

AÑO 1990  
N.º 3

# REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

---

## PRESIDENTES DE HONOR

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

## JUNTA DIRECTIVA

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

## CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

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

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

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

## COMITÉ DE REDACCIÓN

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

---

Redacción: Dr. J. M.<sup>a</sup> Illa, Roger de Flor, 32, 08018 Barcelona.

Publicidad: Publicidad Permanyer, S.A. Mallorca, 310, 08037 Barcelona.

---

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

# Sumario

<b>Comentario breve: Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil .....</b>	<b>149</b>
<i>Frank C. Verhulst</i>	
<b>Resultados de un trabajo holandés sobre prevalencia en psiquiatría infanto-juvenil .....</b>	<b>154</b>
<i>Frank C. Verhulst</i>	
<b>Determinantes sociales de la psicopatología infanto-juvenil .....</b>	<b>160</b>
<i>M.D. Domínguez, P. de Castro, C. Cimadevila</i>	
<b>Diferencias neuropsicológicas y comportamentales en el trastorno por déficit de atención.....</b>	<b>164</b>
<i>José Antonio Portellano Pérez</i>	
<b>Perspectiva bibliométrica sobre trastornos del esquema corporal y de la identidad personal en el contexto de la psicopatología y la clínica médica .....</b>	<b>169</b>
<i>P.J. Mesa Cid, L. Rodríguez-Franco, M.A. Antuña Bellerín, A. Blanco Picabia</i>	
<b>La evaluación desde la perspectiva cognitivo-conductual .....</b>	<b>174</b>
<i>M.C. Martorell</i>	
<b>Datos para la escala de depresión infantil (CDS) en una muestra clínica..</b>	<b>190</b>
<i>J.A. Amador Campos, M. Forns Santacana</i>	
<b>Tratamiento del niño hiperquinético con tricíclicos .....</b>	<b>197</b>
<i>J. Cornellà i Canals</i>	
<b>Tratamiento con ciproherptadina en la anorexia mental del adolescente ..</b>	<b>204</b>
<i>J. Tomás, I. Paredes, N. Bassas</i>	
<b>Caso clínico: Comentarios a un caso de afasia-epilepsia .....</b>	<b>208</b>
<i>F.M. Espín Jaime, J.C. Espín Jaime, J. Espín Montáñez</i>	
<b>Carta a la revista .....</b>	<b>211</b>
<b>Comentario de publicaciones .....</b>	<b>212</b>
<b>Agenda .....</b>	<b>214</b>
<b>Reseñas terapéuticas .....</b>	<b>215</b>



## Comentario breve

# Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil

Frank C. Verhulst

*Rotterdam*

La epidemiología se ocupa de los patrones de incidencia de las enfermedades en poblaciones humanas y de los factores que influyen sobre estos patrones. Además, la epidemiología es una disciplina integrativa y ecléctica cuyos conceptos y métodos derivan de otras disciplinas como la estadística, la sociología y la biología.

Antes de la primera guerra mundial, la epidemiología se ocupaba del estudio de la distribución y etiología de las enfermedades infecciosas. Gradualmente el énfasis cambió del estudio de modelos simples de enfermedades monocausales hacia el estudio de modelos multicausales en los cuales el agente patogénico, las características personales del individuo bajo estudio y el ambiente se influyen mutuamente. Cuando la epidemiología evolucionó y consecuentemente sus conceptos y métodos fueron adaptados a enfermedades crónicas (no infecciosas) y posiblemente a enfermedades multifactorialmente determinadas, resultó aplicable a condiciones psiquiátricas.

Se hubo de esperar hasta 1958 en que Lapouse y Monk publicaron el primer artículo sobre la prevalencia en problemas conductuales, relatados por los padres, en una muestra significativa de chicos de 6 a 12 años.

Con esta primera y verdadera iniciativa epidemiológica, una nueva dimensión fue introducida en el campo de la psicopatología infantil, la cual hasta entonces había obtenido su conocimiento de estudios sobre casos individuales y reflexiones teóricas. Desde el estudio de Lapouse y Monk, un gran número de estudios comunitarios han sido llevados a cabo.

Antes de repasar brevemente los estudios existentes sobre prevalencia así como nuestro propio trabajo de la comunidad holandesa, enfocaremos algunas características generales de la epidemiología a la vez que los usos específicos aplicados al estudio epidemiológico en psicopatología infantil.

### EL MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

Los estudios epidemiológicos deben ser distinguidos de: los estudios experimentales, y de los estudios clínicos. En los estudios experimentales las variables independientes son manipuladas, mientras que en los estudios epi-

---

Profesor y Director en Psiquiatría Infantil.  
Erasmus University Rotterdam.  
Sophia Children's Hospital.  
Gordelweg 160, 3038 GE Rotterdam, The Netherlands.  
Phone; 10-465 65 66. Traducción J.E. de la Fuente Molina.

demiológicos las asociaciones entre variables son estudiadas en sus condiciones naturales. Una característica, por tanto, de los estudios epidemiológicos es que a menudo no es posible predecir en qué dirección actúan los mecanismos causales. Los estudios clínicos se ocupan de sujetos seleccionados, con enfermedades relativamente severas, mientras que en los estudios epidemiológicos el espectro completo de enfermedades se estudia en poblaciones representativas.

Hay dos objetivos fundamentales en epidemiología: El primero es la detección de posibles etiologías o la generación de hipótesis que necesitan ser confirmadas en futuras investigaciones; El segundo objetivo es la provisión de datos necesarios para responder preguntas que son de importancia para el programa de salud mental, como la información necesaria para servicios particulares de salud mental, o la evaluación del funcionamiento de estos servicios.

Aparte de estos dos objetivos principales, los estudios epidemiológicos, a menudo, proporcionan puntos de partida que son importantes para futuras investigaciones o para otros investigadores; por ejemplo, en nuestro propio instituto nosotros hemos desarrollado nuestra programación basándonos en descubrimientos derivados de un cierto número de estudios epidemiológicos. Un aspecto importante ha sido que los datos normativos derivados de la población general son cruciales para construir instrumentos para medir la problemática conductual y para interpretar los resultados derivados de estos procedimientos de enjuiciamiento.

Existen tres diseños básicos de estudios en el campo de la epidemiología: estudios transversales, estudios de campo y estudios de control de casos. En un *estudio transversal* se miden al mismo tiempo el trastorno y los factores probablemente asociados; esta aproximación es utilizada para apreciar la frecuencia, o prevalencia, de un trastorno o de ciertos problemas conductuales en una población y para estimar la influencia de las variables demográficas en la distribución del trastorno o proble-

mas de conducta. *El estudio de control de caso* investiga un grupo de sujetos con el mismo trastorno y los compara con un grupo de individuos que no presentan el trastorno; a continuación, los casos y los controles son comparados respecto a posibles factores etiológicos que tuvieron lugar en el pasado y que son considerados relevantes para el trastorno bajo estudio. En el *estudio prospectivo*, una población con riesgo de desarrollar un trastorno es seguida durante un tiempo dado durante el cual nuevos casos con trastorno son identificados. La Figura 1 da una idea general de estos tres diseños epidemiológicos.

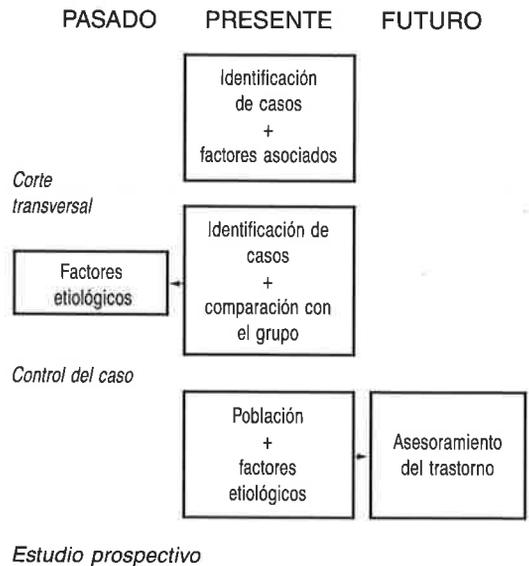


FIG. 1.

## ESTUDIOS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA

Los datos de la frecuencia y distribución de las condiciones psicopatológicas infantiles en la población general son cruciales para facilitar la programación en salud mental. Los estudios transversales de prevalencia e incidencia son los que proporcionan estos datos poblacionales. *Prevalencia* se define como el número de casos existentes en una población en un tiempo específico. El *punto de preva-*

*lencia* se refiere al número de casos presentes en un cierto momento en el tiempo; mientras que el *período de prevalencia* consiste en el punto de prevalencia al principio de un período específico de tiempo más todos los nuevos casos que se presentan en este período. Debido al tiempo que toman la mayoría de los estudios psiquiátricos de prevalencia en llevarse a cabo, se da una estimación del período de prevalencia. La prevalencia debe distinguirse de la *Incidenia*, o el número de nuevos casos que aparecen en una población durante un período específico de tiempo. La Figura 2 ilustra estos conceptos. El punto de prevalencia en los puntos A y B de observación es 2 en ambos puntos de nuestro ejemplo, aunque sólo un individuo (b) se incluye en ambos cuadros de prevalencia. El período de prevalencia en nuestro ejemplo es 4, consistiendo en los dos casos en A y los dos nuevos casos que aparecieron durante el intervalo de observación. La incidencia es, por tanto, 2, o sea, los

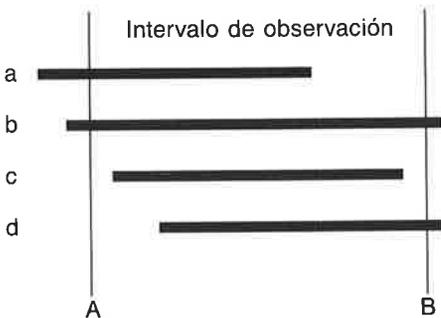
2 nuevos casos (c y d) que se presentaron durante el intervalo.

## USOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO EN PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Una serie de normas que son específicas en psicopatología infantil y que son especialmente importantes en estudios epidemiológicos han de ser subrayadas:

1. La mayoría de los trastornos infantiles conductuales-emocionales acarrear consigo variaciones cuantitativas sobre el desarrollo normal;
2. Los cambios durante el desarrollo necesitan de unas normas específicas para cada edad; y
3. Los datos deben ser obtenidos de múltiples informantes que interactúan con los niños en diferentes situaciones, como son: padres, profesores, médicos y los propios niños.

1) *Aspectos cuantitativos de los trastornos conductuales-emocionales.* Con la posible excepción de trastornos muy desviados como el autismo y el trastorno de La Tourette, la mayoría de los problemas conductuales-emocionales no entran netamente en las categorías de diagnósticos definidos. Al contrario, la mayoría de los problemas de la niñez traen consigo variaciones cuantitativas de comportamiento que la mayoría de niños presentan en algún grado alguna vez en su vida. Debido a la ausencia de buenas o correctas delimitaciones entre los trastornos, perdemos una información importante si problemas como, por ejemplo, depresión o hiperactividad son juzgados meramente como «presencia versus ausencia», frente a si son considerados en diversos grados cuantitativos. Un enfoque cuantitativo también hace posible asesorar el grado de desviación de los problemas conductuales-emocionales de un niño respecto a los cánones de igual edad y sexo de los estudios normativos. Muchos datos asesores médicos son cuantificativos, como por ej. indicar la presión sanguínea a la temperatura corporal; para valorar el riesgo de tras-



*Punto de prevalencia:*

Número de personas con trastornos en un momento específico de tiempo.

*Período de prevalencia:*

Número conocido de personas con trastornos en cualquier momento durante un período específico de tiempo.

*Incidenia:*

Número de nuevos casos que se presentan en un período específico de tiempo.

**TABLA I**  
**Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en 8 estudios comunitarios**

Estudio	Muestra	Rango de edad	Prevalencia
Verhulst y col. (1985b)	334 (116) <sup>a</sup>	8, 11	26.0 m+s 7.0 s
Vikan (1985)	1,510 (139)	10	5.0 s
Anderson y col. (1987)	792 (792)	11	17.6 m+s 7.3 s
Cohen y col. (1987)	775 (775)	9-19	16.7 m+s
Kashani y col. (1987)	150	14-16	18.7 m+s
Offord y col. (1987)	2,679 (194)	4-16	18.1 m+s
Bird y col. (1988)	777 (386)	4-16	17.9 m+s 7.0 s

<sup>a</sup> Los números en paréntesis indican los niños que fueron entrevistados.

m+s= Trastorno moderado.

s= Trastorno severo.

tornos cardio-vasculares, por ejemplo, una medida cuantitativa de la presión sanguínea es mucho más informativa que un «presente versus ausente» sobre el juicio de una hipertensión. Los médicos, sin embargo, a menudo prefieren una visión categórica, porque ellos deben elegir entre unas estrategias de tratamiento particulares. Cuando sea necesario, las decisiones categóricas pueden basarse en puntos específicos de corte para discriminar entre el campo normal y el clínico.

2) *Perspectiva de desarrollo.* Aunque en los adultos la experiencia se torna en funcionamiento biológico, emocional y social, estos cambios son mucho más marcados en los niños. Muchos niños que funcionan normalmente pueden mostrar una desviación de su conducta, según diferentes grados, en algún momento de su desarrollo. Para determinar cuando la conducta de un niño está alterada debemos tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño. Los pequeños que se encuentran

en el nivel normal respecto al desarrollo cognitivo y físico, compararlos con ejemplos normativos de su misma edad proporciona caminos para evaluar cualquier perturbación emotivo-conductual y competencias.

3) *La necesidad de múltiples informadores.* La información obtenida de diversos informadores (padres, maestros, niños, médicos) que vean al niño en diferentes situaciones (en casa, en clase, patio, consulta) es necesaria para proporcionar una idea de fácil comprensión sobre el funcionamiento del niño. Sin embargo, a menudo ocurre que diferentes informadores que observan al niño bajo diversas condiciones difieren sobre sus opiniones acerca del niño (Achenbach, McConaughy and Howell, 1987). Los distintos estándares o posiciones de los informadores para juzgar al niño, así como sus diferentes impactos en el niño y en la especificidad situacional de la conducta del niño, se reflejan en la variación a través de los informantes. La conducta de los niños es a menu-

do mucho más variable que la de los adultos, además de ser más susceptibles a las influencias ambientales. En vez de interpretar la poca coincidencia entre diferentes informadores como poco fidedigno, debería reconocerse que cada informador puede contribuir válidamente aún con datos diferentes. Las discrepancias entre los informes de los distintos informadores puede ser tan informativa como las coincidencias entre los mismos; por ejemplo, un niño deprimido tanto en casa como en el colegio puede necesitar diferente ayuda que otro que sólo se deprime en casa pero actúa feliz o agresivamente en la escuela.

### **ESTUDIOS DE PREVALENCIA**

Un gran número de estudios de prevalencia

han sido llevados a cabo. Para tener una idea de los estudios de prevalencia sobre muestras de población general hasta 1985, se aconseja mirar Verhulst, Akkerhuis y Altahaus (1985a). La Tabla 1 da una idea de los más importantes estudios de prevalencia publicados desde 1985.

Los trastornos desde moderado a severo, comprenden entre un 17 al 26% del conjunto de la prevalencia. La prevalencia de los trastornos severos parece ser sobre el 7%. La diversidad de métodos empleados dificulta la comparación de los estudios de prevalencia, los procedimientos de muestreo, la identificación del caso, los procedimientos de asesoramiento y la formulación del diagnóstico varían enormemente de unos estudios a otros.

# Resultados de un trabajo holandés sobre prevalencia en psiquiatría infanto-juvenil

Frank C. Verhulst

*Rotterdam*

## RESUMEN

Comunicamos un estudio de prevalencia realizado en Holanda de donde se extraen unas conclusiones en cuanto a la organización de la asistencia psiquiátrica infantil y la necesidad de prevención de las perturbaciones psiquiátricas.

**Palabras clave:** Epidemiología. Organización asistencial. Estudios de prevalencia.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En 1985, año en que comenzamos nuestro estudio, no había en Holanda ningún dato sobre prevalencia en problemas conductuales infantiles; y debido también en que no disponíamos de ningún instrumento válido para cuantificar las manifestaciones psicopatológicas

en los niños, los principales objetivos de nuestro trabajo fueron los siguientes;

1. Proporcionar estimaciones de prevalencia para conductas específicas y problemáticas en una muestra de niños entre 4-16 años de edad de la población general de Holanda.
2. Proporcionar valoraciones de prevalencia para el conjunto de alteraciones psiquiátricas en niños entre 8 y 11 años.
3. Identificar las diferencias en las escalas de prevalencia referidas a las variables demográficas.

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El muestreo fue efectuado entre febrero y mayo de 1985, en la provincia de Zuid-Holanda, sobre unos 3.10<sup>6</sup> personas, en ambientes desde el urbano hasta el rural. Haciendo uso de los registros municipales que listan a todos los residentes, 100 niños de cada sexo y de cada edad (total N = 2.600) fueron seleccionados al azar, incluyendo únicamente aquellos de nacionalidad holandesa. Dos de los municipios seleccionados declinaron su participación y otro solicitó primero permiso a los padres, cinco de los cuales no quisieron participar. Las cartas fueron enviadas a los restantes 2.517 niños describiendo el estudio.

Los padres fueron visitados a domicilio y se les pidió que completaran el CBCL (Child Behavior Checklist). El entrevistador respondió

---

Profesor y Director en Psiquiatría Infantil.  
Erasmus University Rotterdam.  
Sophia Children's Hospital.  
Gordelweg 160, 3038 GE Rotterdam, The Netherlands.  
Phone: 10-465 65 66.  
Trabajo presentado en las III Jornades Monogràfiques de  
EPIDEMIOLOGIA INFANTIL. Societat Catalana de Psi-  
quiatria Infantil. 2 de junio de 1990.  
Traducción: J.E. de La Fuente Molina.

objetivamente a las preguntas acerca del significado de los ítems pero no hizo interpretaciones ni trató de proporcionar información sobre lo que perseguía el CBCL. Los padres que no fueron encontrados después de tres visitas fueron telefoneados. A los 71 padres que tampoco pudieron ser localizados por este método se les mandó un CBCL con instrucciones y el teléfono de un contacto que les proporcionaría ayuda con el CBCL si fuese necesario. (Verhulst y col. 1985a, dieron mayores detalles sobre los procedimientos de muestreo y recogida de datos).

Sobre los 2.447 padres o tutores preguntados, 2.076 (84,8%) proporcionaron datos útiles del CBCL. Para el presente estudio excluimos los datos de 43 niños (2,1%) que habían sido enviados a servicios de salud mental en los 12 meses precedentes, quedando un total de  $N = 2.033$ . Los encuestados fueron 89% mujeres, 9% hombres y 2% otros. El trans-fondo étnico fue: 97% caucasianos, 2% de Surinam y 1% otros, aunque todos los niños eran de nacionalidad holandesa. El estatus socio-económico (SES) fue distribuido sobre una escala de 6 puntos (Van Westerlaak y col. 1975), la media del SES de los padres en la muestra final sobre 2.033 casos fue de 3,6 puntos y el nivel más bajo de estatus hallado fue de 1,6 puntos; lo que significa un nivel ligeramente por encima de la media de 3,5 puntos.

## PLAN DEL ESTUDIO

El diseño del estudio fue según el tipo llamado de dos etapas, diseño multimetódico. En la primera, o fase de investigación, los padres de 2.076 niños completaron el cuestionario de conducta infantil CBCL (Achenbach and Edelbrock, 1985). El CBCL fue usado para asesorar sobre las competencias de los niños y sus problemas conductuales de una manera estandarizada (ver posteriormente). A los padres de los niños en edades entre 4-12 años se les pidió permiso para contactar con los maestros y pedirles que rellenaran el formato del Informe del Profesor TRF (Achenbach and

Edelbrock, 1986), un cuestionario análogo al CBCL.

