15. *Artículo con un comentario*

Piccoli A, Bossatti A. Early steroid therapy in IgA neuropathy: still an open question [comentario]. *Nephron* 1989;51:289-91. Comentario sobre: *Nephron* 1988;48:12-7.

16. *Artículo comentado*

Kobayashi Y, Fujii K, Hiki Y, Tateno S, Kurokawa A, Kamiyama M. Steroid therapy in IgA nephropathy: a retrospective study in heavy proteinuric cases [ver comentarios]. *Nephron* 1988;48:12-7. Comentado en: *Nephron* 1989;51:289-91.

17. *Artículo con fe de erratas publicadas*

Schofield A. The CAGE questionnaire and psychological health [la fe de erratas publicada aparte en *Br J Addict* 1989;84:701]. *Br J Addict* 1988;83:761-4.

Libros y otras monografías

18. *Autor/es personal/es*

Colson JH, Armour WJ. Sports injuries and their treatment. 2ª rev ed. Londres: S. Paul, 1986.

19. *Editor/es, recopilador como autor*

Diedner HC, Wilkinson M. editores. Drug-induced headache, Nueva York: Springer-Verlag, 1988.

20. *Organización como autor y entidad que publica*

Virginia Law Foundation. The medical and legal implications of AIDS. Charlottesville: The Foundation, 1987.

21. *Capítulos de libros*

Wreinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. En: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editores. Pathologic physiology: mechanism of disease. Filadelfia: Saunders, 1974;457-72.

22. *Actas de conferencias*

Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceedings of the First AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31. Chicago. Chicago: American Medical Association, 1985.

130

23. *Conferencia*

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. En: Gammage RB, Kaye SV, editors. Indoor air and human health. Proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium, 1984 Oct 29-31; Knoxville (TN) Chelsea (MD): Lewis, 1985;69-78.

24. *Informe científico y técnico*

Akutsu T. Total heart replacement device. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Heart and Lung Institute; 1974 Abr. Report No. NIH-NHLI-69-21 85-84.

25. *Disertación*

Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [disertación]. Pittsburgo (PA): Univ. de Pittsburgo, 1988.

26. *Patente*

Harred JF, Knight AR, McIntyre JS, inventores Dow Chemical Company, concesionario. Epoxidation process. US patent 3,654,317. 1972 abr 4.

Otros materiales publicados

27. *Artículo de un periódico*

Resenberger B, Specter B. CFCs may be destroyed by natural process. The Washington Post 1989. Ag 7; Secc A:2 (col. 5).

28. *Audiovisual*

AIDS Epidemic: the physician's role [grabación magnética]. Cleveland (OH): Academy of Medicine of Cleveland, 1987.

29. *Archivo de ordenador*

Renal system [programa informativo]. versión MS-DOS. Edwardville (KS): MediSim, 1988.

30. *Material legal*

Toxic Substances Control Act: Hearing on S. 776 Before the Subcomm. on the Environment of the Senate Comm. on Commerce, 94th Cong., 1st Sess 343 (1975).

31. *Mapa*

Scotland [mapa topográfico]. Washington: National Geographic Society (US) 1981.

32. *Libro de la Biblia*

Ruth 3:1-18. The Holy Bible. Authorized King James version. Nueva York: Oxford Univ. Press, 1972.

33. *Diccionario y referencias similares*

Ectasia. Dorland's illustrated medical dictionary. 27ª ed. Filadelfia: Saunders, 1988;527.

34. *Material clásico*

The Winter's tale: acto 5, escena 1, líneas 13 16. The complete works of William Shakespeare. Londres: Rex, 1973.

35. *En prensa*

Lillywhite HB, Donald JA, Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. En prensa.

Tablas

Hay que mecanografiar cada tabla a doble espacio en una hoja separada. No deben presentarse las tablas fotografiadas. Tienen que numerarse las tablas consecutivamente en el orden de su primera mención en el texto y redactarse un breve título para cada una de ellas, así como un encabezamiento corto o abreviado para cada columna. Se debe situar el texto explicativo en las notas a pie de tabla, y no en la cabecera. Hay que explicar en las notas todas las abreviaciones no estándares que se utilizan en cada tabla. Para las notas a pie de tabla se tienen que utilizar símbolos convencionales.