En la segunda parte del estudio, seleccionamos niños entre 8 y 11 años situados en el campo de la desviación por los padres o por el profesor. Estos niños seleccionados fueron comparados con una muestra de igual magnitud (características similares) de chicos que pertenecían al grupo de los no-desviados. Tanto los niños seleccionados como sus padres fueron entrevistados por médicos entrevistadores estándares (ver Verhulst, Berden and Sanders-Woudstra, 1985b). Al mismo tiempo y para probar el poder discriminativo del CBCL entre los niños con y sin trastornos, nos hicimos con el CBCL rellenado por los padres de 1.387 niños con referencias, principalmente hospitalarias y de clínicas de salud mental.

## INSTRUMENTOS

El CBCL consiste en 20 ítems de competencia y 118 ítems concernientes a problemas conductuales-emocionales, que son de fácil uso para la mayoría de los padres. Las pruebas de competencia pertenecen a aspectos como el deporte, aficiones, organizaciones, trabajo, amistad, relaciones con los demás y funcionamiento escolar.

Los 118 ítems restantes describen un gran campo de trastornos, incluyendo diversidad de quejas somáticas sin causa médica conocida. Dos pruebas inicial-final piden a los padres que añadan otros problemas físicos o problemas extras no especificados en ningún lugar. Se pide a los padres que pongan un círculo según:

- 0: si la respuesta no es cierta sobre el niño
- 1: si el ítem es de algún modo o de vez en cuando cierto
- 2: si es muy cierto o a menudo.

El cómputo general se realiza sumando todos los 0, 1 y 2.

La buena fiabilidad y validez discriminativa establecidas por Achenbach y Edelbrock, (1983) para el CBCL americano fue corroborado utilizando la traducción holandesa (Ver-

hulst, Akkerhuis y Althaus, 1985a). Las asociaciones significativas de los resultados del CBCL con los juicios y diagnósticos de los médicos posteriormente, apoyaron la utilidad de este instrumento (Verhulst, Berden y Sawders-Woudstra, 1985b).

## RESULTADOS DE LA PRIMERA PARTE

Cada uno de los 118 ítems de problemas específicos contestados por los padres fue computado y transformado en cuatro cifras concordando las frecuencias a la edad y sexo (ver Verhulst, Akkerhuis y Althaus, 1985a). Los problemas más infrecuentemente mencionados por los padres (tasa de prevalencia de menos del 5%) fueron: encopresis después de los 7 años, autolesiones, comer o beber cosas que no son comestibles, compulsiones, manchas encoprélicas, gamberrismo antes de los 12 años, vandalismo, incontinencia vesical diurna. Ejemplos de problemas más frecuentes (tasa de prevalencia de más del 40%) fueron: hiperactividad, discusiones polémicas, llamadas de atención, irritabilidad, comportamiento inusual.

El resultado final, que es la suma de los 0, 1 y 2 para cada ítem, es una indicación del nivel de severidad de los problemas del niño: cuanto más alto es el marcador total de problemas, más problemas muestra el niño. El resultado final de los marcadores fue sólo ligeramente superior en niños que en niñas; esta diferencia, aunque estadísticamente significativa en un análisis de varianza, sólo significó el 1% de la varianza. Esta pequeña diferencia de sexos en los totales no explica las mayores tasas de chicos sobre chicas que son remitidos a centros de salud mental. Por lo tanto, decidimos mirar con mayor detenimiento las diferencias con el tipo de problemas que se atribuían a niños y niñas. Cada problema en el que nos encontrábamos con una diferencia significativa según los sexos, se dividía según si correspondía a una de las dos dimensiones empíricamente derivadas en psicopatología: exteriorización e interiorización.

Los problemas exteriorizados reflejan los

conflictos con otra gente y sus expectativas en los niños, mientras que la interiorización de los problemas refleja los problemas internos y la angustia. Aunque el resultado final fue en niños ligeramente superior que en niñas, la diferencia entre los sexos se agrandó respecto a la asociación de los problemas con el síndrome de exteriorización e interiorización. La mayoría de los problemas de mayor incidencia para niños que para niñas se trataban de tipo exteriorizado, mientras que los problemas de mayor incidencia en chicas fueron generalmente del tipo del síndrome interiorizador. El hecho de que los chicos puntuaron más alto en conducta, cosa generalmente rechazada por los adultos, puede explicar las más altas tasas de chicos enviados a servicios de salud mental, ya que es normal que sean los propios adultos de su ambiente (padres, maestros, etc) los que decidan si un niño necesita ayuda o no.

También apreciamos los efectos de la edad sobre la prevalencia de los problemas conductuales: el resultado final disminuyó ligeramente al aumentar la edad. Los niños pequeños puntuaron más alto en las llamadas de atención y las conductas violentas y dependientes. Cierta número de problemas como de pronunciación, encopresis y enuresis mostraron una disminución con la edad, reflejando su asociación con la maduración. Los niños mayores obtuvieron mayor puntuación en problemas relacionados con la escuela, y en problemas que reflejan sentimientos internos con incremento de la capacidad para reflexionar sobre su propio funcionamiento.

También investigamos el efecto del estatus socio-económico (SES), definido como el nivel ocupacional de los padres, sobre la prevalencia de los problemas conductuales. Cuanto menos SES de los padres más problemas conductuales mostraron sus hijos; además la mayoría de problemas influidos por el SES de los padres correspondían al síndrome de exteriorización.

Hay una ligera preponderancia de niños con padres de bajo SES que muestran conductas agresivo-violentas y otras conductas desaprobadas por la sociedad.

## LA UTILIDAD DEL CBCL

Un instrumento como el CBCL, que fue diseñado para cuantificar la psicopatología en niños, debería idealmente ser capaz de discriminar, o al menos separar, entre niños con trastornos y sin trastornos; sin embargo, no existe un criterio infalible o regla de oro para decidir si un niño muestra trastornos o no.

El criterio patológico más asequible contra el cual probar un instrumento como el CBCL es el estado referido del niño por los padres.

Usando ese estado referido como criterio patológico, probamos la capacidad del CBCL para identificar correctamente trastornos como casos trastorno, y los casos de no trastorno. El porcentaje de niños con trastornos identificado correctamente como tales (sensibilidad de la prueba) fue de 79,6, mientras que el porcentaje de niños normales identificados como tales (especificidad) fue del 81,5. El porcentaje total de no-identificado como trastorno fue del 18,9%. Comparado con otros instrumentos el CBCL puede ser considerado como un instrumento bastante preciso para identificar casos pero, sin embargo, queda también claro que el CBCL no puede, ni nunca se trató de hacer, reemplazar un diagnóstico clínico; el mérito de este cuestionario consiste en que puede cuantificar problemas conductuales de una manera válida, relacionando el nivel de estos problemas conductuales presentes en un niño determinado con los patrones de su edad y sexo.

**TABLA I**

**Los 10 problemas del CBCL más señalados por los padres respecto al estado de los niños**

1. Pobres relaciones con sus padres.
2. Triste o deprimido.
3. Nervioso, inquieto.
4. Reservado.
5. Obsesiones.
6. Llamadas de atención.
7. Sentimientos de persecución.
8. Ansioso o con tendencia al llanto.
9. Sentimiento de culpabilidad.
10. Pobre rendimiento escolar.

Comparando las muestras atribuidas y no-atribuidas, investigamos la asociación de cada uno de los 118 ítems de problemas con el estado del niño referido por los padres en los análisis de la varianza (para detalles, ver Verhulst 1985a); de esta manera pudimos seleccionar aquellos ítems que fueran los mayores indicadores de presencia de psicopatología. La Tabla I muestra los 10 ítems que presentaban la mayor diferencia en puntuaciones entre las muestras con trastornos y las no-trastornos según los padres.

## RESULTADOS DE LA SEGUNDA PARTE

En la segunda parte, más orientada clínicamente, entrevistamos intensamente a 116 niños entre 8 y 11 años, que habían sido seleccionados según las puntuaciones del CBCL y el TRF. La mitad de los niños habían obtenido puntuaciones dentro del campo de la desviación en alguno de los dos cuestionarios, mientras que la otra mitad habían sido considerados normales.

Los entrevistadores de los niños fueron dirigidos por psiquiatras infantiles, mientras que los entrevistadores de los padres fueron guiados por asistentes de investigación bien entrenados. Para las entrevistas de los niños hicimos servir el «Esquema de Asesoramiento Infantil» (Hodges y col. 1982; Verhulst, Althaus y Berden, 1987), y para los padres la de Graham y Rutter (1968) «Entrevista de padres», ambos semiestandarizados. Toda información obtenida de las entrevistas fue juzgada en conjunto e independiente, por tres psiquiatras infantiles. El nivel de funcionamiento en conjunto de los niños se expresó en una escala sobre 5 puntos, del 0 al 4, indicando el 4 un trastorno severo y el 0 que el niño funcionaba bien. Cuando un niño fue catalogado con un 4 o con un 3 (tr. moderado) se le aplicó un diagnóstico según el DSM-III (APA 1980).

A partir de estos porcentajes fue posible apreciar el conjunto de toda la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general de 8 a 11 años. Encontramos unos porcen-

tajes de prevalencia para trastornos severos del 7%, y del 26% para trastornos moderados. Sólo el 2% de los niños de la muestra recibieron ayuda en centros de salud mental. El número de niños investigados en la segunda parte del estudio fue demasiado pequeño para apreciar porcentajes de prevalencia para los diagnósticos específicos del DSM-III. Los diagnósticos más frecuentes en nuestro estudio fueron: Trastorno por déficit de atención, Trastorno por ansiedad, Trastorno depresivo y Oposicionales.

También nos fijamos entre la asociación de perturbación psiquiátrica y cierto número de variables familiares y ambientales. Se asociaron las siguientes variables: conflictos diarios con la madre, padres con poca capacidad empática, madre hostil, pobreza en la relación matrimonial, estrés crónico en la familia y madre con problemas psiquiátricos. Debe ser remarcado que el diseño transversal del estudio para el presente trabajo no nos permite sacar conclusiones sobre la dirección de las cadenas causales; por ej, una madre depresiva puede interactuar con su hijo de manera deprimente para el sano desarrollo del niño, pero lo contrario también puede ser cierto, pues tener un niño con trastornos puede ser tal carga para una madre que esto le haga sentirse deprimida.

## CONCLUSIÓN Y POSTERIOR INVESTIGACIÓN

En este trabajo hemos remarcado la importancia de los datos epidemiológicos sobre las condiciones psiquiátricas infantiles para la planificación de los servicios de salud mental infantil en una área específica del país. Con tal de obtener estimaciones sobre los trastornos psiquiátricos infantiles es importante usar procedimientos estandarizados tanto para el asesoramiento como para la taxonomía. El trabajo epidemiológico holandés es un ejemplo de estudio transversal mediante el uso de procedimientos de asesoramiento estandarizado. La recogida de datos se hizo entre 1983-84 y los resultados fueron publicados en 1985. Des-

de entonces los resultados de nuestro trabajo han sido utilizados en Holanda por psiquiatras infantiles así como por los políticos para remarcar la necesidad de mayor atención al cuidado profesional de la salud mental en niños y adolescentes.

Desde la conclusión del estudio lo hemos podido desarrollar sobre nuestros primeros hallazgos y en cierto número de nuevas actividades de investigación. Primero, llevamos a cabo comparaciones trans-culturales entre los resultados obtenidos de los estudios de prevalencia tanto en Holanda como en América con los mismos instrumentos, el CBCL y el TRF. Los resultados de estas comparaciones trans-culturales revelaron chocantes similitudes. Comparaciones similares de resultados en otros países, como España, con los resultados obtenidos de los EEUU y Holanda se pueden generalizar los hallazgos a través de diferentes estudios.

Debido a que en el campo de la psicopatología infantil hay relativamente pocos investigadores en todos los países, y a que los factores culturales pueden afectar los hallazgos, la colaboración multinacional es esencial para la progresión de nuestro conocimiento en psicopatología infantil.

## Bibliografía

- ACHENBACH, TM y EDELBROCK, CS.: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1983.
- ACHENBACH, TM y EDELBROCK, CS.: Manual for the Teacher Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1986.
- ACHENBACH, TM, MCCONAUGHY, SH, HOWELL, CT.: Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 101: 213-332, 1987.
- ANDERSON, J.C., WILLIAMS, S., MCGEE, R. y SILVA, P.A.: DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 69-76, 1987.
- BIRD, H.R., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M. et al.: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment

- in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 1.120-1.126, 1988.
- COHEN, P., VELEZ, N., KOHN, M., SCHWAB-STONE, M., JOHNSON, J.: Childpsychiatric diagnosis by computer algorithm: theoretical issues and empirical tests. *J. Am. Acad. Child/Adolesc. Psychiatry*, 26: 631-638, 1987.
- GRAHAM, P. y RUTTER, M.: The reliability and validity of psychiatric assessment of the child: II. interview with the parent. *Br. J. Psychiatry*, 114: 581-592, 1968.
- HODGES, K., MCKNEW, D., CYTRYN, L., STERN, L. y KLINE, J.: The Child Assessment Schedule: parent-child agreement and validity measures. *J. American Academy of Child Psychiatry*, 21: 468-473, 1982.
- KASHANI, J.H., BECK, N.C., HOEPER, E.W., et al.: Psychiatric disorder in a community sample of adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 144: 584-589, 1987.
- LAPOUSE, R., MONK, M.A.: An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *Am. J. Public Health*, 48: 1.134-1.144, 1958.
- LILJENFELD, M., LILJENFELD, D.E.: *Foundations of Epidemiology*, New York: Oxford University Press, 1980.
- OFFORD, D.R., BOYLE, M.H., SZATMARI, P. et al.: Ontario Child Health Study; II Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 832-836, 1987.
- VAN WESTERLAAK, J.M., KROPMAN, J.A. y COLLARIS, J.W.M.: *Beroepenklapper*. Nijmegen, Holland: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.
- VERHULST, F.C., AKKERHUIS, G.W., ALTHAUS, M.: Mental health in Dutch children: I a cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 323, 72, 1985a.
- VERHULST, F.C., BERDEN, G.F.M.G. y SANDERS-WOUDSTRA, J.A.R.: Mental health in Dutch children: II the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl. 324, 72, 1985b.
- VERHULST, F.C., ALTHAUS, M., BERDEN, G.F.M.G.: The Child Assessment Schedule (CAS): Parent-child agreement and validity measures. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 28: 455-466, 1987.
- VIKAN, A.: Psychiatric Epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children, I. *J. Child Psychology Psychiatry*, 26: 55-75, 1985.

# Determinantes sociales de la psicopatología infanto-juvenil

M.D. Domínguez, P. de Castro, C. Cimadevila

*Santiago de Compostela*

## RESUMEN

Los autores se plantean la importancia de los factores sociales en la determinación de la patología psíquica de las personas adultas y niños.

El estudio se realizó con 396 niños con patología escolar, 414 con patología neurótica y 160 con patología del comportamiento. Todos ellos consultados en una Unidad de Psiquiatría Infantil. Mediante la prueba  $\chi^2$ , se intentó observar la relación no con una variable sino con varias de ellas relacionadas entre sí. El resultado fue que no hay influencia de los factores sociales, salvo en algunos factores aislados que influyen en la patología escolar.

**Palabras clave:** Determinantes sociales. Psicopatología infanto-juvenil.

## INTRODUCCIÓN

No vamos a plantear aquí la importancia que tienen los factores sociales en la determinación de la patología psíquica de las personas adultas y de los niños. Entendemos que son de todos conocidas las numerosas aportaciones que han contribuido incluso a desarrollar una línea de trabajo etiopatogénico en el área de los trastornos psíquicos.

Pensamos que la influencia que puede ejercer la sociedad sobre las personas se concreta en el niño en la contraposición y complementación de los factores de origen biológico y los factores de origen social, lo cual no impide tratar de distinguir la parte que a cada uno corresponde en el desarrollo psíquico del niño. La mayoría de los trabajos en este sentido, si bien es cierto que admiten el peso importante de los factores hereditarios y biológicos en general como determinantes del desarrollo psíquico, entienden que el modo de expresión de esa estructura biológica va a venir determinada en gran medida por las circunstancias de la vida y las experiencias propias de cada individuo.

Nosotros partimos de una visión global de la psicopatología infanto-juvenil en la que está presente un interjuego de factores distintos, los biológicos, los psicológicos y los sociales, que conducen al niño a expresar sus vivencias emocionales de un modo u otro en lo que se refiere al comportamiento normal y anormal.

Partimos de un trabajo realizado por nosotros durante el curso 1985-86, «Vectores para la orientación de la asistencia en Salud Mental Infantil» (publicado en *Siso/Saude*, nº 3-4. Otoño 85) en el que trabajamos con una población de 1.176 sujetos, atendidos en una consulta de Psiquiatría Infantil, en los que obteníamos un grupo de relaciones significativas que nos llevaron a perfilar las características de los niños que consultaban por una patología determinada. A continuación exponemos los perfiles obtenidos:

Departamento de Psiquiatría. Prof. A. Rodríguez López.  
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago.

«El niño que presenta problemas escolares pertenece preferentemente al sexo masculino, procede del medio rural interior, asiste a un colegio público, pertenece a una familia ampliada, el nivel laboral del padre es labrador y es enviado a consulta por el maestro.

El niño que presenta patología neurótica, acude a la consulta a petición de su familia o por indicación del médico general, procede de áreas urbanas y el nivel laboral del padre es medio.

El niño que presenta patología orgánica pertenece preferentemente al sexo femenino, proviene de una familia reducida, no ha recibido educación preescolar y el nivel laboral del padre es labrador.

El niño que presenta patología psicótica es enviado a consulta por el pediatra y procede de áreas urbanas.

El niño que presenta patología del comportamiento tiene una edad comprendida entre los 12 y los 16 años y el nivel laboral de la madre es de profesión liberal.

El niño que presenta patología depresiva pertenece al sexo femenino y tiene una edad comprendida entre los 12 y los 16 años.

El niño que presenta hiperquinesia acude a la consulta por iniciativa familiar, proviene de áreas urbanas, el tipo de familia al que pertenece es reducida y el nivel laboral del padre es industrial.

El niño que presenta patología psicósomática pertenece al sexo femenino y el nivel laboral del padre es marinerio».

A partir de estos hallazgos nos hemos planteado un estudio nuevo en el que limitamos la muestra de sujetos con los que trabajar centrándonos en los grupos de patología de mayor frecuencia y estableciendo relaciones no

con una única variable sino con varias de ellas relacionadas entre sí.

Trabajamos con tres grupos de patología: patología escolar, patología neurótica y patología del comportamiento. Las variables, determinantes sociales que manejamos fueron las siguientes:

— Tipo de familia: Nuclear, reducida, ampliada.

— Procedencia geográfica: Rural interior, rural marinera, urbana e intermedia.

— Nivel laboral paterno: Industrial, profesión liberal, medio, marinerio, obrero, labrador y parado.

— Actividad laboral de la madre: Planteamos el dato de que la actividad laboral de la madre fuese únicamente la de las labores del hogar o bien el desarrollo de cualquier otra actividad laboral fuera del hogar.

A partir de nuestros primeros datos establecimos una nueva hipótesis de trabajo en la que proponíamos la influencia no de un único factor, sino la existencia de varios de estos factores relacionados entre sí y con una patología concreta de modo que podríamos considerarlos determinantes de la misma, bien tomados por separado o por grupos de factores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra con la que hemos trabajado está formada por 970 sujetos que se distribuyen según la patología presentada del siguiente modo:

Patología escolar .....	396
Patología neurótica .....	414
Patología del comportamiento .....	160

En la Tabla I podemos observar la distribu-

**TABLA I**  
**Características de la muestra**

	P. escolar	P. neurótica	P. comportamiento	Total
Niños	270	269	107	646
Niñas	126	145	53	324
Total	396	414	160	970

ción por patología y sexo.

En cuanto al método estadístico utilizado, hemos aplicado la prueba de  $\chi^2$  con el objeto de comparar dos grupos de sujetos: uno constituido por uno de los grupos patológicos mencionados y otro constituido por población normal y referidos a la existencia de una o más variables a fin de establecer las diferencias significativas entre ambos grupos.

Para subgrupo de patología hemos establecido las siguientes correlaciones: Patología y tipo de familia; Patología, tipo de familia y procedencia; Patología y nivel laboral del padre; Patología, nivel laboral del padre y actividad laboral de la madre; y Patología, tipo de familia, procedencia y actividad laboral de la madre.

## RESULTADOS

**Patología escolar:** Los resultados obtenidos, resumidos, se pueden observar en la Tabla II.

Con respecto a la primera correlación, con el tipo de familia, encontramos que existen diferencias significativas respecto del grupo normal y en el análisis de los tres subgrupos de familia estudiados aparecen la familia ampliada y la nuclear como determinantes de la diferencia.

En cuanto a la segunda correlación en la que se añade la procedencia geográfica, se encuentran diferencias significativas cuando se estudian globalmente; cuando se analizan y correlacionan los distintos tipos de familia y de procedencia no aparecen diferencias significativas. Sin embargo en el estudio de correlación de cada una de las procedencias geográficas en relación a la patología, si observamos diferencias significativas en los casos de procedencia rural interior, urbana e intermedia.

Con respecto a la correlación establecida entre esta patología y el nivel laboral paterno, aparecen diferencias significativas que en el análisis por separado de los distintos niveles establecidos están en relación con la profesión de Labrador.

**TABLA II**  
**Patología escolar**

	$\chi^2$	Probabilidad
Familia nuclear	5.023	.0250
Familia ampliada	8.247	.0041
Procedencia: rural interior	11.346	.0008
Procedencia: urbana	4.016	.0451
Procedencia: intermedia	4.048	.0414
Familia y procedencia	22.116	.0235
Nivel laboral padre: labrador	5.71	.0169
Nivel laboral padre y actividad laboral madre	20.966	N.S.
Familia, proceden- cia y actividad laboral madre	2.098	N.S.

**TABLA III**  
**Patología neurótica**

	$\chi^2$	Probabilidad
Familia	.856	N.S.
Familia y procedencia	4.326	N.S.
Nivel laboral padre: labrador	5.22	.0223
Nivel laboral padre y actividad laboral madre	22.160	.0529
Familia, procedencia y actividad laboral madre	2.412	N.S.

Cuando se incluye la variable actividad laboral de la madre no aparecen diferencias significativas.

Por último cuando establecemos relación entre esta patología, el tipo de familia, la pro-

cedencia y la actividad laboral de la madre no aparecen diferencias significativas.

En resumen podríamos decir que el tipo de familia, la procedencia y el nivel laboral del padre, aparecen relacionados significativamente con la patología escolar y se constituyen en posibles determinantes sociales de esta patología, pero cuando se interrelacionan entre sí la significatividad desaparece. La actividad laboral de la madre no parece ejercer influencia en la aparición de esta patología.

**Patología neurótica:** El resumen de los resultados obtenidos se puede observar en la Tabla III.

La familia y la procedencia tomadas separadamente y conjuntamente no dan resultados significativos.

El nivel laboral del padre sí ofrece diferencias significativas que se concretan en la profesión de labrador. Cuando se incluye la variable actividad laboral de la madre las diferencias significativas se mantienen, pero cuando se toma separadamente esta última variable no se observan diferencias significativas.

Por último cuando tomamos en cuenta las variables, tipo de familia, procedencia y actividad laboral de la madre, no se observan diferencias significativas.

En resumen sólo podemos afirmar que el nivel laboral del padre: labrador, tomado individualmente parece ser un factor de interés en la aparición de la patología neurótica.

**Patología del comportamiento:** Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla IV.

No aparecen diferencias significativas cuando estudiamos las variables elegidas separadamente ni cuando establecemos grupos de variables. En el análisis de las distintas procedencias aparecen diferencias significativas con respecto a la procedencia rural interior.

**TABLA IV**  
**Patología del comportamiento**

	$\chi^2$	Probabilidad
Familia	4.985	N.S.
Procedencia: rural interior	6.74	.0094
Nivel laboral padre	8.971	N.S.
Nivel laboral padre y actividad laboral madre	17.603	N.S.
Familia, procedencia y actividad laboral madre	6.915	N.S.

## CONCLUSIÓN

En primer lugar, con respecto a nuestra hipótesis de trabajo sobre la posible influencia de grupos de factores sociales en la psicopatología infanto-juvenil, hemos de decir que no se confirma. Seguimos encontrando factores que parecen influir aisladamente, pero no parecen establecer constelaciones de factores significativos.

La patología escolar parece ser la que se relaciona significativamente con un número más elevado de factores aislados e incluso con asociaciones de factores.

Por último pese a que nuestro método ha sido laborioso y detallado pensamos que para poder afirmar que no existen relaciones significativas entre varios factores que puedan ser determinantes de la psicopatología infanto-juvenil, hemos de profundizar mediante el estudio de muestras mayores y claramente diferenciadas.

# Diferencias neuropsicológicas y comportamentales en el trastorno por déficit de atención

José Antonio Portellano Pérez

Madrid

## RESUMEN

Dentro del grupo de los niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA), la Clasificación Diagnóstica y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-III) establece la existencia de dos categorías relativamente diferenciadas: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hipercesnia) y Trastorno por Déficit de Atención sin Hipercesnia (TDA no H). Actualmente se cuestiona la existencia de estas dos categorías diferenciadas dentro del TDA.

El objetivo del trabajo es estudiar las diferencias neuropsicológicas y comportamentales existentes entre ambos tipos de TDA. Se comparan dos muestras de niños con TDAH (n=31) y TDA no H (n=26). A todos los sujetos se les aplicó una batería de pruebas compuesta por la Escala de Wechsler-WISC, el test de Memoria (MAI), la prueba VRT de Benton, el Cuestionario Neurológico Rápido de Mutti (QNST), el Cuestionario de Personalidad EPQ-J de Eysenck y un Estudio de Antecedentes Personales.

Los resultados ponen de manifiesto una peor eficiencia en el grupo de los niños con

TDAH, alcanzándose diferencias significativas en los antecedentes perinatales patológicos, QNST y escalas de Neuroticismo y Desviación Psicopática en EPQ-J. Las diferencias neuropsicológicas indican un mayor grado de afectación en la integración del Sistema Nervioso de los niños con TDAH, mientras que los mayores niveles de neuroticismo y conducta asocial pueden explicarse como trastornos reactivos que son la consecuencia del mayor grado de rechazo que socialmente sufren los niños con déficit atencional e hipercesnia.

Como conclusión se sugiere que existen perfiles neuropsicológicos y comportamentales relativamente diferenciados entre el TDAH y el TDA no H, por lo que se sugiere la conveniencia de seguir manteniendo ambas categorías diagnósticas dentro del grupo de niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA).

**Palabras Clave:** Trastorno por Déficit de Atención. Hipercesnia. Neuropsicología.

## SUMMARY

DSM-III divides Attention Deficit Disorder (A.D.D.) in two different categories: Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity (ADD-H vs. ADD without H.) The existence of these clinical categories are questioned by many authors.

In this paper we study neuropsychological and behavioral differences between both clinical categories. Two samples of ADD children with hyperactivity ( $n=31$ ) and without hyperactivity ( $n=26$ ) were compared. Every children were tested with Wechsler-WISC scale, MAI memory test, BENTON Visual Retention Test, QNST neurological questionnaire, EPQ-J (includes Neuroticism, Psychoticism, Asocial Behavior and Extraversion subscales) and Personal Antecedents Check-List.

Results show the worst scores in the ADD-H group, obtaining statistical differences in Personal Antecedents, QNST, Neuroticism and Asocial Behavior. Worst scores in neuropsychological background of ADD-H group are explained by the different degree of Nervous System affectation. Behavioral differences can be attributed at psychorreactive disorders in the ADD-H group.

These results suggest the existence of two differentiated profiles into ADD syndrome and the convenience of maintaining the two categories proposed by DSM-III.

**Key words:** Attention Deficit Disorder (ADD). Hyperactivity. Neuropsychology.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) constituye una patología relativamente frecuente en la población infantil, ya que se estima una prevalencia en torno al 5% (1). Los niños con TDA se caracterizan por presentar dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad. Hasta fechas recientes se ha asociado la Disfunción Cerebral Mínima (DCM) con la hiperactividad y con las dificultades de aprendizaje. De hecho, prácticamente un 50% de los niños atendidos en consulta por psicólogos, psiquiatras o neurólogos a causa de sus dificultades de aprendizaje sufre algún tipo de disfunción cerebral (2). Sin embargo el TDA, la DCM y las Dificultades de Aprendizaje no son sinónimos, sino que tienen en común la existencia de algún tipo de disfuncionalidad

en el Sistema Nervioso. Los niños con TDA frecuentemente presentan dificultades de aprendizaje y conducta que hacen que su adaptación y rendimiento escolar sean muy precarios, pese a que tienen una inteligencia dentro de límites normales.

En la actualidad se han impuesto los términos utilizados por la Clasificación Diagnóstica y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-III), para realizar el diagnóstico del TDA (3). Esta clasificación establece la existencia de dos categorías diferenciadas entre los niños con TDA. En primer lugar existiría un tipo de niños caracterizados por un fuerte estado de hiperactividad, impulsividad y trastorno atencional, llamados niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A.H.). En segundo término existiría una categoría diagnóstica constituida por niños con dificultades de atención e impulsividad pero que no manifiestan una intensa inquietud psicomotriz (T.D.A. no H.). La existencia de estas dos subcategorías diagnósticas ha sido y sigue siendo muy cuestionada por distintos autores, que niegan la entidad del Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad, admitiendo únicamente el TDAH como auténtica categoría diagnóstica.

Los niños con TDA (con o sin hiperactividad) presentan una deficiente inhibición en la activación de la Formación Reticular, provocando niveles excesivamente elevados de excitación en la corteza, produciendo una serie de descargas difusas en el cerebro (4).

El objetivo de este estudio es comparar dos muestras de niños con TDA con o sin hiperactividad, intentando definir si existen diferencias en el rendimiento neuropsicológico y neurocomportamental entre ambos grupos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

*Muestras:* Se han comparado dos muestras de niños y niñas con TDA. El primer grupo lo constituyen 31 niños que reunían las características requeridas para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiper-

cinesia (TDA-H). El segundo grupo lo componen 26 niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención sin Hipercinesia (TDA-no H). Las muestras proceden de varios colegios situados en la zona oeste de Madrid. Todos los niños acudían al colegio con regularidad, presentando nivel intelectual normal, ausencia de trastornos neurológicos o emocionales graves. La preselección de los posibles casos de TDA se hizo mediante un cuestionario de identificación enviado a los maestros de niños de primero a sexto de EGB. Todos los niños estaban comprendidos entre los seis y los doce años de edad.

*Pruebas Aplicadas:* A todos los sujetos se les aplicó una batería de pruebas formada por:

- Cuestionario de Identificación Clínica.
- Test de Memoria MAI.
- Cuestionario Neurológico Rápido QNST de Mutti.
- Test de Benton (VRT), forma C, con reproducción diferida a 10".
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ-J, que incluye las escalas de neuroticismo, extraversión, psicoticismo, conducta asocial y sinceridad.
- Test de Wechsler-Wisc.

*Metódica de Exploración:* La aplicación de pruebas se llevó a cabo en sesiones de mañana, en las dependencias del servicio de Orientación Psicopedagógica de cada centro escolar, por un equipo de psicólogos. Previamente se mantenía una entrevista con los padres de cada niño, en el transcurso de la cual se rellenaba un cuestionario de identificación clínica. De un total de 284 presuntos casos de niños con TDA preseleccionados por los profesores, la cifra final quedó reducida a los 57 casos descritos. La selección y exploración de casos se realizó durante los cursos 1988-89 y 1989-90.

## RESULTADOS

No existen diferencias significativas en cuanto a estatus socioeconómico en ambos grupos. Predomina ligeramente el porcentaje de casos

con patología perinatal en el grupo de los niños con TDAH. Ambos grupos tienen un edad similar (Tabla I).

**TABLA I**  
Edad, nivel socioeconómico y patología perinatal.

	TDAH (n=31)	TDA no H. (n=26)
Edad		
Rango	6±12	6±12
$\bar{X} \pm D.S.$	9.2±2.3	9.4±2.7
Nivel socioeconómico		
Medio-alto	3%	3%
Medio	44%	35%
Medio-bajo	36%	50%
Bajo	17%	12%
Patología perinatal	19 (61%)	12 (46%)

(X = Media. D.S. Desviación Típica)

El Cociente Intelectual, en la Escala de Wechsler, es ligeramente inferior en el grupo de los niños con TDAH pero no alcanza valores estadísticamente significativos (Tabla II). En ambos grupos el Cociente Intelectual Manipulativo es inferior al Cociente Intelectual Verbal. Los resultados se indican en la Tabla II.

**TABLA II**  
Resultados en Wechsler-WISC

C.I.	TDAH (n=31)	TDA no H. (n=26)	P
	$\bar{X} \pm D.S.$	$\bar{X} \pm D.S.$	
Verbal	106±12.4	108±10.9	N.S.
Manipulativo	101±12.4	104±11.2	N.S.
Total	103±12.4	106±11.1	N.S.

X = media; D.S. = Desviación Típica

P = Significación estadística

N.S. = Diferencias no significativas

En la prueba de memoria MAI no hay diferencias significativas entre ambos grupos, aunque en la subescala de memoria numérica los niños con TDAH obtienen peores puntuaciones, situándose en el límite de la significación estadística. El test de retención visual de Benton ofrece resultados similares en ambos grupos: 4,6 errores por término medio en el grupo de TDAH frente a 4,1 en el grupo de TDA-no H. En el Cuestionario Neurológico

Rápido (QNST), los niños con TDAH obtienen un rendimiento más pobre que los del grupo con TDA-no H, ( $p < 0.05$ ). Estos resultados pueden apreciarse en la Tabla III.

**TABLA III**  
Puntuaciones medias (X) y Desviación Típica (DS) en los tests de MAI, Benton y QNST

	TDAH (n=31)	TD no H (n=26)	P
	$\bar{X} \pm D.S.$	$\bar{X} \pm D.S.$	
Test de memoria MAI			
Memoria Lógica	15.2± 7.1	17.2± 5.2	N.S.
Memoria Numérica	7.6± 2.2	9.4± 2.2	N.S.
Memoria Asociativa	25.1± 7.1	26.5± 6.8	N.S.
Total MAI	58.9±17.4	62.8±18.1	N.S.
Test de Benton			
Errores	4.6± 3.9	4.1± 3.5	N.S.
Q.N.S.T			
Puntuación Total	18.2± 7.4	14.1± 6.6	5%

P: Probabilidad.

N.S.: Diferencias Estadísticas no significativas.

El Cuestionario de Personalidad EPQ-J presenta diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) entre ambos grupos en las escalas de neuroticismo y conducta asocial, siendo nuevamente los niños diagnosticados con TDAH los que obtienen mayores puntajes (Figura 1).

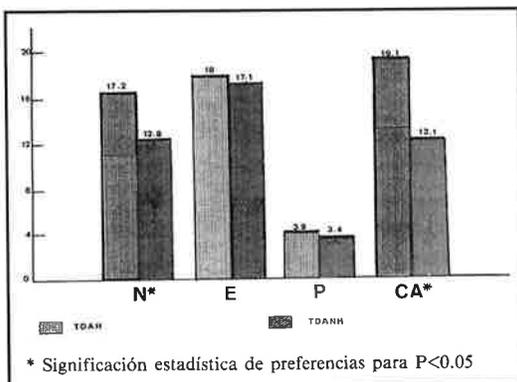


Fig. 1. Resultados en el EPQ-J

## DISCUSIÓN

Los resultados del trabajo ponen de manifiesto la existencia de diferencias cualitativas

entre ambos subgrupos de niños con TDAH en relación a los que presentan trastorno por déficit de atención sin hipercinesia. La presencia de un mayor porcentaje de trastornos perinatales (especialmente distocia de parto), peores puntuaciones en QNST, memoria numérica y en el test perceptivo de Benton, sugieren la existencia de un mayor grado de disfuncionalidad en el sistema nervioso de los niños con TDA-H. La escasa diferencia en las puntuaciones en pruebas neuropsicológicas sugiere que todos los niños con TDA tienen una etiología común, en el sentido de que existe un funcionamiento defectuoso en los procesos inhibitorios del SNC, tal y como ha señalado Douglas (6). Como han señalado diversos autores (4, 6, 7), el síntoma primario de la hiperactividad serían las diferencias atencionales, mientras que la inquietud psicomotriz constituiría un síntoma secundario. Nuestros resultados sugieren que los dos grupos tienen una deficiente activación de la Formación Reticular, que podría ser algo más intensa en el grupo de niños que, junto con trastornos atencionales, presentan una excesiva inquietud psicomotora.

El Cuestionario de Eysenck refleja unos mayores niveles de neuroticismo y de conducta asocial dentro del grupo de TDAH. La existencia de mayores niveles de ansiedad y de falta de ajuste social en los niños hiperactivos puede tener un valor reactivo más que orgánico, ya que la excesiva inquietud psicomotriz presentada por estos niños es un síntoma «mal tolerado» socialmente que puede producir mecanismos descompensatorios. Por el contrario los niños que sólo presentan déficit de atención (TDA no H), pero sin una excesiva inquietud psicomotora, presentan un mayor grado de adaptación porque sus síntomas disatencionales pasan más desapercibidos dentro del colegio y de la familia.

## CONCLUSIÓN

Los resultados reflejan peores niveles de eficiencia neuropsicológica y mayores dificultades

des emocionales en los caso de TDA, cuando éste se acompaña de hiperactividad. El grado de disfunción en el sistema nervioso es algo mayor entre los niños con TDAH, aunque los dos grupos formen parte de una patología común en la que hay una inadecuada activación de la Formación Reticular. A efectos prácticos se considera seguir manteniendo las dos categorías diagnósticas propuestas por el DSM-III, ya que junto a los casos de niños hiperactivos existe un colectivo de población infantil cuya sintomatología viene caracterizada por el déficit atencional sin presencia de hiperactividad.

### Bibliografía

1. ROSS, D.M. y ROSS, S.A.: Hiperactivity research, Theory and Action. Wiley. Nueva York, 1976.
2. PORTELLANO PEREZ, J.A.: Fracaso Escolar. *Diagnóstico e Intervención. Una perspectiva Neuropsicológica*. Editorial CEPE. Madrid. 1990.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). Masson. Barcelona, 1983.
4. LAHEY, B.B., SHAUGHENCY, E.A., STRAUSS, C y FRAME, C.L.: Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar o disimilar disorder?. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 23/3: 302-309, 1984.
5. DYKMAN, R.A., ACKERMAN, P.T. y HOLCOMB, P.J.: Physiological Manifestations of Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 16: 46-57, 1983.
6. DOUGLAS, V.: Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Beh. Scie.* 4: 159-182, 1972.
7. LUBAR, J.O.: Use of EEG for Diagnosis of specific learning disabilities (Attention Deficit Disorder) and EEG Biofeedback for Treatment. 15th. Annual Meeting European Association for Behavior Therapy. Munich. 1985.
8. KISTNER, J.A.: Attentional Deficits of Learning-Disabled Children: Effects of rewards and practice. *Journal of Abnormal Psychology* 13: 19-31, 1985.