Hay que identificar las medidas estadísticas de las variaciones como la desviación estándar y el error estándar de la media.

No se deben utilizar líneas divisorias internas horizontales y verticales.

Comprobar que todas las tablas se citan en el texto.

Si se emplean datos de otra fuente publicada o no publicada, se ha de obtener el permiso y mencionarlo en el agradecimiento de manera completa.

El uso de demasiadas tablas en relación con la extensión del texto puede producir dificultades al maquetar las páginas. Se recomienda hojear unos números de la revista a la que se ha decidido presentar el artículo para estimar cuántas tablas pueden usarse por cada 1.000 palabras de texto.

El editor, al aceptar un trabajo, puede recomendar que las tablas adicionales que contengan datos importantes de apoyo, demasiado extensos para ser publicados, se depositen en un servicio de archivos, como el National Auxiliary Publication Service (NAPS) en los Estados Unidos, o bien que los autores las hagan asequibles. En este caso, se añadirá una declaración adecuada en el texto. Dichas tablas deben presentarse junto con el artículo para su consideración.

Ilustraciones

Hay que presentar el número requerido de juegos completos de ilustraciones. Las figuras debieran ser confeccionadas por un profesional y fotografiadas; no

son aceptables las leyendas hechas a mano o mecanografiadas. En lugar de dibujos originales, radiografías y otros materiales, enviar fotografías nítidas, brillantes y en blanco y negro, habitualmente de 127 por 173 mm (5 por 7 pulgadas), pero no mayores de 203 por 254 mm (8 por 10 pulgadas). Las letras, números y símbolos deben ser claros y de suficiente tamaño para que cuando se reduzca para su publicación, cada detalle siga siendo legible. Los títulos y las explicaciones detalladas deben situarse en los pies de las ilustraciones, no en las ilustraciones mismas.

Cada figura debe tener una etiqueta pegada al dorso indicando el número de la misma, el nombre del autor y la parte superior de la figura. No escribir al dorso de las figuras ni rascarlas o estropearlas al usar clips. No doblar las figuras ni pegarlas sobre una cartulina.

Las microfotografías deben tener marcadores de la escala interna. Los símbolos, flechas, o letras que se utilicen en las microfotografías deben contrastar con el fondo.

Si se utilizan fotografías de personas, las mismas no deben ser identificables o bien se han de acompañar de un permiso escrito para utilizar la fotografía.

Las figuras se han de enumerar consecutivamente de acuerdo con el orden en que se han citado por primera vez en el texto. Si una figura ya se ha publicado, se ha de agradecer a la fuente original y se ha de presentar el permiso escrito de quien posea los derechos del autor para reproducir el material. Se requieren autorización, independientemente del autor o editor, excepto en los casos de documentos de dominio público.

Para las ilustraciones en color, hay que precisar si la revista acepta negativos en color, diapositivas, o copias en color. Pueden ser útiles para el editor los esquemas que señalen la región que se debe reproducir. Algunas revistas sólo publican las ilustraciones en color si el autor paga los gastos adicionales.

Pies de figuras

Hay que mecanografiar los pies de las ilustraciones a doble espacio, empezando en una página separada, con números arábigos correspondientes a las ilustraciones. Cuando se utilicen símbolos, flechas, números o letras para señalar partes de las figuras, se debe identificar y explicar cada uno de ellos claramente en el pie de la figura. Hay que incluir la escala interna e identificar el método de tinción en las microfotografías.

Unidades de medida

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se deben informar en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiples decimales.

Las temperaturas se deben consignar en grados centígrados. La presión arterial se dar en milímetros de mercurio. En las mediciones hematológicas y bioquímicas se ha de emplear el sistema métrico según el sistema internacional de unidades (SI). Los editores pueden solicitar que las unidades alternativas o que no sean del SI sean añadidas por el autor antes de la publicación.

ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Se debe utilizar sólo la abreviatura estándar. Evitar las abreviaturas en el título y en el resumen. El término completo que está representado por una abreviatura debe preceder a su primer uso en el texto, a menos que sea una unidad estándar de medida.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Se tiene que enviar por correo el número adecuado de copias del manuscrito en un sobre de papel grueso, incluyendo las copias del manuscrito y la figuras en una cartulina, si es necesario, para evitar que se doblen las fotografías durante la manipulación de correos. Hay que colocar las fotografías y diapositivas por separado en un sobre de papel grueso.

Los manuscritos se deben acompañar de una carta de presentación. Ésta debe incluir: a) información sobre la publicación previa o duplicada o la presentación en algún otro lugar de cualquier parte del trabajo; b) una declaración sobre las relaciones financieras o de algún otro tipo que puedan motivar un conflicto de intereses; c) una declaración de que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores, que se han cumplido todos los requisitos para la autoría previamente detallados en este documento y, además, que cada coautor considera que el manuscrito es el resultado de un trabajo honesto, y d) el nombre, la dirección y el teléfono del autor responsable de la correspondencia, quien debe entrar en contacto con los otros autores para la revisión y la aprobación final de las galeras. La carta

132 debe dar cualquier información adicional que pudiera ser de utilidad para el editor, como el tipo de artículo que representa el manuscrito en la revista en particular y si el/los autor/s estará/n de acuerdo en correr con los gastos de reproducir las ilustraciones en color.

El manuscrito debe acompañarse de copias o de cualquier autorización para reproducir el material publicado, para utilizar ilustraciones o dar información personal sensible de personas identificables, o para nombrar a personas por su contribución.

REVISTAS ADHERIDAS

Las revistas que han notificado al International Committee of Medical Journal Editors su disposición a considerar la publicación de manuscritos preparados según las versiones anteriores de los requisitos de uniformidad del comité se identifican como tales en la

información para los autores. Se dispone de una lista completa que se puede solicitar al *New England Journal of Medicine* o al *British Medical Journal*. Las citas de este documento se referirán a una de las fuentes que se mencionan a continuación:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1991;324:424-425.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Med J Br* 1991;9:302,6772.

Comité Internacional de Editores de Revistas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. *Med Clin (Barc)* 1991;97:181-186.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *BMJ* 1991;Feb.9;302:338-341.

Este documento no está protegido por los derechos de autor; puede ser copiado o reproducido sin autorización.

APÉNDICE. FACTORES DE CONVERSIÓN PARA LA EXPRESIÓN DE VALORES EN UNIDADES DE MEDIDA DEL SISTEMA INTERNACIONAL (SI)

1. Determinaciones hematológicas más frecuentes

	Unidades actuales	Factor ^a	Unidades SI
Recuento completo sanguíneo			
Hematócrito	%	0,01	U arb
Hemoglobina	g/dl	0,620 ^a	mmol/l
Recuento de hematíes	X 10 ⁶ /μl	10 ⁶	X 10 ¹² /l
Recuento de leucocitos	X 10 ³ /μl	10 ⁶	X 10 ⁹ /l
Recuento de plaquetas	X 10 ³ /μl	10 ⁶	X 10 ⁹ /l
Índices eritrocitarios			
Hemoglobina corpuscular media	pg/cel	0,062	fmol/cel
Concentración hemoglobínica corpuscular media	g/dl	0,620	mmol/l

2. Determinaciones químicas en suero más frecuentes

	<i>Unidades actuales</i>	<i>Factor^a</i>	<i>Unidades SI</i>
Ácido fólico ^f			
Plasma	ng/ml	2,27	nmol/l
Hematíes	ng/ml	2,27	nmol/l
Ácido úrico ^b	mg/dl	0,059	mmol/l
Albúmina	g/dl	0,154	mmol/l
Bilirrubina			
Total ^b mg/dl		17,1	μmol/l
Directa	mg/dl		μmol/l
Calcio			
Total	mg/dl	0,25	mmol/l
Libre ^c	mg/dl	0,25	mmol/l
β-Caroteno	μg/dl	0,0186	μmol/l
Ceruloplasmina	g/l	6,7	μmol/l
Cobre	μg/dl	0,157	μmol/l
Complemento (hemolítico, total) ^d	CH50 U/ml		
C3	mg/dl	0,01	g/l
C4	mg/dl	0,01	g/l
Creatinina ^b	mg/dl	88,4	μmol/l
Electroforesis de las proteínas ⁱ			
Albúmina	g/dl	10	g/l
α-1-globulina	g/dl	10	g/l
α-2-globulina	g/dl	10	g/l
β-2-globulina	g/dl	10	g/l
γ-globulina	g/dl	10	g/l
Ferritina			
Niños	ng/dl	225	pmol/l
Fibrinógeno ^e	mg/dl	0,01	g/l
Fósforo inorgánico	mg/dl	0,323	mmol/l
Gases (sangre arterial total)			
Po ₂	mm Hg	0,133	kPa
Pco ₂	mm Hg	0,133	k/Pa
Glucosa en ayunas (plasma)	mg/dl	0,0055	mmol/l
Haptoglobina	mg/dl	0,01	g/l
Hierro			
Hombre	μg/dl	0,179	μmol/l
Capacidad de fijación	μg/dl	0,179	μmol/l
Inmunoglobulinas ^h			
IgA	mg/dl	0,010	g/l
IgM	mg/dl	0,01	g/l
IgG	mg/dl	0,01	g/l
Lípidos			
Colesterol ^b	mg/dl	0,0259	mmol/l
HDL colesterol ^b	mg/dl	0,0259	mmol/l
Triglicéridos ^b	mg/dl	0,0113	mmol/l
Magnesio	mEq/l	0,5	mmol/l
Nitrógeno ureico (BUN) ^b	mg/dl	0,357	mmol/l
Proteínas totales	g/dl	10	g/l
Vitamina A	μg/dl	0,035	2 mol/l
Vitamina B ₁₂	pg/ml	0,739	pmol/l