# Perspectiva bibliométrica sobre trastornos del esquema corporal y de la identidad personal en el contexto de la psicopatología y la clínica médica

P.J. Mesa Cid, L. Rodríguez-Franco, M.A. Antuña Bellerín, A. Blanco Picabia

Sevilla

## RESUMEN

En la presente comunicación se revisa el volumen de información bibliográfica publicada en el período 1968-1985 sobre los trastornos del Esquema Corporal e Identidad Personal. En realidad, el análisis bibliométrico abarca las publicaciones realizadas sobre el tema tanto en el ámbito de la infancia y la adolescencia como de la edad adulta, aunque presentamos únicamente la información recogida sobre estudios en niños y adolescentes. Por otra parte, se ha preferido englobar en esta investigación ambos tipos de trastornos ya que, en realidad, se hallan estrechamente vinculados en la realidad clínica. Muchas veces ambos se complican y recobran, potenciándose uno sobre otro, de modo que pueden presentarse simultáneamente en alteraciones muy diversas.

**Palabras clave:** Esquema corporal. Identidad. Psicopatología. Infancia y adolescencia.

Desde el punto de vista de la investigación psicopatológica, estos trastornos resultan muy relevantes, pues las alteraciones del Esquema Corporal acompañan a casi todas las conductas psicopatológicas infanto-juveniles, así como a ciertas conductas alteradas en el adulto, mientras que los trastornos de la Identidad Personal (también llamados de la conciencia del yo, el self-perception de los anglosajones) se manifiestan con mayor frecuencia en adolescentes y adultos, tanto si la base es congénita como psicológica.

Tal como se indica en el propio título del trabajo, la revisión no se ha centrado solamente en aquellos trabajos que han estudiado estas alteraciones en el ámbito de la psicopatología y de la neurofisiopatología, sino también en los que han tratado el tema en el marco de la clínica médica general.

En los últimos años se evidencia un creciente interés por el estudio de estos trastornos en relación:

1. Con ciertas enfermedades que provocan un especial impacto psicológico en las personas que las padecen, como es el caso del cáncer y de ciertas deformaciones corporales;
2. En relación con el impacto de la hospitalización prolongada como consecuencia de enfermedades crónicas;

3. Por otra parte, se empieza a tomar conciencia de que la moderna tecnología empleada por la medicina actual también puede constituirse en un factor decisivo en la génesis y/o mantenimiento de estas alteraciones. Como ha señalado Polaino-Lorente (1983), las Unidades de Cuidado y Vigilancia Intensivas y las Unidades de Hemodiálisis por traer sólo dos ejemplos, cuentan ya en su haber con una amplia casuística a pesar de su breve trayectoria.

Para efectuar esta revisión se han utilizado dos descriptores básicos: Esquema Corporal (Body Image) e Identidad Personal (Self-Perception), jugando con dos variables fundamentales cuales son la edad y ciertos trastornos específicos.

Tres han sido las bases de datos consultadas, que han cubierto la totalidad del período de estudio (17 años) con objeto de reunir la documentación procedente de distintas áreas de estudio:

1. Psychological Abstracts.
2. Excerpta Medica (Psychiatry).
3. Current Contents (Social and Behavioral Sciences).

En lo que se refiere al análisis de los descriptores, resulta más utilizado el de Imagen Corporal (Body Image) que el de Esquema Corporal (Body Scheme).

En realidad, el término Imagen Corporal es más antiguo, pues lo introdujo Head a comienzos del siglo XX, mientras que el de Esquema Corporal no sería introducido hasta 1950 por Schilder. Aunque se ha considerado que el concepto de Imagen Corporal se encuentra más endeudado con las teorías fenomenológicas y psicoanalíticas, no faltan autores que lo utilizan incluso en trabajos experimentales.

El término Esquema Corporal fue aceptado como descriptor en las bases de datos internacionales en 1975 y aunque es cierto que cada vez es más empleado por los investigadores, todavía se halla a mucha distancia de la frecuencia de utilización del de Imagen Corporal. De hecho, en la edición del Thesaurus del Psychological Abstracts (4º ed., 1984), el término Esquema Corporal no aparece aún

como descriptor.

En realidad, podría hacerse una matización acerca del significado de estos dos conceptos, pero en el fondo ambos se refieren también a un mismo concepto: la representación mental del propio cuerpo en relación al feed-back que proporciona tanto el propio cuerpo como el medio ambiente y otras personas.

Por otra parte, el descriptor Identidad Personal corresponde a Self-Perception, esto es, autopercepción o autoconsciencia o autoconcepto: autopercepción o autoconocimiento físico y social que cada uno tiene de sí mismo. Implica, además, como descriptor más específico a la autoestima.

## ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DEL VOLUMEN TOTAL DE INFORMACIÓN

Del análisis bibliométrico del volumen total de información recogido sobre la base de la búsqueda realizada sobre el Psychological Abstracts, abarcando tanto a niños como adolescentes y adultos, obtenemos los siguientes resultados:

- 112 referencias en las que aparecen el término trastornos de la Imagen Corporal (Body Image).
- 22 referencias en las que aparece el término de trastornos de la Imagen Corporal (Body Scheme).
- 4.423 referencias en las que aparece el término de Self-Perception.

Estos datos sugieren que existe un gran desfase en cuanto al interés de los investigadores a la hora de elegir el estudio de uno u otro tema. Ciertamente parece que se ha trabajado más frecuentemente en el campo de los trastornos de la Identidad Personal que en el de los trastornos del Esquema Corporal. Ahora bien, conviene precisar que estos datos globales se refieren tanto a estudios realizados en niños como adolescentes y adultos, y además que el término Self-Perception representa a un descriptor mucho más amplio que el de Body Image, dado que puede referirse tanto a autopercepción de sí mismo en el plano más psi-

cológico o social (por ejemplo, la autoestima o la orientación hacia el propio yo), como a la autopercepción del plano corporal, sobre todo al aspecto externo. Ya anunciábamos anteriormente que ambos planos se hallan estrechamente vinculados, y esto se ha corroborado, en referencia a este punto concreto, en la revisión de varios de los trabajos que hemos consultado, en los que los autores trabajan, por ejemplo, en el fenómeno de la autopercepción corporal en la anorexia u obesidad, y cómo esa autopercepción del aspecto corporal, negativa en estos casos, reobra a su vez sobre la autopercepción más en el plano del autoconcepto o autoestima. Por ello, aparecen siempre más referencias con el descriptor Self-Perception que con el de Imagen Corporal, pues aquél engloba muchas veces ambos conceptos.

En cualquier caso, la búsqueda a través de Body-Image resulta más valiosa en cuanto al volumen de información obtenido, que mediante el correspondiente a Body-Scheme, de utilización mucho más restringida.

## ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En este caso se ha delimitado la información que presentamos a individuos en edad escolar y adolescentes, obtenida en el período 1968-1985, aunque las primeras referencias en este sentido aparecen en 1972, año en el que empieza a surgir el interés por el estudio de este campo.

Los resultados se aprecian en la Fig. I, en el que se verifica un nivel irregular ascendente del número de publicaciones en este tema a partir del año 1976, que se acentúa notablemente en 1979. De hecho, en los últimos cinco años, el volumen de investigaciones sobrepasa el 63% del total de la documentación existente sobre el tema.

La información obtenida se ha clasificado en seis grandes áreas temáticas que recogen las más destacadas tendencias de investigación en el campo del Esquema Corporal e Identidad

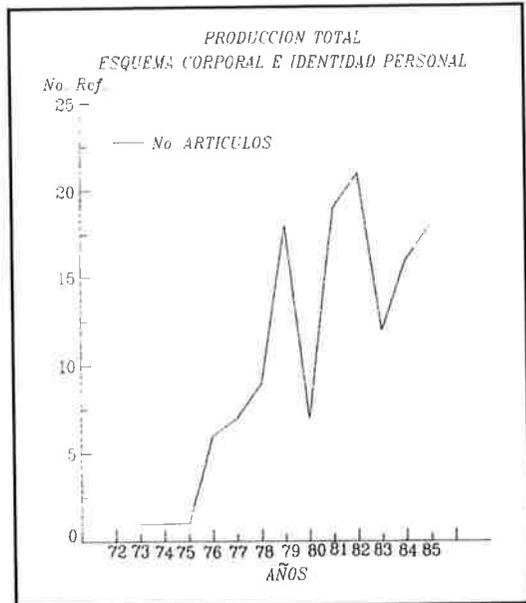


Fig. I.

Personal. Estas son:

1. Psicopatología: En su sentido más amplio. Cabrían en este primer grupo los trastornos depresivos, ansiosos, alimentarios (obesidad y anorexia), problemas emocionales y de aprendizaje, trastornos psicósomáticos, fobias, etc.

2. Deficiencias físicas: Minusvalías, parálisis, etc.

3. Deficiencias mentales: Retrasos intelectuales.

4. Técnicas terapéuticas de toda índole utilizadas en el abordaje de los trastornos del Esquema Corporal e Identidad Personal.

5. Situaciones de la clínica médica, especialmente las derivadas de la intervención quirúrgica (reparadora y plástica), hospitalización prolongada, diabetes, etc.

6. Areas de tipo teórico, centrada fundamentalmente en el desarrollo o evolución del concepto de Esquema Corporal e Identidad Personal, así como a las actitudes y características de personalidad de niños y adolescentes ante determinados trastornos.

Los resultados se expresan en la Figura II en el que se puede apreciar la preponderan-

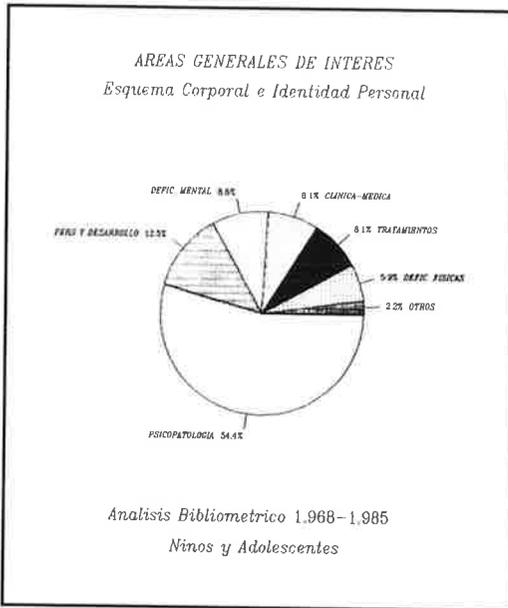


Fig. II.

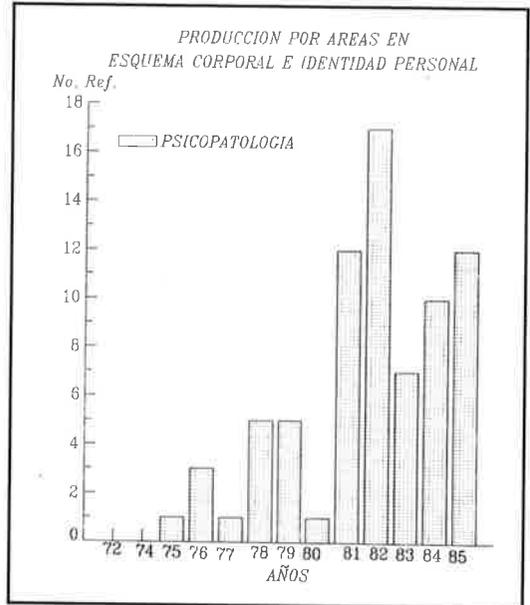


Fig. III.

cia, con diferencia en relación a las restantes áreas de interés, del estudio de diversas alteraciones psicopatológicas desde el punto de vista del Esquema Corporal e Identidad Personal. Le siguen en importancia los estudios desde el punto de vista del papel desempeñado por ciertas actitudes y características de personalidad en el desarrollo y evolución del Esquema Corporal e Identidad Personal.

Dentro del área psicopatológica (véase Figura III), cuyo volumen de publicaciones se hace especialmente importante a partir de 1981, destacan en orden de importancia, los estudios sobre trastornos alimentarios (Anorexia —29 referencias— y Obesidad —11 referencias—), los problemas de aprendizaje (7), depresiones, fobias, etc.

En cuanto al área de la Personalidad y Desarrollo (véase Figura IV), es a partir de 1979 y durante los años 80 cuando se desarrolla con mayor interés este tema, centrándose fundamentalmente en el análisis de las actitudes de niños y adolescentes ante diversos problemas de distinta índole, y en las características de personalidad de aquéllos que padecen de tras-

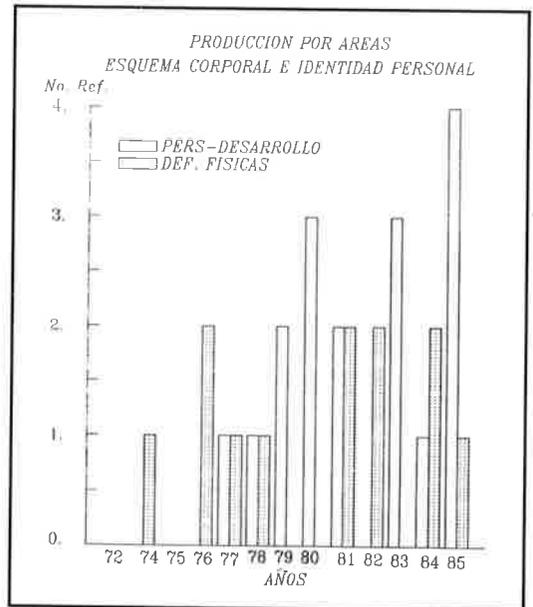


Fig. IV.

tornos del Esquema Corporal o de la Identidad Personal.

En este mismo gráfico, también se aprecia cómo la investigación acerca de estos trastor-

nos en niños con diversos handicaps físicos, ha sido tratado de manera más uniforme desde 1974, aunque no se aprecie un incremento del volumen de información en los últimos años.

Finalmente, se ha realizado una primera aproximación acerca de las revistas más citadas, dando como resultado una gran dispersión, que consideramos justificable en gran parte por la ausencia de revistas específicas en el campo en el que se enmarca nuestra investigación. Únicamente 4 publicaciones reúnen más de dos artículos:

**British Journal of Psychiatry:** 7 referencias

sobre anorexia, obesidad y dismorfofobia.

**Canadian Journal of Psychiatry:** 4 referencias sobre anorexia y deformidades craneofaciales.

**International Journal of Eating Disorders:** 3 referencias sobre anorexia y obesidad.

**Adolescence:** 3 referencias sobre delincuencia, problemas de comportamiento y desarrollo del Esquema Corporal.

Como es lógico pensar en base al planteamiento anterior, la gran mayoría del volumen de información, se recoge a través del **Dissertation Abstracts International**, que reúne a 24 referencias sobre el tema.

# La evaluación desde la perspectiva cognitivo-conductual

M.C. Martorell

Valencia

## RESUMEN

En el trabajo se realiza un análisis crítico de diversos métodos psicodiagnósticos de que dispone la psiquiatría en la actualidad. Se comenta la controvertida evaluación de la inteligencia y de la personalidad rompiendo una lanza por métodos progresivamente más válidos con mayor fundamento científico.

**Palabras clave:** Psicodiagnóstico. Tests psicológicos.

Dado que el Psicodiagnóstico no ha renunciado a ninguna de sus tareas originales y que, a su vez, sus tareas y campos de acción son cada vez mayores y más variados, es fácil comprender la repercusión que ello ha tenido en su desarrollo: multiplicación de estrategias de exploración. Muchas veces se ha dicho que el Psicodiagnóstico «es más que tests». Ello significa que las estrategias e instrumentos de evaluación trascienden con mucho lo que puede definirse exactamente como un test. Se reivindican aquí la importancia de antiguos instrumentos como la entrevista o la observación y la auto-observación de conducta, o bien, se crean nuevas estrategias. Es evidente en este sentido que Psicodiagnóstico «es más que tests» y un adecuado tratamiento de él en la actualidad debe dar cuenta de esta diversidad instrumental.

Al Psicodiagnóstico se le concibe en la actualidad como un PROCESO compuesto de diversas etapas, y que tiene como fin el colaborar en la toma de decisiones acerca de acciones que recaen directa o indirectamente sobre las personas. Aunque esta formulación puede parecer a primera vista trivial, ha significado una profunda revolución dentro de la disciplina. Debemos a Cronbach y Gleser (1957 y 1965) una primera formulación lúcida y comprensiva de esta nueva perspectiva y que aparece reflejada en su libro «Psychological Tests and Personnel Decisions». Ahora bien ¿Qué significa en concreto esta alternativa? Una respuesta, aunque breve, a esta cuestión que se acaba de plantear supone reenfocar el Diagnóstico pasando de un centrarse primordialmente en los Instrumentos a un centrarse en la Solución de Problemas, dicho en otras palabras, supone quitar la hegemonía al concepto de Validez y pasarla al concepto de Utilidad. En efecto, la investigación en el Psicodiagnóstico Clásico se proponía como máximo logro crear y disponer de instrumentos de una máxima validez, entendida ésta, sobre todo, en su sentido predictivo o criterial. Sin embargo, es muy cierto que el instrumento es sólo un medio y que en determinadas situaciones puede llegarse a un diagnóstico poco válido con instrumentos válidos, por lo tanto, se hace necesario, distinguir entre VALIDEZ DEL INSTRUMENTO y lo que podríamos llamar VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO, donde el concepto de Utilidad, en sentido técnico, tiene un lugar central. Con ello no se

cuestiona ni se rechaza la importancia de trabajar con instrumentos válidos. Por el contrario, lo que se pretende con ello es poner de relieve que la validez del instrumento es una condición necesaria pero no suficiente de la validez de un diagnóstico. Un diagnóstico se enfrenta siempre a problemas concretos y situaciones concretas que nunca reproducen exactamente las condiciones de validación de los instrumentos (Cronbach, 1975). Un diagnóstico es siempre, en este sentido, «idiográfico» y, como es sabido, los estudios de validación de los instrumentos son por lo general de base «nomotética». Pero lo que importa en último término en un Psicodiagnóstico es el valor de Utilidad de los resultados obtenidos y de las decisiones que con ellos se tomen, problema en el cual participan variables que no están consideradas en los estudios de validez, así como por ejemplo Tasa Bases y Valores de Utilidad.

Tras esta rápida visión del enfoque actual del Psicodiagnóstico pasamos a centrarnos en lo que es y en lo que representa la Evaluación Cognitivo-Conductual. Así pues, hay que señalar que el interés por las experiencias subjetivas y el propio pensamiento no es algo nuevo, sino que por el contrario, es algo que desde muy antiguo ha preocupado tanto a científicos como a legos y ha sido causa de numerosas especulaciones. Concretamente puede decirse que los psicólogos han estado siempre interesados en la evaluación cognitiva pero, sólo recientemente, esto ha sido llevado a la práctica de una forma más sistemática centrandolo su interés en la relación existente entre lo cognitivo, lo afectivo, lo conductual y las consecuencias ambientales.

Es a partir de la década de los 70 cuando aparece un marcado interés por la Evaluación Cognitiva, tanto en lo que se refiere a la Personalidad como a la Inteligencia. El estudio de las experiencias a nivel cognitivo está cargado de dificultades y es justo reconocer que, potencialmente, de fallos. Ello es producto, entre otras cosas, del hecho de no poder observar directamente el objeto de estudio (lo cognitivo) ya que sólo podemos obtener información de él a través de los Autoinformes de los

sujetos y sólo en algunos casos pueden ser inferidos los procesos cognitivos a través de conductas verbales y no verbales.

Pero ¿qué se entiende por cognitivo? ¿Por qué surge esta «nueva» corriente con tanto énfasis? Estas y otras cuestiones consideradas básicas tratarán de ser respondidas a lo largo de este trabajo.

En términos generales puede decirse que la Psicología Cognitiva es aquella que se ocupa de los procesos relacionados con el conocimiento. Esto que parece tan simple ha generado una serie de controversias, especialmente entre los psicólogos conductistas —los cuales muestran una fuerte oposición de carácter metodológico— y los psicólogos cognitivos —cuyos planteamientos metodológicos son más flexibles, sin que por ello pierdan el carácter científico de su orientación—.

Frente a la rigidez del conductismo, para quienes la conducta sólo podía ser explicada en términos de estímulos y respuestas en un ambiente «visible» (medio físico), lo que suponía un reduccionismo metodológico a ultranza, surgen una serie de alternativas que se hacían necesarias para que la Psicología no desapareciera dentro de él (Zaccagnini y Del-Claux, 1982). Estos planteamientos, surgen ante el hecho de que hay conductas tan importantes como el habla, la motivación, la memoria, la atención, etc., que no pueden ser explicadas en base a simples respuestas motoras, sino que ponen de manifiesto la existencia de «algo» más y ese «algo» está haciendo referencia a «procesos internos» y a «procesos superiores».

Para poder abordar este tema es necesario, por las implicaciones que tiene, que el psicólogo, en este caso el psicólogo cognitivo, conozca el funcionamiento de la memoria. Ello se justifica porque el sujeto que aprende, en realidad, es un procesador activo de información, el sujeto no es un mero receptor de lo que ocurre a su alrededor, sino que cuando adquiere información sobre el entorno la elabora en función de contenidos que ya posee. El sujeto elabora e integra en función de una serie de conocimientos previos, por ello que el

evaluador, desde esta perspectiva, debe centrarse en el QUE ocurre cuando el sujeto adquiere una información nueva y en el COMO la elabora y la emite. Por lo tanto, se pone énfasis en como el sujeto es capaz de seleccionar, elaborar, transformar y recuperar la información. El Psicodiagnóstico, desde esta perspectiva, asume el modelo interpretándolo, no sólo en función de los déficits que el sujeto presenta, sino haciendo especial hincapié en lo que de positivo posee y a partir de este punto planifica los posibles mecanismos de intervención.

Dada la complejidad que conlleva este tipo de evaluación, resultan de suma importancia, las bases metodológicas de los mismos. Es de destacar los serios problemas que se presentan a la hora de establecer la fiabilidad y la validez de los procedimientos utilizados, problemas que no se pasan por alto en este trabajo.

Originalmente, la evaluación cognitiva se ha basado en la información obtenida a través de los Autoinformes, con todas las limitaciones que supone la evaluación realizada con este método (Cone, 1986; Meichenbaum y cols. 1979; Meichenbaum y Goodman, 1981; Fernández-Ballesteros, 1986). Concretamente Meichenbaum y cols. (1979) y Meichenbaum y Goodman (1981) señalan que, entre todas las limitaciones son quizás las referidas al propio sujeto las más relevantes. En concreto, estos autores están haciendo referencia a la falta de capacidad de comprensión por parte del sujeto, y consideran que está relacionada con los «mediadores». Tres son las situaciones descritas por ellos y que son las siguientes:

- Que el sujeto NO MEDIE, o sea, que no regule verbalmente su conducta.
- Que el sujeto NO PRODUZCA espontáneamente mediadores significativos.
- Que el sujeto NO COMPRENDA la naturaleza de su conducta y en función de ello hacen una serie de consideraciones importantes.

Así pues, si el sujeto comprende, entonces debe ser capaz de expresar sus propias experiencias y, además, debe estar motivado para ello. Si por el contrario, el sujeto no es capaz

de aportar la información que se requiere a nivel cognitivo, hay que investigar si ello es debido a: falta o fallo de operaciones implícitas o de reglas, a la no comprensión de los problemas que se le plantean, a la inhabilidad para expresarse verbalmente, etc. Por el contrario si el sujeto responde, no obstante, debe investigarse si las respuestas tienen que ver con experiencias verdaderas o por el contrario existe alguna alteración en su informe. Esto justifica la necesidad de especificar las condiciones bajo las cuales se obtiene el Autoinforme, hecho que ayuda a aumentar la credibilidad en este método.

En general dos son los tipos de Autoinforme más utilizados en la evaluación cognitiva. En el primero de ellos se recurre a la estrategia de que el sujeto describa sus experiencias a nivel cognitivo de forma totalmente libre. En el segundo, por lo contrario, se recurre a una lista de situaciones relacionadas con la conducta meta y el sujeto tiene que responder en función de sus propias experiencias. Hay que ser consciente de que tanto una como otra alternativa presentan ventajas e inconvenientes tanto desde un punto de vista práctico como metodológico.

Ericsson y Simon (1978) formulan una serie de recomendaciones básicas relacionadas con su uso y que son las siguientes:

1. En el proceso evaluativo debe recurrirse, en la medida de lo posible, a la memoria a corto-plazo.

2. Debe minimizarse la cantidad de información que tiene que ser muestreada, con el fin de que el sujeto pueda comprometer los procesos inferenciales relativos a su propia experiencia cognitiva y en relación con sus expectativas.

3. El sujeto debe describir sus experiencias de forma verbal ya que puede darse el caso de que no sea capaz de explicar su propia conducta.

4. Deben utilizarse otras estrategias para comprobar la validez de los datos verbales.

Adair y Spinner (1979) completan esta serie de recomendaciones con las siguientes:

1. El evaluador debe incidir en que la ex-

presión de sus propias experiencias, debe estar por encima de las justificaciones.

2. Que la expresión de los sentimientos puede servir para descubrir sus propias cogniciones y que ello puede generar, en algún momento, disonancia.

3. El evaluador debe ofrecer feedback al sujeto ya que ello puede aumentar la veracidad del Autoinforme.

El valor y el significado del Autoinforme puede mejorarse con la utilización de distintas estrategias de evaluación referidas al método (véase por ejemplo Campbell y Fiske, 1959; Cone 1986) ya que la discordancia puede deberse bien al método o bien a un fallo del sistema de regulación de las actividades cognitivas (Meichenbaum y Goodman, 1981). Entre las técnicas consideradas complementarias destacan:

1. Comprobación de conductas posteriores a la entrevista y a la cumplimentación de cuestionarios.

2. Favorecer la verbalización de pensamientos relacionados con la conducta objeto de estudio.

3. Observaciones directas que permitan, posteriormente, hacer inferencias acerca de los procesos cognitivos implicados.

4. Observación de conductas espontáneas, etc.

Estas comparaciones a través de métodos, pueden ayudar al investigador a realizar un estudio sobre la validez de los distintos métodos utilizados, especialmente en lo que se refiere a la validez convergente y discriminante (para mayor información véase, por ejemplo, Martorell, 1983).

Una característica importante a tener en cuenta en este tipo de evaluación es la relativa a la Autorregulación. En la mayoría de las investigaciones llevadas a cabo en el área cognitiva, los investigadores han sido conscientes de que los Autoinformes hacen referencia a conductas que son o pueden ser reguladas de forma voluntaria por los sujetos y que dicha autorregulación ocurre más a menudo en situaciones calificadas como complejas o nuevas ya que ante tales circunstancias, el sujeto, recu-

rrer, de forma casi espontánea, a organizaciones ya presentes en él para hallar la solución a las situaciones planteadas. Como consecuencia de la utilización de estas estrategias, puede llegar a conocerse si existe algún tipo de alteraciones inadecuadas en la forma de actuar del sujeto a nivel cognitivo y, en algunos casos, además, permite llegar a conocer los procedimientos o caminos que el individuo utiliza para hallar la solución.

Hasta ahora, se han mencionado algunos de los problemas que se plantean en este tipo de evaluación y que están relacionados con la recogida de la información y con la interpretación de la misma. Sin embargo, en vez de considerar dichos problemas como una limitación deben plantearse más bien como un acicate que sirva como base de desarrollo de nuevas estrategias de evaluación que aumenten la credibilidad de los datos obtenidos.

Desde esta perspectiva de evaluación, lo que sí que es recomendable, independiente del método, es evitar la evaluación de un área cognitiva aislada ya que un mismo proceso cognitivo puede ser considerado tanto causa como efecto. De ahí el especial hincapié que se hace, cuando se incide de forma repetitiva, de que los procesos deben ser estudiados teniendo en cuenta la relación entre lo cognitivo, lo afectivo, las manifestaciones verbales, las manifestaciones conductuales así como las consecuencias que las intercorrelaciones tienen.

## **EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA**

Cuando nos planteamos el estudio de la Inteligencia, corremos el riesgo de perdernos dentro de un campo que, por sus características, no está bien delimitado y donde las bases teóricas que sustentan cada una de las alternativas son múltiples, así como los resultados obtenidos en función de ellas.

Sin embargo, en un intento de delimitación y centrándonos en una serie de hechos históricos pueden observarse dos hitos importan-

tes. El primero de ellos es el que pone de manifiesto que la teoría de la Inteligencia ha estado íntimamente ligada con su medida. El segundo, está relacionado con su evolución y dicha evolución se ha visto influida por hechos de carácter sociopolítico (Merluzzi, Glass y Genest, 1981; Silva, 1983, 1985; Martorell, 1986).

Cuando en la investigación brotan nuevos paradigmas, los investigadores tienen que buscar estrategias con el fin de poder evaluar nuevas facetas con la intención de que tanto las estrategias como los resultados sean los más adecuados, al tiempo que se pretende no volver a cometer antiguos errores.

La Psicología Cognitiva, desde una perspectiva amplia y en relación con el área que estamos interesados, puede definirse como el estudio de lo subjetivo en términos de representaciones mentales así como de los procesos que subyacen a las conductas observables. En un intento de aclarar el lugar que le corresponde a la Psicología Cognitiva, es casi imprescindible retrotraerse a viejos planteamientos y polémicas. En este caso me estoy refiriendo concretamente al modelo correlacional vs. modelo experimental. Para justificar el por qué se recurre a estos modelos o polémicas y no a otros diremos que es por el hecho de que muchos de los investigadores clasificados como experimentalistas, hoy en día, se les considera como cognitivos (Sternberg, 1984).

La división entre ambas alternativas, pese al trabajo presentado por Cronbach (1957), nunca ha sido clara y esta postura está revisada posteriormente por el propio autor (Cronbach, 1975). Tanto psicólogos experimentales como correlacionales, dependiendo de las metas que propongan, de las revistas en que publique, etc., en un momento dado son considerados cognitivos y en otros, en cambio, no. Así pues, la adjudicación de los investigadores a una u otra alternativa, es en muchos casos arbitraria. Por ejemplo, Galton, quien desarrolló el método correlacional, era un ávido experimentalista. Binet, quien propuso unas bases para medir la Inteligencia desde la perspectiva psicométrica, posteriormente puso

de relieve una serie de litaciones teóricas que conlleva dicho procedimiento y recurrió a la vertiente cognitiva. Guildford, claramente identificado con los psicólogos psicómetras, no sólo propuso una teoría de la Inteligencia sino que además describió los procesos implicados en ella.

Tras la expuesto se plantea la siguiente cuestión, ¿es correcto seguir manteniendo esta división? Pienso que la respuesta correcta en este caso es negativa ya que las principales diferencias que entre ellos pueden darse son, no tanto a nivel de la metodología utilizada, sino más bien en la forma en que ella se aplica.

Pero lo que no hay que olvidar es que, en lo que aquí estamos interesados es en COMO los psicólogos cognitivos estudian los procesos mentales. Una característica importante de esta vertiente evaluativa es el énfasis que se pone en el análisis intensivo de las tareas y la idea básica que subyace en ella es la de tomar como referencia, en un principio, la ejecución del sujeto en tareas únicas, no aisladas, y estudiarlas con mayor profundidad haciendo especial hincapié en: tiempo de latencia, tiempo de reacción y estrategias implicadas en la tarea. En realidad todo esto forma parte del Modelo del Procesamiento de la Información (Pellegrino y Glaser, 1979; Sternberg, 1977, 1981 y 1984).

Los investigadores del entrenamiento cognitivo pueden seguir diferentes caminos en sus investigaciones, dependiendo de QUE entrenan y COMO entrenan. Una de las investigaciones más importantes realizadas en este sentido ha sido llevada a cabo por Feuerstein (1979) a la cual denominó «Potencial de Aprendizaje» y a través de ella puso de manifiesto la modificabilidad de las medidas cognitivas, o lo que anteriormente Vygostky (1977) llamó «Zona de Desarrollo Próximo», de ahí que no podamos decir que son «nuevos», sino que sus planteamientos pueden encontrarse a finales del s. XIX y principios del s. XX.

Tanto un autor como otro, al hablar de MODIFICABILIDAD, están haciendo referencia a la distancia entre el nivel REAL de desarrollo (capacidad para resolver un problema sin

ayuda) y el POTENCIAL del individuo para resolver dicho problema con la ayuda de otra persona. André Rey defiende, que una de las metas de los tests psicométricos debería ser el medir la posible potencialidad que el individuo tiene para el Aprendizaje. Ahora bien, es sabido que los tests psicométricos de Inteligencia tienen una meta estática: obtener un inventario de las diversas destrezas del sujeto, sin tener en cuenta la historia de maduración educacional y motivacional. Se trata ahora, en cambio, de ir en pos de una meta más dinámica: medir el grado de modificabilidad del individuo, con el fin de proporcionarle una serie de experiencias específicas de aprendizaje. Vernon se quejaba de que es curioso intentar predecir aprendizaje a través de tests que no implican aprendizaje alguno, sino que representan sólo un corte transversal de lo ya aprendido. Ultimamente, en cambio, se han ido creando una serie de métodos cuya meta principal es, precisamente, evaluar el cambio operado en el sujeto, construyendo situaciones en las que la modificabilidad cognitiva puede ser elicitada y, por lo tanto, medida.

En los tests psicométricos clásicos se consideran semejantes el nivel manifiesto de funcionamiento y la capacidad del individuo para funcionar. Pero ambos deben distinguirse. Una seria limitación de los tests tradicionales es la de no dar cuenta del proceso que subyace a la variable rendimiento. No se puede distinguir con ello dónde está el error, en qué consiste y en qué fase del acto mental se encuentra. Sin embargo, es necesario distinguir entre nivel manifiesto de funcionamiento, capacidad de aprender y eficacia. Otro defecto de los métodos tradicionales de evaluación, es la de ir en pos de una puntuación global que resuma los resultados obtenidos.

Campllonch (1981) plantea la necesidad de realizar una revisión de los métodos psicométricos convencionales para la evaluación del retrasado mental. Considera que el momento actual está maduro para realizar una revisión y modificación de los métodos tradicionales. En concreto, se trata de desarrollar métodos que no tengan como fin primario una clasificación

descriptiva, apartándose del enfoque normativo para centrarse en la planificación de programas de adiestramiento y reeducación. Deben centrarse, ante todo, en la posibilidad de aumentar el desarrollo en las personas con handicaps intelectuales a través de una programación adecuada. Se trata, pues, de identificar deficiencias específicas en el desarrollo, de forma que sirvan de punto de arranque en la construcción de programas de reeducación de las potencialidades del individuo.

Así pues, frente a la postura denominada «Tradicional» puede observarse el surgimiento del enfoque «Modificador». Esta nueva perspectiva implica un centrarse en las diferencias intraindividuales y emprender un estudio lo más complejo y exhaustivo posible de cada individuo, con el fin de determinar COMO se produce en él el aprendizaje. Se pretende obtener una medida del POTENCIAL DE APRENDIZAJE, entendiendo por ello la capacidad del individuo para ser modificado significativamente por un proceso de aprendizaje (Feuerstein, 1968). Esta alternativa debe presentar al menos las siguientes características (Feuerstein, 1979):

1. Debe producirse un cambio en la relación examinado-examinador. Los fallos deben constituir, no el techo de rendimiento, sino el punto de partida para el proceso de aprendizaje para así poder llegar a descubrir su «potencial». El examinador, desde esta perspectiva, apoya y ayuda al examinado. Está atento a las formas deficientes de funcionamiento e interviene para que el sujeto supere y llegue a demostrar, más allá, de ellas cuánto es capaz de aprender.

2. Debe producirse un cambio en la estructura de los tests de forma que permitan descubrir no sólo el grado de modificabilidad, sino también los puntos de resistencia que posee el individuo, para posteriormente ir incidiendo en ellos de forma especial.

3. Se impone un cambio en la interpretación de los resultados, ya que la evaluación debe basarse en los procesos más que en los resultados así como en respuestas singulares más que en el conjunto.

4. La evaluación del Potencial de Aprendizaje se basa en el método experimental y pone de relieve las diferencias que se operan dentro del individuo. En el estudio del Potencial de Aprendizaje se emplea, generalmente, el diseño experimental ABA (test-entrenamiento-retest), ya que es una de las mejores alternativas para:

- a. Medir la extensión del cambio.
- b. Controlar los medios por el que éste fue obtenido.
- c. Comprobar el tiempo y la generalización de los resultados.

Con todo ello se conoce la capacidad de modificabilidad que se plasma en un índice que representa la variabilidad de las capacidades intelectuales del individuo.

Según Feuerstein (1980), el desarrollo de la capacidad cognitiva de la persona es el resultado de la interacción del organismo con el ambiente ya que, en primer lugar, hay que tener en cuenta que el organismo está constantemente expuesto a fuentes de estimulación externa a él y en segundo lugar, que dicha estimulación externa está **MEDIATIZADA** por otros individuos quienes de modo intencional estructuran las distintas fuentes de influencia. En su totalidad, a este proceso el autor lo denomina «experiencias de aprendizaje mediatizado» (EAM). La aceptación de estos procesos mediatizados en el aprendizaje ponen de relieve la importancia de los aspectos cognitivos y al mismo tiempo sirven de marco de referencia a la hora de estudiar la reversibilidad y no reversibilidad de los mismos en individuos deficientes.

Ahora bien, ¿cuáles son las funciones cognitivas que aparecen perturbadas en el individuo como consecuencia de la carencia de experiencias de aprendizaje mediatizado? Tomando como referencia la bibliografía existente al respecto, puede llegarse a las siguientes categorías:

1. Deficiencia en la recogida de información.
2. Deficiencia en el proceso de elaboración de la misma.
3. Deficiencia en el proceso de comunicación de la información.

#### 4. Deficiencias afectivo-emocionales.

Otra cuestión tan básica como la anterior se le plantea al evaluador y es la siguiente: ¿se pueden usar de forma indiscriminada los tests a la hora de evaluar el Potencial de Aprendizaje? La respuesta a esta cuestión es tajante ¡NO! Además hay que tener también en cuenta que incluso los tests que han sido creados o adaptados para ello no son equivalentes entre sí, esto pone de manifiesto la necesidad de realizar una clasificación de los mismos teniendo en cuenta dimensiones tales como estructura y objetivos que se pretenden evaluar. En este sentido Feuerstein (1980) nos ofrece un **MAPA COGNITIVO** en el cual describe los parámetros o dimensiones que sirven de base para la clasificación de dichas pruebas y que son los siguientes:

1. Contenido de las pruebas.
2. Operación mental implicada en su realización.
3. Modalidad o lenguaje en la que se expresa la actividad.
4. Fase en que la actividad mental específica tiene lugar.
5. Nivel de complejidad de la actividad mental exigida por la tarea.
6. Nivel de abstracción implicado.
7. Nivel de eficacia requerido.

Como conclusión puede decirse que el concepto de modificabilidad cognitiva puede ser definido como «la capacidad que tienen los individuos para cambiar la estructura de su funcionamiento cognitivo». El cambio, para que pueda ser considerado como tal, debe ser estable ya que se supone que es el producto del aprendizaje. Por ello la metodología utilizada en el Potencial de Aprendizaje puede ser considerada como adecuada para evaluar la variabilidad intraindividual así como para conocer las estrategias cognitivas que el sujeto puede aprender y que mayor estabilidad puede alcanzar a través del tiempo (Martorell, 1983).