3. Actividades enzimáticas séricas más frecuentes

	<i>Unidades actuales</i>	<i>Factor^a</i>	<i>Unidades SI</i>
Aldolasa	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Amilasa	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Creatincinasa	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Fosfatasa ácida ^k	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Fosfatasa alcalina ^l	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
γ-Glutamil-transpeptidasa	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Láctica, deshidrogenasa ^b	U/dl	1,67 X 10 ⁻⁹	Katal/l
Lipasa	U/dl	10	U/l
5' Nucleotidasa	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Transaminasas			
Aminoalanina (SGPT)	U/l	1,67 X 10 ⁻⁸	Katal/l
Aminoaspartato ^b (SGOT)	U/l	1,6 X 10 ⁻⁸	Katal/l

4. Valores de las hormonas séricas más frecuentes

	<i>Unidades actuales</i>	<i>Factor^a</i>	<i>Unidades SI</i>
Renina, actividad (plasma) ^o	ng/ml/hora	0,278	ng/l-seg
Testosterona, total	ng/dl	0,0346	nmol/l
Testosterona, libre	pg/dl	0,00346	nmol/l
Tiroxina, total (T ₄)	μg/dl	12,9	nmol/l
Tiroxina, libre ^p	ng/dl	12,9	pmol/l
T ₃ por captación en resina	%	0,01	U arb
Triyodotironina (T ₃)	ng/dl	0,0154	nmol/l

5. Determinaciones químicas en orina más frecuentes

	<i>Unidades actuales</i>	<i>Factor^a</i>	<i>Unidades SI</i>
Ácido Δ-aminolevulínico	mg/día	7,6	μmol/día
Ácido 5-hidroxiindolacético	mg/día	5,3	μmol/día
Ácido vanililmandélico	mg/día	5,05	μmol/día
Calcio	mg/día	0,025	nmol/día
Catecolaminas	μg/día	1	135 μg/día
Adrenalina	μg/día	5,5	nmol/día
Noradrenalina	μg/día	5,9	μmol/día
Cobre	μg/día	0,0157	μmol/día
Cortisol libre	μg/día	2,76	μmol/día
Creatinina			
Hombre	g/día	0,0088	nmol/día
Mujer	g/día		nmol/día
Hidroxi prolina total	mg/día	7,63	μmol/día
Oxalato	mg/día	7,93	μmol/día
Porfirinas			
Coproporfirina	μg/día	1,53	nmol/día
Uroporfirina	μg/día	1,2	nmol/día
Proteína	mg/día	0,001	g/día

Motivo de consulta: consultan la madre de A.G.J. sobre su hija de 14 años de edad por presentar rituales anancásticos de tocar, abriendo y cerrando la puerta de su casa tres veces antes de ir a dormir; confirmar que la llave del gas está apagada; dar las buenas noches antes de irse a dormir entrando y saliendo de su habitación y del comedor en donde están sus padres por tres veces. Asimismo, ante ciertas situaciones ansiógenas murmura "no pasa nada" repetidamente.