Tal y como ya se ha señalado, esta alternativa puede ser útil para conocer los aspectos del funcionamiento cognitivo que pueden ser entrenables o modificables, sin embargo, hay

que señalar que su utilidad práctica aparece mucho más clara que la base teórica que lo sustenta desde la perspectiva cognitiva (Sternberg, 1981). Cuando los métodos de adiestramiento o modificabilidad fallan hay que plantearse las siguientes cuestiones: el proceso objeto de entrenamiento, ¿es un componente de la Inteligencia?, si es así, ¿es entrenable o modificable? ¿se está aplicando el método adecuado?

En un intento de responder a las cuestiones planteadas y en relación con el área de Inteligencia hay que señalar los siguientes puntos:

1. La metodología del Procesamiento de la Información, no ofrece ningún método para estudiar de forma sistemática las relaciones o las diferencias que aparecen en la ejecución.

2. Por medio de estas alternativas, no se evita la sobrevaloración de los componentes específicos.

3. Aparecen dificultades relacionadas con el lenguaje que utiliza.

4. No se ha analizado la función de los componentes ni su interacción.

5. En su investigación, se han limitado utilizar unas pocas tareas psicométricas.

6. Por último, los componentes, que teóricamente intervienen en la ejecución de la tarea han sido poco definidos.

A pesar del avance surgido en estas investigaciones, sin embargo, no ha quedado claro cual es la «unidad básica» de análisis de la Inteligencia. Es más, es difícil afirmar que es más básico si el «factor» o los «componentes», por lo que al respecto surgen una serie de controversias. Por ejemplo, para Carroll (1981), será el «factor» el responsable de las diferencias individuales en la ejecución, mientras que para Sternberg (1977) serán los «componentes». En este sentido Yela (1984) señala la conveniencia de adoptar perspectivas multiparadigmáticas ya que ningún enfoque por sí mismo da cumplida cuenta de la acción humana, de ahí que en un momento dado haya que recurrir a distintas orientaciones con el fin de dar una respuesta lo más adecuada posible.

## EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA

En general, la medida de la Personalidad persigue los mismos objetivos que la medida de la Inteligencia. Estos objetivos son: discriminar entre individuos y hacer predicción de su ejecución o conducta en otros contextos. Uno de los principales problemas que nos encontramos a la hora de evaluar la Personalidad es la falta de criterios que permitan saber que es lo que se está evaluando. Es cierto que, al igual que ocurre con la Inteligencia, son muchos los modelos que, desde distintas perspectivas, han intentado determinar QUE es lo que la define, con el fin de saber QUE es lo que hay que evaluar y saber sobre QUE hay que intervenir. Sin embargo, no se ha llegado a un acuerdo o visión unitaria de QUE es lo que hay que evaluar y COMO hay que evaluarlo.

Recordemos también aquí que el campo relacionado con lo cognitivo no es algo nuevo dentro de la Psicología, desde esta perspectiva. Si en el momento actual renace de nuevo este acercamiento, es por la concienciación que dentro de este área se da sobre el concepto de individualidad, unicidad y, en definitiva, sobre la Identidad Personal (Ibáñez y Galdon, 1985). Son muchos los hechos que ponen de relieve la importancia de los diferentes caminos existentes para su estudio, aún dentro de las teorías tradicionales de la Personalidad (Pervin, 1984, a). Mientras que las teorías tradicionales de la Personalidad tienden a enfatizar la estabilidad y la consistencia, la corriente cognitiva y teorías del Procesamiento de la Información, enfatizan la variabilidad y flexibilidad; mientras que en el primer caso se enfatiza la generalización de la predicción a través de personas, la motivación y lo dinámico, el Sí-Mismo como agente causal y unitario de concepto, en el segundo caso se enfatiza la predicción para situaciones específicas, las limitaciones que surgen en los procesos cognitivos, y el Sí-Mismo como un componente de esquemas múltiples.

Si se realiza una revisión de las teorías de la personalidad y de las áreas o focos de investigación existentes, se observa como, realmente, existen una serie de controversias y problemas (Pervin, 1985). Por ejemplo, Scherest (1976) dice que, la teoría de la Personalidad, está en decadencia y Phares y Lamiell (1977) dirán que este campo está pasando un período de crisis. En revisiones posteriores, Loevinger y Knoll (1983) ofrecen un punto de vista pesimista en relación con los avances realizados en este área y Meehl (1978) se cuestiona si, verdaderamente, la impresionante teoría de la Personalidad es posible. Rorer y Widiger (1983), en una revisión realizada sobre la estructura y evaluación de la personalidad, ofrecen una visión más crítica y optimista, ya que si bien reconocen las negligencias que aparecen en su historia también señalan el incremento de conocimiento que se ha producido en este sentido. Si bien es cierto, la visión optimista aparece cuando se mira hacia el futuro, sin embargo, cuando se vuelve la vista al pasado el panorama se oscurece.

Pinillos (1981) en un intento de esclarecer la situación descarta la existencia de cuatro alternativas u orientaciones surgidas dentro de la Psicología y que han repercutido en la forma de comprender y enfocar el estudio de la Personalidad:

- Psicología Dinámica.
- Psicología Humanista.
- El Conductismo.
- Paradigma de las Diferencias Individuales o Dimensionales.

Un esfuerzo más en nuestro medio está representado por Ibáñez y Belloch (1983), quienes basándose en un criterio empírico formulan las siguientes etapas o puntos de referencia:

1. 1927-1940: búsqueda de identidad.
2. 1940-1946: período del funcionalismo.
3. 1947-1959: dominio de la vertiente Profesionalismo vs. Academicismo.
4. 1961-1966: Dominio de lo «anormal» como criterio.
5. 1967-1975: se produce una vuelta a lo clínico y una búsqueda de una percepción unitaria.

6. 1976-1978: Período de perplejidad y crisis.

Este planteamiento tan minucioso, puede llevar a discusiones desde otras perspectivas, pero como todo estudio basado en datos existentes hace pensar en las posibles discrepancias que, de forma bastante frecuente, se dan entre los resultados de carácter objetivo y lo que «uno mismo cree» que está ocurriendo.

Tal y como ya se ha indicado, uno de los principales cismas que aparecen dentro de la Psicología está relacionado con el concepto de Personalidad. Recordemos que desde una perspectiva tradicional la Personalidad se concebía a partir de procesos o estructuras internas de naturaleza personal que determinaban la conducta externa del individuo. Según esta perspectiva, los individuos muestran una conducta característica a través de diversas situaciones y a través de un amplio espacio de tiempo ya que ello depende de un rasgo interno de Personalidad.

Frente a esta postura, surgió otra diametralmente opuesta y que dio origen, en su evolución, a la postura situacionista (véase por ejemplo, Krauskopf, 1978). Nos estamos refiriendo en concreto a Watson, quien consternado por los muchos conceptos mentalistas, conceptos que poseían una pobre definición empírica, propuso que la Psicología se limitase al estudio de lo observable, a los estímulos y a las respuestas. La Personalidad, dijo, es sólo el estudio de la conducta (Watson, 1930), no es una cosa interna. Ello supuso la adopción de una postura extrema que, sin embargo, desencadenó una serie de investigaciones.

Como señalan Bem y Allen (1974) estos resultados se unieron a otros de la época que estaban basados en pruebas de papel y lápiz y cuya finalidad era la de evaluar el poder de generalización de los rasgos. De nuevo los resultados obtenidos fueron bajos (.30), lo que apoyaba la tesis conductista de que la conducta estaba determinada por el ambiente, por la situación y que además ésta era específica para cada una de las situaciones. Este planteamiento (persona-situación) fue origen de una importante controversia en los años 30. Poste-

riormente este énfasis disminuyó; sin embargo, ello no fue indicativo de que se hubiesen unificado posturas, sino de que la controversia, en ese punto, había perdido interés, hecho que es bastante frecuente en la historia.

Ya en la década de los 60, este interés fue renovado por Mischel (1968). El retomó de nuevo la alternativa de que no hay consistencia en las conductas a través de las situaciones. Su argumento se basaba en la revisión realizada sobre estudios anteriores. Esta postura ha generado, como la anterior, una gran cantidad de literatura tanto apoyándola como criticándola (véase por ejemplo Bem y Allen, 1974; Block, 1971 y 1977; Epstein, 1979; Magnuson y Endler, 1976 y 1977; Kenrick y Stringfield, 1980 y Rushton, Jackson y Paunonen, 1981). Concretamente Epstein (1979), tras una amplia revisión de estudios, concluye: «hay suficiente estabilidad intersituacional en la conducta de los individuos sin tener que especificar situaciones que las eliciten. Esto demuestra la utilidad del concepto». Diener y Larsen (1984) también presentan resultados que ponen de manifiesto la estabilidad temporal y de la consistencia transituacional de las respuestas afectivas, conductuales y cognitivas, aunque enfatizan la complejidad de la persona, la situación y los efectos que causan las respuestas.

Como consecuencia de la postura de Mischel, empieza a surgir una nueva alternativa. En ella se dice que ambas posturas tienen razón y que la conducta está en función tanto de la persona como de la situación (Endler y Magnusson, 1977). Esta posición, llamada interaccionista, sugiere que hay variables causales de la Personalidad y variables causales de las situaciones al tiempo que existe una interacción entre ambas. Esta perspectiva, que es positiva, en el sentido de que elimina posturas antagónicas y ofrece una nueva alternativa, no indica de forma clara como debe ser considerada la relación Personalidad-Situación en una estructura teórica. El interaccionismo, ha dejado impreciso de qué consta la Personalidad y cómo afecta ésta a la conducta. También ha dejado imprecisos los principios me-

diantes los cuales la situación afecta a la conducta del individuo (Staats, 1980).

Aunque es numerosa la literatura que ha generado la controversia Persona-Situación, el problema no está aún resuelto; sin embargo, en el momento presente, parece existir un cierto consenso entre los investigadores que existe evidencia tanto sobre la consistencia como sobre la variabilidad. Epstein (1981) sugiere que los teóricos de rasgos así como los situacionistas pueden probar que esto es correcto ya que la conducta puede ser específica de una situación y puede ser generalizada a través de situaciones. Similarmente, Mischel (Mischel y Peake, 1983, a, b) sugiere que la conducta, en función de la situación, es discriminativa al tiempo que es coherente llegando a mostrar un patrón o perfil las conductas características del individuo.

La Psicología en general, ha sido influida por el desarrollo de la vertiente cognitiva y la Psicología de la Personalidad no constituye una excepción dentro de ella. En concreto han influido en la Psicología de la Personalidad por una parte los aspectos cognitivos-sociales derivados de la Psicología Social (Hastorf e Isen, 1982; Wyer y cols., 1984) y, por otra, el desarrollo alcanzado por la Modificación de Conducta en el área cognitiva desde la perspectiva de la intervención (Wilson y Franks, 1982).

La vertiente cognitiva de la Personalidad (Procesamiento de la Información), enfatiza conceptos tales como ESQUEMA (Neisser, 1967; Norman y Rumelhart, 1975), PLANOS (Schank y Abelson, 1977), PROTOTIPOS (Rosch, 1978), SCRIPTS (Abelson, 1981; Schank y Abelson, 1977; Tomkins, 1979). La variable persona, enfatizada por los psicólogos personalistas cognitivos, incluye categorías relacionadas con personas y situaciones, escripts y atribuciones implícitas en las teorías de la Personalidad (Cantor y Kihlstrom, 1982) así como tipos de estrategias, expectativas, valores, planes, competencias y sistema autorregulatorio (Mischel, 1981). El Modelo Cognitivo de Procesamiento de la Información, también es contrastado, desde esta perspectiva,

con las teorías de Rasgos poniendo un énfasis especial en las conductas específicas situacionales, en el poder discriminativo y en la flexibilidad de la conducta humana así como en la importancia que el estímulo tiene dentro de la vida del sujeto (Cantor y Kihlstrom, 1981 y 1982). Retrocediendo un poco en el tiempo puede muy bien observarse que tanto Kelly con su Teoría de los Constructos Personales como Rogers con su Teoría Personalista se anticiparon a este desarrollo actual y a esta forma de concebir la Personalidad.

En cuanto al CONTENIDO de este modelo de concebir la Personalidad, íntimamente relacionado con el Procesamiento de la Información, se hace hincapié en como el individuo atiende, codifica, almacena y retoma la información que posee (incluyendo el Sí-Mismo) así como situaciones y eventos. En este sentido es sumamente importante el conocimiento de como el individuo interpreta su propio mundo y cuales son los determinantes de su toma de decisiones. Entre los aspectos más importantes que están implícitos en esta teoría destacan los relacionados con la Teoría de la Atribución. Dicha teoría se centra en los eventos que ocurren y cómo éstos son asociados implicando las áreas cognitivas, afectivas y motivacionales (Abelson, 1983; Abramson y cols. 1980; Weiner, 1982).

De particular interés para el psicólogo de la Personalidad, es la investigación sobre la estructura del Sí-Mismo (Self), como estructura cognitiva y, como ésta, influye sobre la información, el recuerdo y el juicio acerca de los demás (Bandura, 1982; Fong y Markus, 1981; Markus y Sentis, 1982; Markus y Smith, 1981; Marx y cols., 1983; Martorell, 1986). Las primeras investigaciones realizadas en torno al concepto de Sí-Mismo, se centraron, de forma especial, en los aspectos cognitivos del mismo, pero actualmente el interés se centra en el rol que desempeña lo afectivo en la organización de la información autorrelevante (Fiske, 1981).

Esta vertiente del Sí-Mismo, está tomando auge tanto desde la perspectiva de la Psicología de la Personalidad como desde la vertien-

te, más específica, del Psicodiagnóstico por las implicaciones que el concepto tiene en la ejecución de los individuos. En la evaluación de este aspecto forma parte otra serie de conceptos, como por ejemplo: Autoestima, Autoevaluación, Autoconcepto, Auto percepción que a veces son utilizados por los autores como sinónimos y a veces como conceptos diferentes (véase por ejemplo, Martorell, 1986).

Son numerosas las polémicas surgidas en torno a la relación existente entre: cognición, emoción y conducta. La relevancia del problema de las relaciones entre ellas, está en función de la conceptualización y bajo qué paradigma se investiga la Personalidad. Muchos son los investigadores que afirman que, la cognición, tiene primacía sobre la emoción y/o los determinantes de cómo se experimentan o experimentan los eventos que nos rodean (Abramson y cols., 1980; Mandler, 1982; Weiner, 1982; Weiner y cols., 1982). El énfasis se centra en COMO lo cognitivo, especialmente la Atribución, precede y determina las emociones. Dos son las tendencias que nos encontramos ante este planteamiento. La primera de ellas es la que defiende que la emoción tiene primacía sobre la conducta y puede ser un determinante de la cognición (Zajonc y cols., 1982). El segundo es el relativo a la correlación entre cognición y emoción, hecho muy importante (Clark y Fiske, 1982; Izard y cols., 1984). En este sentido Kiesler (1982) señala que precisamente, el estudio de esta relación podría ser un punto teórico importante de la década de los 80 (véase Bower, 1981; Bower y Cohen, 1982). La influencia de la emoción sobre lo cognitivo, puede ser estudiada bajo varios aspectos: expectativas y toma de decisiones (Isen y cols., 1982), atribución (Stenphan y Gollwitzer, 1981), conocimiento de las estructuras temáticas de las historias (Dyer, 1983) y procesamiento de la información autorrelevantes (Wright y Mischel, 1982). Por último señalar que existen evidencias sobre la influencia que la emoción y el humor o estado de ánimo tiene sobre conductas tales como amabilidad y agresión (Rosenhan, 1981; Berkowitz, 1983).

La relación entre estos tres aspectos, indudablemente es muy compleja. Aparece de forma más clara cuando se hace referencia a la relación entre Atribución y Emoción, aunque quedan cuestiones por responder respecto a si se ha llegado a establecer una relación causal entre ellas. Una teoría relevante en este tema es la propuesta originalmente por Duval y Wicklund (1972) y modificada posteriormente por Wicklund (1975 y 1978). Estos autores parten del supuesto de que la atención está totalmente dirigida hacia Sí-Mismo o totalmente dirigida hacia acontecimientos externos. En el primer caso, surgen discrepancias entre el Sí-Mismo-Ideal y el Sí-Mismo-Real. Ello da lugar a un sentimiento «emocional-negativo» y la persona tiende a resolver este conflicto comportándose de forma que se reduzca la discrepancia entre ambos o bien no reconociéndola. Este planteamiento desemboca en la Teoría sobre Locus de Control. Teoría considerada de Rasgo único, punto sobre el que no nos vamos a detener.

## LA PSICOLOGÍA COGNITIVA Y LOS TESTS

Los psicólogos cognitivos, que estudian las aptitudes mentales y la Personalidad, han investigado sobre la amplitud de rango de las tareas, algunas de las cuales, han servido de base para la construcción de los instrumentos. A través de ellos pueden explicarse muchos de los procesos así como su amplitud y complejidad.

El rango del campo estudiado por los psicólogos cognitivos en la investigación de la Inteligencia y de la Personalidad, es casi tan amplio como el estudiado por los psicólogos psicómetras. Sin embargo, hay que señalar que el uso que los psicólogos cognitivos han hecho de los tests psicométricos, al utilizarlos como criterio para sus propias tareas, ha interferido en la utilización de sus propios datos como base para modificar, en caso necesario, el contenido de sus propios instrumentos. Pero a pesar de todas sus limitaciones, es

cierto que, la contribución de los psicólogos cognitivos respecto a la selección del contenido de los tests, no es completamente pesimista. Algunas de las investigaciones recientes realizadas desde la vertiente cognitiva, sugieren nuevas líneas y, teniendo en cuenta el nivel alcanzado por las investigaciones parece éste el momento indicado para empezar su aplicación.

En general se considera que los caminos a seguir son tres, aunque continúe utilizándose, como criterio, los ítems de los tests psicométricos, relacionados con el CI:

1. El primero de ellos es el referido a la utilización de la estrategia de completación de frases (Clark y Chase, 1972). A través de esta estrategia, se puede obtener información sobre un tipo de nivel de inteligencia general (Hunt y cols., 1975) y, además es posible que se obtenga también información sobre la estrategia que el sujeto utiliza para resolver problemas verbales vs. espaciales (McLeod, Hunt y Mathews, 1978; Mathews, Hunt y McLeod, 1980). Este tipo de tarea es fácil de aplicar y, normalmente, se utiliza para examinar el rango de edad, nivel de aptitudes y condiciones mentales.

2. En este punto, se hace referencia a la medida de la inteligencia fluida mediante el uso de tareas que utilizan nuevos conceptos (Snow, 1980; Sternberg, 1981).

3. Por último se hace referencia a la medida de la inteligencia cristalizada (véase por ejemplo, Sternberg, Powell y Kaye, 1982).

En realidad los psicólogos cognitivos, no han sido mejores sugeridores de la clase de contenidos que, de forma fiable, deben considerarse para la construcción de los instrumentos. No existe un acuerdo unánime sobre cual es la clase de contenido que debe figurar en ellos para medir de forma más correcta el funcionamiento tanto intelectual como a nivel de personalidad.

La contribución de los psicólogos cognitivos al contenido de los tests ha sido más bien débil. Sin embargo, su aportación en relación con la validación de los mismos, especialmente en lo que se refiere a la validez de constructo,

ha sido importante.

Cuando se toma en cuenta la Evaluación Tradicional, existe una diferencia importante respecto a esta alternativa (cognitiva). Mientras que en la Evaluación Tradicional, tanto inteligencia como Personalidad, se evalúa a través de CONSTRUCTOS en la Evaluación Cognitiva, las características y aptitudes, son concebidas como un PROCESO y como tal se evalúan. Además, los psicólogos cognitivos, han desarrollado, como consecuencia, técnicas que parecen ser completamente adecuadas para aislar procesos mentales (Ericsson y Simon, 1980; Newell y Simon, 1982; Pachella, 1974; Siegler, 1976; Sternberg, 1979 y 1977). Autores tales como Carroll (1976 y 1981) y Sternberg (1980), han tratado la cuestión relativa a la extensión que supone la idea de FACTOR, frente a la noción más reducida que supone la idea de PROCESO y, destacan, que en el estudio de las aptitudes mentales, puede ser mayor interés el estudio de los PROCESOS que el estudio de los FACTORES.

Basándonos en esta orientación cognitiva el conjunto de las puntuaciones se interpreta de forma diferente al realizado desde la orientación psicométrica. La mayor diferencia entre ambas se da cuando, en la primera de ellas, se aíslan una serie de subpuntuaciones basadas en los PROCESOS, en vez de trabajar con las puntuaciones totales las cuales están basadas en FACTORES o RASGOS.

Las puntuaciones referidas a los procesos, no sólo permiten mejorar el diagnóstico, destacando los puntos débiles, sino que también permiten construir o planificar programas de entrenamiento basados en esos mismos procesos, tal y como se ha expuesto en el apartado dedicado a Potencial de Aprendizaje. La principal dificultad que se encuentra en el desarrollo de estos programas, está relacionada con la definición, por ejemplo de que es el «razonamiento», pero, sin embargo, resulta relativamente fácil, concebir el entrenamiento de habilidades específicas aunque la dificultad vuelve a aumentar, cuando de lo que se trata es del estudio de la transferencia de unas ejecuciones a otras.

Pero la cuestión que aquí se plantea es la siguiente, ¿es necesario modificar los tests ya existentes? La mayoría de los psicólogos cognitivos, han señalado, que pese a todas las limitaciones de los tests existentes, en el momento presente, es mejor contar con ese punto de referencia que no tener ninguno. Sin embargo, eventualmente, debe pensarse en la modificación de los tests y ello por varias razones:

1. La primera razón, está relacionada con su CONTENIDO. Las investigaciones realizadas sobre los datos obtenidos, ponen de manifiesto la importancia de poseer medidas basadas en la ejecución de nuevas tareas, para lo que se hace necesario el estudio de nuevos contenidos que evalúen procesos en vez de características generales.

2. En cuanto a la VALIDEZ DE CONSTRUCTO, la investigación cognitiva, ha demostrado que los tests deben ser entendidos o mejor dicho, interpretados, en relación con las medidas de los procesos implicados en el constructo y no en relación con el constructo en general.

3. Por último, resulta cada vez más posible medir los procesos implicados en la ejecución por medio de caminos técnicos, cada vez más rápidos y objetivos, lo que provee de nuevas bases, en primer lugar, para el diagnóstico y, en segundo lugar, para los programas de entrenamiento.

## CONCLUSIONES

Aunque en general ha habido una gran explosión de publicación de datos, existen serias restricciones a la hora de interpretar los resultados desde la perspectiva cognitivo-conductual (Rorer y Widiger, 1983). Concretamente uno de los problemas más debatido está relacionado con la utilización del Autoinforme. Hay autores que realizan duras críticas y muy pocas veces recurren a su uso (por ejemplo Bandura, 1978; Mischel, 1985; Averrill, 1983). Otros, sin embargo la importancia de la introspección y del autoinforme especialmente cuando lo que se quiere es medir

cambios de estados internos (véase, por ej. Nisbett y Wilson, 1977 y Wilson y cols., 1981).

Como bien habrá podido observarse a lo largo del trabajo, la perspectiva del estudio y evaluación de la Inteligencia y de la Personalidad, está pasando por un momento de nuevos planteamientos que conllevan al cuestionamiento del significado, concepto, métodos de evaluación, diseños metodológicos, aplicaciones prácticas, etc. Ello no es indicativo de que la Psicología, en general, y el Psicodiagnóstico, en especial, estén pasando por un período de crisis importante, más bien pienso que lo que está ocurriendo es un replanteamiento serio de unas tendencias que ya existían, desde una perspectiva científica. Ello no supone ni mucho menos un rechazo de todo lo que puede ser clasificado como Tradicional, en sentido amplio, sino que por el contrario, hay que aceptar lo que se ha demostrado válido y subsumirlo en estas nuevas vertientes y, es más, en muchos casos puede ser utilizado como base para desarrollos posteriores (recuérdese el caso del Potencial de Aprendizaje). Si bien es cierto, esta continua inquietud investigadora, nos lleva a un replanteamiento continuo de conceptos, métodos y objeto que perseguimos en nuestra disciplina, lo que pone de manifiesto una de sus facetas y es que el Psicodiagnóstico no es una disciplina estática sino una disciplina dinámica ya que está en continua evolución en un intento de adaptarse a las necesidades del momento dada su vertiente práctica y aplicada, además de teóricas.

## Bibliografía

- ABELSON, R.P.: *Psychological status of the script concept*. Am. Psychol. 1981; 36: 715-729.
- ABELSON, R.P.: *Whatever became of consistency Theory?* Soc. Psychol. Bull. 1983; 9: 37-54.
- ABRAMSON, L.Y. y cols.: *Learned helplessness in humans*. En M.E. Garber y P. Seligman (Dir.). *Human helplessness*. N.Y.: Academic. 1980.
- ADAIR, J. y SPINNER, B.: *Subject's access to cognitive processes: Demand characteristics and verbal report*. Univ. of Manitoba. 1979.
- BANDURA, A.: *Reflections on self-efficacy*. Adv. Behav. Res. Ther., 1978; 1: 237-269.
- BANDURA, A.: *Self-efficacy mechanism in human agency*. Am. Psychol., 1982; 37: 122-147.
- BEM, D.J. y ALLEN, A.: *On Predicting some of the people some of the time*. Psycho. Review. 1974; 81: 506-520.
- BERKOWITZ, L.: *Aversively stimulated aggression*. Am. Psychol., 1983; 38: 1135-1144.
- BLOCK, J.: *Lives Through time*. California: Bacroft Books. 1971.
- BLOCK, J.: *Advancing the psychology of personality: Paradigmatic shift or improving the quality of research*. En D. Magnusson y N.S. Endler (Dir.), *Personality at the crossroads current issues in interactional psychology*, N.J.: Erlbaum. 1977.
- BOWER, F.H.: *Mood and memory*. Am. Psychol., 1981; 36: 129-148.
- BOWER, F.H. y COHEN, P.R.: *Emotional influences in memory an thinking: cata and theory*. En M.S. Clark y S.T. Fiske (Dir.). *Affect and Cognition*, N.J. Erlbaum. 1982.
- CAMPBELL, D. y FISKE, D.: *Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix*. Psychol. Bull., 1959; 56: 81-105.
- CAMPLONCH, J.: *Evaluación del retraso mental*. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carroble (Dir.). *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide. 1981.
- CANTOR, N. y KIHLMSTROM, J.F.: *Personality, Cognition and Social Interaction*. N.J.: Erlbaum. 1981.
- CANTOR, N. y KIHLMSTROM, J.F.: *Cognitive and social processes in personality*. En G.T. Wilson y C.M. Franck (Dir.). *Contemporary behavior therapy: conceptual empirical foundations*. N.Y.: Guilford. 1982.
- CARROLL, J.B.: *Ability and task difficulty in cognitive Psychology*. Educ. Researcher, 1981; 10: 11-21.
- CLARK, M.S. y FISKE, W.G.: *Prototypic typology and the borderline personality disorder*. J. Abnormal Psychol., 1982; 92: 263-275.
- CONE, J.D.: *Psychometric considerations*. En M. Hersen y A.S. Bellack (Dir.). *Behavioral Assessment*. N.Y.: Pergamon. 1981.
- CONE, J.D.: *Algunas observaciones sobre las comparaciones entre métodos en evaluación conductual*. En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carroble (Dir.). *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide. 1986.
- CRONBACH, L.J.: *The two disciplines of scientific psychological tests*. Psychol. Bull., 1957; 52: 281-302.
- CRONBACH, L.J.: *Beyond the two disciplines of scientific psychology*. Am. Psycho., 1975; 30: 116-127.
- CRONBACH, L.J. y GLEESER, G.C.: *Psychological tests and personnel decisions*. Urbana. Ill. Univ. of Illinois Press. 1975.
- DIENER, E. y LARSE, R.J.: *Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses*. J. Perso. Soc. Psychol., 1984; 17: 907-1109.
- DYER, M.G.: *The rol of affect in narratives*. Cogn. Sci., 1983; 2: 211-242.

- EPSTEIN, S.: *The stability of behavior. On predicting most of the people much of the time.* J. Pers. Soc. Psychol., 1979; 37: 1097-1126.
- EPSTEIN, S.: *The stability of confusion: A reply to Michel and Peake.* Psychol. Rev., 1981; 90: 179-184.
- ERICSSON, K.A. y SIMON, H.A.: *Retrospective verbal reports as data.* Carnegie Mellon University. 1978.
- ERICSSON, K.A. y SIMON, H.A.: *Verbal reports as data.* Psychol. Rev., 1980; 87: 215-251.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.: *Los autoinformes como datos de conducta cognitiva en evaluación conductual.* Anal. y Modif. de Cond., 1986; 12: 31-32, 27-40.
- FEUERSTEIN, R.: *The learning potential assessment device.* En B.W. Richards (Dir.). *Proceeding of the 1st congress of the Scientific study of mental deficiency.* Reigate: M. Jackson. 1968.
- FEUERSTEIN, R.: *The dynamic assessment of retarded performers.* Baltimore: Univ. Park Press. 1979.
- FEUERSTEIN, R.: *Ontogeny of learning man.* En M.A. Brazier (Dir.). *Brain mechanisms in memory and learning: From the single neuron to man.* N.Y.: Raven Press. 1979.
- FEUERSTEIN, R.: *Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability.* Baltimore: Univ. Park Press. 1980.
- FISKE, D.W.: *Measuring the concepts of personality.* Chicago: Aldine. 1981.
- FONG, G.T. y MARKUS, H.: *Self-schemas and judgment about others.* Soc. Cogn., 1981; 1: 191-204.
- HASTORF, A.H. e ISEN, A.M.: *Cognitive social Psychology.* Amsterdam: Elsevier. 1982.
- IBAÑEZ, E. y BELLOCH, A.: *Interaccionismo y psicología de la personalidad.* Anal. y Modif. de Cond., 1983; 9: 20, 47-68.
- IBAÑEZ, E. y GALDON, M.J.: *Una historia interminable de la psicología de la personalidad.* En M.J. Baguera y A. Belloch (Dir.). *Extraversión, Psicoticismo y Dimensiones de la Personalidad.* Valencia: Pronolibro. 1985.
- ISEN, A.M. y cols.: *Some factors influencing decision-making strategy and risk taking.* En M.S. Clark y S.T. Fiske (Dir.). *Affects and Cognition*, N.J.: Erlbaum. 1982.
- IZARD, C. y cols.: *Emotions, cognition and behavior*, N.Y.: Cambridge Univ. Press. 1984.
- KENRICK, D.T. y DARCHIK, A.: *Interactionism, idiographics, and social psychological invasion of personality.* J. Persons. 1983; 51: 286-307.
- KIESLER, C.: *Comments.* En M.S. Clark y S.T. Fiske (Dir.). *Affect and cognition*. M.J.: Erlbaum. 1982.
- KRAUSKOPF, J.: *Comment of Endler y Magnusson's. Attempt to redefine personality.* Psychol. Bull. 1978; 85: 280-283.
- LOEVINGER, J. y KNOLL, E.: *Personality: Stage, traits, and the self.* Ann. Rev. Psychol. 1983; 34: 195-222.
- MAGNUSSON, D. y ENDLER, S.: *Personality at the crossroads: Current Issues in interactional Psychology.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum. 1977.
- MAGNUSSON, D. y ENDLER, N.S.: *Interactional Psychology: Present status and future prospects.* En D. Magnusson and M.S. Endler (Dir.). *Personality at the crossroads: Current issues in interactional psychology.* N.J.: Erlbaum. 1977.
- MANDLER, G.: *Cognitive underpinnings of affect.* En M.S. Clark y S.T. Fiske (Dir.). *Affect and cognition.* N.J.: Erlbaum. 1982.
- MARKUS, H., CRANE, M., BERNSTEIN, S. y SILADI, M.: *Self-schemas and Gender.* J. of Persn. and Soc. Psycho. 1982; 42: 38-50.
- MARKUS, H. y SMITH, J.: *The influences of self-schema on the perception of others.* En N. Cantor y J.F. Kihlstrom (Dir.). *Personality, cognition and social interaction.* N.J.: Erlbaum. 1981.
- MARTORELL, M.C.: *Evaluación de la deficiencia mental.* En F. Silva y M.C. Martorell (Dir.). *Lecciones de psicodiagnóstico (II).* Valencia: Rubio. 1983.
- MARTORELL, M.C.: *Perspectivas actuales del psicodiagnóstico: Psicología cognitiva y Procesamiento de la información.* Valencia: Mimeo. 1986.
- MARX, H.W., SMITH, I.D. y BARNES, J.: *Multitrait-multimethod analysis of interpretations based upon the SQD: Student-teacher agreement on multidimensional rating of student self-concept.* Am. Educ. Research J. 1983; 20: 333-357.
- MATHEWS, N.N., HUNT, E.B. y MCLEOD, C.M.: *Strategy choice and strategy training in sentencepicture verification.* J. of Verbal Learning and Verbal Behavior, 1980; 19: 531-548.
- MCLEOD, C.M., HUNT, E.B. y METHUEWS, N.N.: *Individual differences in the verification of sentence-picture relationships.* J. of Verbal Learning and Verbal Behavior, 1978; 17: 493-507.
- MEEHL, P.E.: *Theoretical risks and tabular asteriks: Sir Karl, Sir Ronald and the slow progress of soft psychology.* J. Consult Clin. Psychol. 1978; 16: 806-834.
- MEICHENBAUM, D. y cols.: *Metacognitive assessment.* Univ. of Wisconsin. 1979.
- MEICHENBAUM, D. y GOODMAN, S.: *Critical questions and methodological problems in studying children's private speech.* En G. Zivin (Dir.). *Development of self-regulation through speech.* N.Y.: Wiley. 1981.
- MERLUZZI, V., GLASS, C.R. y GENERT, J.: *Cognitive assessment.* N.Y.: The Guilford Press. 1981.
- MISCHEL, W.: *Personality and Assessment.* N.Y.: Wiley. 1968.
- MISCHEL, W. *Personality and cognition: something borrowed, something new?* En N. Cantor y J.R. Kihlstrom (Dir.). *Personality, cognition and social interaction.* N.J.: Erlbaum.
- MISCHEL, W. y PEAKE, P.K.: *Analyzing the constructions of consistency in personality.* En M.M. Page (Dir.). *Personality: current theory and research.* Lincoln: Univ. of Nebraska. 1983 a.
- MISCHEL, W. y PEAKE, P.K.: *Some facets of consistency: replies to Epstein, Funder and Bem.* Psychol. Rev.,

- 1983 b; 90: 394-402.
- NEISSER, U.: *Cognitive Psychology*. N.Y.: Appleton-Century-Crofts. 1967.
- NEWELL, A. y SIMON, H.A.: *Human problem solving*. N.J.: Prentice-hall. 1972.
- NISBERT, R.E. y WILSON, T.D.: *Telling more than ne can know: verbal reports on mental processes*. Psychol. Rev., 1977; 83: 231-279.
- NORMAN, D.A. y RUMELHART, D.E.: *Explorations in cognition*. S.F.: Freeman. 1975.
- PACHELLA, R.G.: The interpretation of reaction time in information-processing research. En B.H. Kantowitz (Dir.). *Human information processing: tutorials in performance and cognition*. N.J.: Erlbaum. 1974.
- PELLEGRINO, J.W. y GLASER, R.: Cognitive correlates and components in the analysis of individual differences. En R.J. Sternberg y D.K. Dtterman (Dirs.). *Human intelligence: Perspective on its theory and measurement*. N.J.: Ablex. 1979.
- PERVIN, L.A.: *Personality: Theory and research*. N.Y.: Wiley. 1984.
- PERVIN, L.A.: *Personality: Current controversies, issues and directions*. Ann. Rev. Psychol., 1985; 36: 83-114.
- PHARES, E.J. y LAMIELL, I.T.: *Personality*. Ann. Rev. Psychol. 1977; 28: 113-140.
- PINILLOS, J.L.: *Manual de Psicología*. Madrid: E.D.A.P. 1981.
- RORER, L.G. y WIDIGERM, T.A.: *Personality structure and assessment*. Ann. Rev. Psycho., 1983; 34: 431-463.
- ROSCH, E.: Principles of categorization. En B.B. Rosch (Dir.). *Cognition and categorization*. N.J.: Erlbaum. 1978.
- ROSENHAN, D.L.: Emotion and altruism. En J.P. Rushton y M.P. Sorrention (Dirs.). *Altruism and helping behavior*. N.J.: Erlbaum. 1981.
- RUSHTON, J.P., JACKSON, D.N. y PAUNOMEN, S.V.: *Personality: Nomothetic or idiographic? A response to kenrick and Stringfield*. Psychol. Rev., 1981; 88: 582-589.
- SCHANK, R.C. y ABELSON, R.P.: *Scripts, plans, goals and understanding*. N.J.: Erlbaum. 1977.
- SCHEREST, L.: *Personality*. Ann. Rev. Psychol., 27, 1-28. 1976.
- SIEGLER, R.S.: Three aspects of cognitive development. Cognitiv. Psychol., 1976; 8: 481-520.
- SILVA, F.: *Lecciones de psicodiagnóstico (I)*. Valencia. 1983.
- SILVA, F.: *Psicodiagnóstico: Teoría y aplicación*. Valencia: Rubio. 1985.
- SNOW, R.E.: Aptitud processes. En R.E. Snow, P.A. Federico y W.E. Montague (Dirs.). *Aptitude, learning and instruction: Cognitive process analyses of aptitude (V. I)*. N.J. Erlbaum. 1980.
- STAATS, A.W.: «Behavioral interaction» and «interactional psychology» theories of personality: Similarities, differences, and the need for unification. British J. of Psycho., 1980; 71: 205-220.
- STEPHAN, W.G. y GOLLWITAER, P.M.: *Affect as a mediator of attributional egotism*. J. Exp. Soc. Psychol., 1981; 17: 443-458.
- STERNBERG, R.J.: *Intelligence, information processing, and analogical reasoning: The componential analysis of human abilities*. N.J.: Erlbaum. 1977.
- STERNBERG, R.J.: *The nature of mental abilities*. Am. Psychol., 1979; 34: 214-230.
- STERNBERG, R.J.: *Intelligence and nonentrenchment*. J. of Educ. Psychol., 1981 a;73: 1-16.
- STERNBERG, R.J.: *Testing and cognitive psychology*. Am. Psychol. 1980 b; 36: 1181-1189.
- STERNBERG, R.J.: What cognitive psychology can (and cannot) do for tests development. En B.S. Plake (Dirs.). *Social and technical issues in testing. Implications for test constructions usage*. London: Lawrence Earlbaum. 1984.
- TOMKINS, S.S.: *Script theory: Differential magnification of affects*. Nebraska Symp. Motiv., 1979; 26: 201-236.
- VYGOTSKY, P.: *Pensamiento y lenguaje*. B.A.: La Pleyade. 1977.
- WATSON, J.B.: *Behaviorism*. Chicago: Univ. of Chicago Press. 1930.
- WEINER, I.B.: *The emotional consequences of causal attributions*. En M.S. Clark y S.T. Fiske (Dirs.). *Affect and Cognition*. N.J.: Erlbaum. 1982.
- WEINER, I.B. y cols.: *Pity, anger, and guilt: An attribution analysis*. Pers. Soc. Psychol. Bull., 1982; 8: 226-232.
- WICKLUND, G.: *Current crises of psychology*. Heinemann. 1978.
- WILSON, T.D. y cols.: *Awereness and self-perception: verbal reports on internal states*. J. Pers. Soc. Psychol. 1981; 40: 53-71.
- WILSON, G.T. y FRANKS, C.M.: *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations*. N.Y.: Guilford. 1982.
- WRIGHT, J. y MISCHEL, W.: *Influence of affect on cognitive social learning person variables*. J. Pers. Soc. Psychol., 1982; 43: 901-914.
- WYER, R.S. y cols.: *Handbook of Social cognition*. N.J.: Erlbaum. 1984.
- YELA, M.: La inteligencia y la acción verbal. Sistema de procesamiento, desarrollo evolutivo y dimensiones factoriales. En J. Mayor (Dir.). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra. 1984.
- ZACCAGNINI, J.L., DELCLAUS, I.: *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. En I. Delclaus y J. Seoane (Dirs.). *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. Madrid: Pirámide. 1982.