Antecedentes personales patológicos: inicia escolarización a los dos años manifestando dificultades de adaptación, pero posteriormente efectuó procesos infecciosos de repetición, provocando una asistencia irregular a la escuela. En los cursos siguientes llama la atención una actitud de retraimiento, inhibición, afán de agradar y dependencia.

Los padres refieren una conducta de niña dócil y responsable, aunque siempre le ha costado conciliar el sueño, cosa que consigue con la lectura.

Clínica actual: a los cuatro meses de iniciar el curso actual y coincidiendo con el nacimiento del hermano presenta el cuadro motivo de consulta, al que se añade verbalizaciones de desvalorización: "soy una inútil", "ojalá me muriera", epigastralgias matinales, ansiedad, insomnio de conciliación y malestar físico en situaciones pre-exámenes, a pesar de tener un buen rendimiento escolar.

Entrevista personal: a lo largo de la entrevista se muestra tensa y bloqueada, mirando a su alrededor con una actitud vigilante.

Explica que sus "manías" le hacen sentirse más tranquila y así poder dormirse.

Exploraciones complementarias

Estudio psicológico:

- Test de Inteligencia WISC: obtiene un CI global de 110, siendo de 94 y 122 las puntuaciones obtenidas en las escalas verbal y manipulativa respectivamente.

- Los tests proyectivos (dibujo de la familia de Corman, HTP y TAT) ponen de manifiesto: un alto nivel de ansiedad que trata de cubrir mediante constantes preguntas, aumentándola hasta llegar a bloquearse. Presencia de inseguridad y falta de autoconfianza que le hace poner en duda todas sus acciones, buscando constante reafirmación y aprobación, mostrando una marcada tendencia a la pasividad y dependencia.

- Cuestionario de depresión CDS: obtienen una puntuación total depresiva centil 75. En las subescalas se aprecia tendencia al aislamiento, introversión y poca capacidad para disfrutar.

- Cuestionario de ansiedad STAI: obtiene una puntuación de ansiedad estado centil 50 y ansiedad rasgo centil 90.

Diagnóstico diferencial (según DSM-III-R)

- Trastorno por angustia de separación.

- Trastorno obsesivo compulsivo.

- Distimia (neurosis depresiva).

- Trastorno por ansiedad excesiva.

Hipótesis diagnóstica y orientación terapéutica: dado los antecedentes personales, cuadro clínico, entrevista personal y estudio psicológico efectuados, se elaboró el diagnóstico provisional de trastorno obsesivo compulsivo siendo tratada psicofarmacológicamente con clorimipramina a dosis plasmáticas correctas y psicoterapia cognitiva.

Evolución: a los dos meses de tratamiento, habiendo mejorado su sintomatología anancástica, aparece un cuadro de fobia escolar, precisando ser acompañada para asistir a la escuela.

En este momento se reevalúa el caso incorporando lorazepán a dosis de 3 mg/día mejorando rápidamente el trastorno fóbico.

Reflexiones apreciativas:

1.- Debemos diferenciar los rituales anancásticos: que pueden ser el núcleo psicopatológico o el mecanismo de defensa ante la angustia; en este caso la patología de base es la angustia y no la obsesión.

2.- Hay que tener en cuenta que puede presentarse comorbilidad entre más de un diagnóstico, o bien como en este caso los síntomas obsesivos son secundarios a la angustia.

3.- Cabe suponer, por lo tanto, que la aparición del cuadro de fobia escolar es debida a la desaparición de las defensas obsesivas mediante el tratamiento con clorimipramina. La administración del ansiolítico incide en la patología de base que es la ansiedad.

4.- El valor de la psicoterapia, como tratamiento coadyuvante con la finalidad de generar recursos que facilite la capacidad de afrontamiento y adaptación.

F. León Ramos
J.Mª Illa Taulats

DOSIS BAJAS DE PIRIDOXINA Y MAGNESIO EN AUTISTAS

Rimland (1973) inició el estudio de la eficacia de la megavitaminoterapia en general, y la piridoxina en concreto, en autistas, con resultados positivos.

Posteriormente, a partir de 1981, un grupo de investigadores franceses (Lelord, Much, Barthélemy, Martineau, Garreau y cols.) en una serie de trabajos demostraron consistentemente que, por lo menos algunos de los autistas estudiados (alrededor del 45%), mejoraban en respuesta a la combinación de piridoxina y magnesio, y que la respuesta era mayor que la obtenida con la administración de piridoxina o magnesio aislada (no asociada) a dosis equivalentes. Las dosis empleadas por este grupo fueron de 30 mg/Kg/d de piridoxina (2100 mg/70 Kg/d) y de 10-15 mg/Kg/d de magnesio (700-1050/70 Kg/d).

La mayoría de publicaciones, y todos los ensayos en autistas, no han encontrado ningún efecto secundario de la administración de altas dosis de piridoxina. Sin embargo, han aparecido varios artículos señalando la aparición de neuropatía periférica en pacientes en tratamiento con megadosis de piridoxina, relacionándose con la dosis diaria (por encima de 1000 mg/d) y la duración del tratamiento (dosis total).

Así los autores de este trabajo se propusieron la utilización de dosis bajas combinadas de piridoxina y magnesio. Eligiendo las dosis de 200 mg/70 Kg/d de piridoxina y 100 mg/70 Kg/d de magnesio.

La muestra estaba constituida por 15 pacientes autistas (cumpliendo criterios DSM-III-R), entre seis y 18 años, diez varones y cinco hembras, con un grupo control de cinco varones autistas.

Tras un período común de cinco semanas para establecer la línea basal, se inició el estudio. Estudio doble ciego, placebo-control, con un diseño de entrecruzamiento asimétrico. Tras asignación aleatoria, del grupo experimental, a un grupo (grupo 1) u otro (grupo 2) se procedió a la administración durante períodos de 10 semanas, de los compuestos activos o placebo (Grupo 1: tratamiento-tratamiento-placebo; Grupo 2: tratamiento-placebo-tratamiento).

Los resultados, con el análisis estadístico, confirmaron la falta de diferencias significativas entre los sujetos de los tres grupos en todo el estudio. Sugiriendo que, la reducción de dosis para reducir el riesgo de efectos secundarios, no era terapéutica.

Tolbert L, Haigler T, Waits MM, Dennis T. Brief Report: Lack of Response to a Low Dose Clinical Trial of Pyridoxine Plus Magnesium. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 23 nº 1, 1993.

METILFENIDATO EN NIÑOS HIPERACTIVOS CON TRASTORNOS POR TICS

En la actualidad está bien documentada la posible comorbilidad de la hiperactividad y el trastorno por tic en niños con trastornos de conducta (el primer trabajo fue de Connors, 1970). El problema clínico se plantea en el tratamiento: ya que el tratamiento de elección para la hiperactividad (metilfenidato) se considera comúnmente contraindicado en pacientes con tics.

Por contra, los autores de este trabajo, consideran el metilfenidato un seguro y eficaz tratamiento en algunos niños (no necesariamente en todos) para la hiperactividad en comorbilidad con el trastorno por tic, y ello sin una marcada diferencia, con respecto a otros fármacos prescritos para la hiperactividad o para los trastornos por tic, en el riesgo relativo de la exacerbación de la clínica ticsa o la inducción de otros trastornos psicomotrices. Conclusión que señalan como prematura en base al número limitado de estudios controlados realizados.

Este artículo reseñado se plantea determinar la conveniencia de una investigación amplia con medicación estimulante para el tratamiento de la hiperactividad en niños con trastornos por tic.

Los participantes, en condiciones de doble ciego, recibieron, asignados aleatoriamente, varias secuencias de placebo y tres dosificaciones de metilfenidato (0, 0,3, y 0,5 mg/Kg/d) durante dos semanas cada una. Administrada dos veces al día (mañana y mediodía), con un intervalo de 3,5 h y los siete días de la semana.

La muestra estaba formada por 11 varones, entre 6,1 y 11,9 años (edad media: 8,3 años y DE: 1,96) que cumplían criterios DSM-III-R de trastorno por hiperactividad con déficit de atención (siendo además el motivo de consulta) y trastorno por tic motor crónico o síndrome de la Tourette.

Cada niño fue observado durante aproximadamente 20 horas en el marco escolar (en clase, en el comedor y en el patio).

Los resultados mostraron que el metilfenidato suprimía efectivamente los trastornos de conducta e hiperactividad en la clase y las agresiones físicas en el comedor y en el patio (aspecto este que puede tener importantes implicaciones clínicas, ya que la conducta agresiva en niños hiperactivos es un predictor de un más desfavorable desenlace clínico en la adolescencia y adultez). El metilfenidato también reducía la presentación de tics vocales en clase y en el comedor. Ninguna de las medidas de los tics motores reveló efectos de la medicación, siendo el menor nivel medio de tics motores a la dosis de 0,3 mg/Kg.

Concluyendo, con estos prometedores resultados, en la necesidad de estudios adicionales.

Gadow KD, Nolan ED, Sverd J. Methylphenidate in Hyperactive Boys with Comorbid Tic Disorder: II. Short-Term Behavioral Effects in school Settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(3):462-471.

INTERVENCIÓN CLÍNICA Y EDUCATIVA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

J.M^a Román Sánchez, D.A. García Villamizar (eds)
Editorial Promolibro. Valencia, 1990. Rústica, 187 págs.

Desde hace mucho tiempo se confunde a los trastornos mentales de la infancia con los escolares y/o los sociales, de tal suerte que las soluciones a ellos han oscilado entre la pedagogización o la socialización. El presente libro pretende exponer algunas confluencias y otras diferencias entre el campo educativo y el pedagógico. Es un loable intento pero lo consigue a duras penas y por los pelos.

El libro adolece de una construcción básica: algunos capítulos excelentes y fundamentados (Polaino, Canals, Domenech), otros que teniendo calidad teórica parece que están más por los autores que por el tema (Díaz-Aguado, García-Villamizar, Pastor, entre otros).

Es un libro duro de leer, tanto por el contenido un tanto deslabazado como por la técnica de impresión que resulta cansada e incómoda (letra muy pequeña, desigualdad en el inicio de los capítulos, tablas y figuras poco claras más por el tamaño que por la construcción, etc.).

Podía haber sido un libro clave, pero se quedó en buenas intenciones y excelentes colaboraciones aisladas. Una lástima.

J.L. Pedretra Massa

CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. A COMPREHENSIVE TEXTBOOK

Melvin Lewis

Williams & Wilkins, Baltimore 1991, 1282 págs.

Es un tratado de Psiquiatría Infanto-juvenil, un libro de aprendizaje y de consulta, en el que han contribuido 139 especialistas, (casi todos profesores universitarios) de todos los campos relacionados con la Psiquiatría del niño y el adolescente: la Psicología, Neurología, Psiquiatría, Pediatría, Pedagogía, Genética, Sociología, Medicina Legal, etc.

La orientación de este libro es ecléctica y no deja al margen ninguna teoría ni aportación, venga de donde venga, sobre la salud psíquica del niño y el adolescente.

Está muy bien sistematizado y consta de nueve secciones. La correspondiente al desarrollo normal, por sí sola, constituye un verdadero tratado de neurobiopsicología, y estudia las funciones psíquicas del niño desde todos los enfoques y orientaciones, en base a las nuevas teorías científicas sin olvidar las clásicas tendencias. Lo mismo ocurre con la sección dedicada a los síntomas.

En la correspondiente a la etiología, analiza los factores de influencia, desde los genéticos, cerebrales y afectivos, hasta los familiares, escolares, sociales, etc. y su mecanismo de acción.

Muy completa la sección dedicada a la evaluación del niño, que también estudia todo el abanico, es decir, la exploración psicológica, la neurológica, la valoración del aprendizaje escolar, etc.

Hay una sección de dos capítulos sobre la Nosología y Sistemas de Clasificación. La sección dedicada a los síndromes, es una excelente exposición de psicopatología infantil y juvenil,

desde la perspectiva de los modernos criterios de clasificación.

En cuanto a los tratamientos, es muy interesante el estudio farmacocinético de las drogas psicotropas en los niños y la aplicación de la psicofarmacología en los distintos trastornos. También en la aplicación de la psicoterapia en todas sus modalidades, desde el juego al conductismo, desde la terapia cognitiva a la psicodinámica, la terapia individual de grupo, de familia, y la terapia institucional.

La descripción de las distintas especialidades médicas y no médicas, relacionadas con la Psiquiatría Infantil y sus cauces de conexión, constituye una sección muy extensa e interesante. Cada capítulo se completa con una extensa bibliografía de citas muy recientes en su mayoría. Merece especial atención, la abundancia de casos clínicos ilustrativos que complementan el contenido doctrinal y que por su disposición en recuadros especiales intercalados en las páginas, hace muy agradable el manejo del libro.

Está escrito en inglés y la esmerada presentación unida a su extraordinaria calidad científica, justifican su elevado precio.

A. Bonals Pi

EL MUNDO INTERPERSONAL DEL INFANTE

D.N. Stern

Editoriales: Basic Books, Inc., Publisher. New York, 1985; PUF. París, 1990; Ed. Paidós. Barcelona/Buenos Aires, 1992. Rústica, 381 págs. Formato libro de bolsillo.

Tras cinco años de su aparición inicial en inglés, aparece en francés y recientemente en español, desafortunadamente con una traducción no muy buena. Es un libro básico, clave, hermoso, riguroso y que suscita interés. Plantea un punto de vista desde el Psicoanálisis y la Psicología del desarrollo de tipo etiológico, todo el complejo mundo de las competencias del bebé.

Estas competencias del bebé se obtienen por cuatro sentidos: el sentido del self emergente, del self nuclear, del self subjetivo y, por último, del self verbal. Finas y sutiles descripciones acompañan cada una de estas fases, la gran capacidad de observación, los medios empleados y el tiempo dedicado nos ponen de manifiesto la complejidad del procedimiento; pero también que es posible hacerlo con rigor y seriedad.

No sólo hay descripción de observaciones reales y planteamiento de hipótesis. En la tercera parte del libro se analizan algunas consecuencias clínicas: la observación clínica del lactante, aportaciones para algunas teorías psicoterapéuticas y las aplicaciones prácticas para el desarrollo terapéutico en la reconstrucción del desarrollo. De esta manera este libro pasa a ser una síntesis original de las concepciones sobre el desarrollo del lactante, pero también es un fundamento de primera magnitud para reflexionar en el psicoanálisis. Las aportaciones realizadas en esta obra son de tal magnitud que ya no pueden ser obviadas alegremente, representando un serio punto de partida para determinar la identidad de la psicopatología infantil y las posibles nuevas orientaciones en la investigación psicoanalíticas.

J.L. Pedretra Massa

138

**CURSO SOBRE LA INVESTIGACIÓN
EPIDEMIOLÓGICA EN LA PSICOSIS**

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 20/24 de septiembre de 1993.

VI JORNADA DE SUICIDOLOGÍA

Información e inscripciones: Dra. Blanca Sarró. Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Tels. (93) 454 60 00 y 454 70 00. Exts. 2195 y 2194.

Barcelona, 22 de octubre de 1993. Academia de Ciencias Médicas

**CURSO DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Información e inscripciones: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. Tel: (958) 275044. Fax: (958) 270551
Granada 2/26 de noviembre de 1993.

**III CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA
MALTRATADA**

Información e inscripciones: Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. Hermosilla, 124 - 28009 Madrid. Tel. (91) 361 12 62. Fax: (91) 361 36 58.

San Lorenzo del Escorial (Madrid), del 15 al 17 de noviembre de 1993

**VII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

“Adolescencia”:

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos de la conducta social
- Trastornos por ansiedad y del humor
- Esquizofrenia
- Intentos de suicidio

Mesas redondas y grupos de debate
Madrid junto de 1994.

FICHA TECNICA

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

COMPOSICION CUANTITATIVA.

Por 100 ml.

Desmopresina (D.C.I.) 10 mg.

Excipiente c.s.p. 100 ml.

1 ml. de solución contiene 0,1 mg. de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg. de Desmopresina.

INDICACIONES. Enuresis nocturna.
Diabetes insípida.

POSOLOGIA.

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

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

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a la Desmopresina.

PRECAUCIONES. No se han descrito.

INCOMPATIBILIDADES. No se han descrito.

INTERACCIONES. No se han descrito.

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

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO.

No se conocen casos de intoxicación.

No se conoce un específico antídoto.

En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación.

Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida.

CONDICIONES PARA SU CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO.

Entre 2° y 8° C.

PRESENTACION. Un frasco-aerosol de 5 ml.
P.V.P. + I.V.A.: 5443 Ptas.

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



en el tratamiento
de la **enuresis**

MINURIN[®] Aerosol

DESMOPRESINA

es seguro
es fisiológico
es eficaz

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

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

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