# Datos para la escala de depresión infantil (CDS) en una muestra clínica

J.A. Amador Campos, M. Forns Santacana

*Barcelona*

## RESUMEN

A una muestra de 30 sujetos (18 chicos y 12 chicas) de edad promedio 12 años 3 meses y dispersión 2 años 5 meses, en la que se suponía sintomatología depresiva, le fue aplicada, de forma individual, la escala CDS, como prueba integrante de una batería diagnóstica.

Los sujetos diagnosticados como depresivos obtuvieron puntuaciones más elevadas que los no depresivos en las escalas PS, AE y TD. Las chicas puntúan más alto que los chicos en las escalas RA, PS y TD. Todas estas diferencias son significativas.

**Palabras clave:** Depresión. Escalas de depresión.

## SUMMARY

The CDS was administered to 30 subjects, 18 boys and 12 girls; his age ranged from 8 to 16 yr. with a mean of 12 yr. and 3 month (S.D. = 2 yr. 5 month). All of them showed depressives symptoms. The scale was administered in its individual form and conjointly with others test. Only a half of the sample was considered depressive. The depressive subjects shows significantly higher scores in PS, AE and TD scales that the non depressives. The

girls scored significantly higher than the boys in RA, PS and TD scales. The paper discusses the salience of this results.

**Key words:** Depression. Rating depression scales.

## DATOS PARA LA ESCALA DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDS), EN UNA MUESTRA CLÍNICA

Aunque se cuenta con descripciones de reacciones depresivas, en niños prepúberes, desde hace bastante tiempo, ha sido en los últimos 20 años cuando el estudio de la depresión infantil ha adquirido importancia. Su concepción ha ido variando en función de las diferentes escuelas psicopatológicas que se han ocupado de ella (Polaino y cols., 1988).

Actualmente hay un acuerdo casi general sobre la existencia del síndrome depresivo en los niños. Cantwell y Carlson (1980, 1983) concluyeron que los criterios de diagnóstico de los adultos podían ser válidos para diagnosticar la depresión en los niños. Este argumento se vincula a una concepción de la depresión como alteración biofisiológica soportada por evidencias de tipo genético, bioquímico y fisiológico (Rehm y cols. 1987). Entre nosotros Polaino (1981, 1985) ha propuesto una concepción multidimensional del diagnóstico del síndrome depresivo que tenga en cuenta parámetros psicobiológicos, neuroendocrinos, poligráficos, clínicos y conductuales.

Universidad de Barcelona.

Dirección autores: J.A. Amador Campos. C/. Mallorca, 619, 4.º 3.ª. 08026 Barcelona.

Los parámetros clínico-conductuales son quizás los mejor conocidos y los más estudiados. Los cuestionarios cubren una parte importante de los correlatos clínico-conductuales en cuanto permiten evaluar la severidad de la depresión en niños y adolescentes, y son de gran utilidad en el proceso diagnóstico.

El desarrollo de escalas y cuestionarios de depresión para niños y adolescentes es relativamente reciente. Las primeras escalas se publicaron en 1977, por Kovacs y Beck, y Wirt y cols. Desde entonces el número de estas técnicas se ha multiplicado. Entre los cuestionarios de autoinforme contamos con el CDI (Children's Depression Inventory) de Kovacs y Beck (1977), el CDS (Children's Depression Scale) de Lang y Tisher (1978), el CES-CD (Center for Epidemiological Studies - Depression Scale) de Orvaschel (1980), el SRS (Self Rating Scale) de Birmaher (1981) y el C-DACL (Children's Depression Adjective Checklist) de Sokoloff y Lubin (1983). Estas escalas permiten una evaluación de la severidad global de la depresión pero por sí mismas no proporcionan suficiente base para la determinación diagnóstica. Las subescalas de las que constan orientan sobre los problemas más relevantes.

El uso de autoinformes para niños presenta problemas específicos de diverso orden. En primer lugar cabe plantearse si el niño posee suficientes habilidades para autoevaluarse y emitir juicios acerca de sí mismo, y para descifrar y/o comprender el contenido de las cuestiones que se le formulan. En este sentido a veces, se requiere de ellos habilidades de atención y/o lectoras mayores de las que poseen. En segundo lugar (Walker, 1973) están las cuestiones de tipo técnico relacionadas con el grado de validez de constructo y la acomodación a las normas de estandarización requeridas.

Por otra parte la información suministrada por los niños acerca de ellos mismos no coincide, muchas veces, con la suministrada por los adultos que los conocen. No es raro, igualmente, encontrar niños deprimidos que puntúan bajo en las escalas de depresión. Para ob-

viar estos problemas las escalas de evaluación deberían poder valorar al niño en diferentes contextos que fueran relevantes para él, y desde la perspectiva de diferentes personas. Algunos cuestionarios, aunque no específicos para la medida de la depresión, ya tienen en cuenta estos aspectos (Brown y Hammill, 1978; Herko y Brown, 1984).

## LA ESCALA DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)

La escala de depresión infantil CDS (Lang y Tisher, 1978) es un cuestionario diseñado específicamente para niños entre 8 y 16 años y puede ser aplicado, con ligeras modificaciones, a personas significativas de la vida del niño (padres, maestros). De esta forma permite recoger información sobre el comportamiento del niño a través de otros informantes, que lo evalúan desde diferentes perspectivas.

Los autores creen que la depresión «*es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad*» (Lang y Tisher, 1983). Partiendo de las diferentes categorías de síntomas reconocidos que existían en la literatura científica del momento; respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental y de los impulsos, problemas psicósomáticos, preocupaciones por la salud o la muerte e irritabilidad; elaboraron ítems que permitieran analizarlas. La escala final consta de 66 ítems, 48 depresivos y 18 positivos. Con criterios lógicos, los 66 elementos se agruparon en diferentes subescalas, procurando que cubrieran los diferentes aspectos de la depresión y que tuviesen un número parecido de elementos.

El cuestionario tiene dos dimensiones generales independientes: Total Depresivo (TD) y Total Positivo (TP).

El Total Depresivo agrupa seis subescalas:

— Respuesta Afectiva (RA), con 8 ítems que hacen referencia al humor y los sentimientos del sujeto.

— Problemas Sociales (PS), 8 ítems referi-

dos a las dificultades en la interacción social, al aislamiento y la soledad del niño.

— Autoestima (AE), 8 ítems relacionados con las actitudes del niño respecto a su autoestima y autovaloración.

— Preocupación por la Muerte-Salud (PM), 7 ítems referidos a los sueños y fantasías del niño respecto a la enfermedad y a la muerte.

— Sentimientos de Culpabilidad (SC), 8 ítems que aluden a la autopunición.

— Depresivos Varios (DV), 9 ítems con contenido depresivo que no se pudieron agrupar dentro de las anteriores escalas ni formar una escala independiente.

El Total Positivo agrupa dos subescalas:

— Animo-Alegría (AA), 8 ítems que aluden a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentarlas.

— Positivos Varios (PV), 10 ítems de tipo positivo (puntuados, igual que la escala anterior, en el polo opuesto; es decir, como ausencia de aspectos positivos) que no pudieron agruparse para formar una escala particular.

El cuestionario ha sido tipificado para población española (N=730) en un intervalo de edad de 8 a 14 años. Ofrece un índice de fiabilidad (K.R. 20) de 0,91 y 0,69 para las dos escalas totales, TD y TP, lo cual permite concluir que posee un adecuado nivel de consistencia. El manual no ofrece, por ahora, datos referidos a poblaciones clínicas.

Son varios los trabajos que han analizado diversos aspectos de esta escala. Rotundo y Hensley (1985) encontraron que la escala CDS discriminaba entre niños deprimidos, no deprimidos con diversos trastornos psiquiátricos y normales. Moretti y cols. (1985) encontraron diferencias entre un grupo de chicos con depresión mayor, según los criterios del DSM-III, y otro grupo con trastornos distímicos, de conducta y otras sintomatologías; pero la escala no diferenciaba entre estos tres últimos grupos.

Tonkin y Hudson (1981) y Kodaki (1980) encontraron que las niñas puntuaban más alto que los niños en las escalas PS y TD. Lang y Tisher (1978) no encontraron diferencias sig-

nificativas entre sexos; tampoco en la muestra española del manual de TEA (1983) se encontraron diferencias entre sexos.

Con referencia a la edad Kodaki (1980) observó que los niños mayores de 14 años puntuaban más alto en todas las subescalas de depresión, excepto en PM. Sin embargo en una muestra española de parecidas características (TEA, 1983) se observa que al aumentar la edad disminuyen las puntuaciones en las subescalas de depresión y aumentan las puntuaciones de las escalas positivas. Tonkin y Hudson (1981), por su parte informan que no hallaron diferencias significativas entre los distintos grupos de edad; Gardiner (1980) tampoco encontró diferencias significativas debidas a la edad o al sexo.

En este trabajo presentamos datos de la escala CDS referidos a población clínica de la ciudad de Barcelona.

## MUESTRA

La muestra está compuesta por 30 sujetos (18 chicos y 12 chicas), de edad promedio 12 años 3 meses y dispersión 2 años y 5 meses. Fue seleccionada entre 100 casos de consulta clínica extraescolar.

El motivo de consulta era diverso: trastornos de comportamiento y aprendizaje, trastorno de hiperactividad, problemas de ansiedad, tristeza, conflictos familiares... etc. La muestra fue recogida durante el segundo semestre del año 1988. El CDS sólo fue aplicado a 1/3 parte de la población consultante en la que se sospechaba la existencia de trastornos depresivos. Aproximadamente la mitad fue diagnosticada de depresión, a partir de su historial y evaluación clínica, y respondió al tratamiento con antidepresivos, junto a medidas cognitivo-conductuales de reestructuración ambiental y adiestramiento de padres.

## PROCEDIMIENTO

La escala ha sido aplicada como una prue-

ba más en el contexto de la evaluación clínica del sujeto. El modo de aplicación fue individual, usando las tarjetas del material suministrado por TEA (1983).

## RESULTADOS

Hemos dividido los sujetos en 4 grupos en función del sexo y del diagnóstico final: depresivos o no depresivos. En la Tabla I quedan especificados los 4 grupos.

**TABLA I**  
Grupos de sujetos en función del sexo y del diagnóstico clínico

Grupo	1		2		3		4	
Sexo	Varones				Mujeres			
Diagnóstico	Depresivos		No Depresivos		Depresivos		No Depresivos	
N	8		10		7		5	

Las tablas II y III son complementarias. En la II presentamos los datos estadísticos básicos (medias y desviaciones) para la muestra global y para los distintos subgrupos en que ésta puede reorganizarse, según sexo y diagnóstico clínico. En la III, ofrecemos los valores de U de Mann-Whitney, las z y los niveles de significación resultantes de la comparación de los sujetos, según sexo y diagnóstico.

Con referencia al diagnóstico clínico, los sujetos depresivos obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los no depresivos en las escalas PS, AE y TD. En relación a los datos normativos ofrecidos por TEA, los sujetos depresivos alcanzan en estas escalas los centiles 60, 70 y 60, respectivamente. Las escalas RA y AA apuntan en la dirección de una mayor puntuación por parte de los sujetos depresivos, aunque las diferencias con los no depresivos no alcanzan significación estadística. En relación a los datos normativos ofrecidos por TEA, los sujetos depresivos alcanzan en estas escalas los centiles 65 y 80.

**TABLA III**  
U y z de Mann-Whitney y niveles de significación, según diagnóstico clínico y sexo

	Depresivos			Hombres-Mujeres		
	No Depresivos					
	U	z	$\alpha$	U	z	$\alpha$
RA	78,5	1,41	NS	40,5	2,85	0,01
PS	61	2,13	0,05	41,5	2,81	0,05
AE	50	2,59	0,01	79	1,22	NS
PM	98,5	0,59	NS	85,5	0,95	NS
SC	87	1,06	NS	78	1,27	NS
DV	109,5	0,24	NS	65,5	1,70	NS
AA	75,5	1,53	NS	89,5	0,78	NS
PV	110	0,10	NS	89,5	0,78	NS
TP	86	1,01	NS	85,5	0,95	NS
TD	64,5	1,99	0,05	48	2,54	0,05

En relación al sexo, las chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en las escalas RA, PS y TD. Las escalas SC y DV apuntan también la existencia de una mayor puntuación entre las chicas aunque las diferencias con los varones no alcanzan significación estadística.

El análisis de la varianza de los cuatro grupos generados según sexo y diagnóstico clínico, analizados según Kruskal-Wallis, ofrece diferencias significativas en las escalas RA, PS, AE y TD (Tabla IV). En la escala RA, la variable sexo parece ser determinante de la elevación de las puntuaciones, ya que las chicas depresivas puntúan significativamente más

**TABLA IV**  
H de Kruskal-Wallis y nivel de significación para los 4 grupos generados según sexo y diagnóstico clínico

	H	$\alpha$
RA	9,525	0,02
PS	11,411	0,009
AE	7,729	0,05
PM	1,342	NS
SC	5,476	NS
DV	3,126	NS
AA	3,111	NS
PV	3,746	NS
TP	3,430	NS
TD	9,246	0,02

**TABLA II**  
**Puntuaciones medias y desviaciones estándar para el total de la muestra y diferentes grupos**  
**en función del sexo y diagnóstico**

		Muestra total	Chicos	Chicas	Depresivos	No depresivos
RA	$\bar{X}$	19,17	14,94	24,45	21,26	17,06
	$\sigma$	7,61	6,62	6,18	8,34	6,07
PS	$\bar{X}$	20,41	17,16	25,72	23,40	17,26
	$\sigma$	7,74	6,27	7,14	7,43	6,70
AE	$\bar{X}$	22,86	21,61	24,91	25,66	19,86
	$\sigma$	6,50	6,86	5,54	5,85	5,75
PM	$\bar{X}$	19,58	18,94	20,63	20,66	19,20
	$\sigma$	6,08	6,15	6,12	4,08	7,47
SC	$\bar{X}$	23,96	22,77	25,91	25,73	22,46
	$\sigma$	6,10	6,24	5,59	5,56	6,24
DV	$\bar{X}$	28,79	27,27	31,27	29,20	28,60
	$\sigma$	6,15	6,05	5,73	6,33	6,37
AA	$\bar{X}$	20,17	19,44	21,36	21,66	18,46
	$\sigma$	5,65	5,25	6,34	5,70	5,16
PV	$\bar{X}$	26,58	25,89	27,72	26,20	26,60
	$\sigma$	5,29	5,90	4,12	5,24	5,53
TP	$\bar{X}$	46,48	44,89	49,09	48,00	44,40
	$\sigma$	8,89	8,79	8,85	8,74	8,94
TD	$\bar{X}$	134,96	123,72	153,36	146,26	124,53
	$\sigma$	31,31	27,48	29,36	28,99	29,65

**TABLA V**  
**Matriz de correlaciones**

	Edad	RA	PS	AE	PM	SC	DV	AA	PV	TP	TD
Edad	1.00000										
RA	.02599	1.00000									
PS	.13858	.75709	1.00000								
AE	-.21963	.63456	.65064	1.00000							
PM	-.01741	.56192	.40556	.36872	1.00000						
SC	-.14625	.28636	.49120	.50905	.18427	1.00000					
DV	.03418	.68328	.53116	.46610	.68408	.35583	1.00000				
AA	.43207	.31053	.36373	.02257	.33945	-.17890	.22721	1.00000			
PV	.18425	.06779	.18176	-.19784	.07061	.02992	.13513	.21202	1.00000		
TP	.43678	.28020	.38262	-.04540	.26101	-.10707	.17617	.80498	.71527	1.00000	
TD	-.02107	.87099	.85301	.78635	.67814	.60390	.79834	.24633	.07190	.22127	1.00000

Critical Value (1-Tail, .05) = + Or - .30645

Critical Value (2-Tail, .05) = ± .36034

N = 30

alto que las chicas no depresivas, seguidas de los varones depresivos y, finalmente, los varones no depresivos. Este patrón de puntuación se repite, también, en las escalas PS y TD. En la escala AE, las puntuaciones significativamente más altas obedecen a la variable clínica. Los sujetos depresivos puntúan más alto que los no depresivos, y en cada grupo, las chicas puntúan más alto que los chicos.

La edad correlaciona positivamente, de forma significativa, con las escalas AA y TP (Tabla V). Las escalas depresivas mantienen entre sí correlaciones positivas y significativas, a excepción de la escala SC, que no correlaciona con RA ni con PM. En un análisis detallado de las correlaciones entre las distintas escalas, diferenciando el grupo depresivo del no depresivo, encontramos que esta escala (SC) no correlaciona, en el grupo depresivo, con ninguna de las otras escalas depresivas. En cambio, en el subgrupo no depresivo, correlaciona significativamente con PS y AE. En efecto, el contenido de los ítems de la escala SC está más explícitamente relacionado con preocupaciones de tipo familiar y autoestima, que con sentimientos de culpa propiamente dichos.

## CONCLUSIONES

Destacamos, en primer lugar, que las chicas obtienen puntuaciones más altas que los chicos, en las escalas RA, PS y TD. Este patrón de respuestas ya ha sido encontrado en otros estudios (Tonkin y Hudson, 1981 y Kodaki, 1980).

El grupo de sujetos depresivos se caracteriza por manifestar dificultades en la relación e interacción social y baja autoestima. Presentan, además, un elevado grado de insatisfacción y dificultades para disfrutar de las experiencias positivas y agradables de la vida diaria.

Las escalas PV y DV, que agrupan ítems no categorizables en las dimensiones determinadas por las autoras, no discriminan a los sujetos en función del sexo. En relación a la sin-

tomatología clínica, presentan estadísticos muy parecidos y, evidentemente, no discriminan.

La escala SC ayuda poco a la diferenciación de la alteración depresiva, ya que no correlaciona con TD. Creemos que más que medir sentimientos de culpa, propiamente dichos, la escala aprecia preocupaciones de relación paterno-filial y autoestima.

La escala AE es de excepcional importancia para la identificación de problemas de orden depresivo, tanto en varones como en mujeres. Presenta una elevada correlación con el total depresivo (0,786) y diferencia significativamente ( $p < 0,01$ ) sujetos depresivos de otras alteraciones.

La edad tiene un efecto diferenciador sobre las puntuaciones obtenidas por los sujetos. Al aumentar la edad, disminuyen las puntuaciones en las escalas depresivas y aumentan en las escalas positivas. A partir de los doce años, los sujetos depresivos, obtienen puntuaciones elevadas en las escalas AA y TP, mientras que las escalas depresivas se mantienen dentro de la normalidad o altas.

El hecho de que el grupo depresivo haya respondido positivamente al tratamiento nos induce a pensar que los datos que presentamos pueden ayudar a la evaluación de la severidad de la sintomatología depresiva.

## Bibliografía

- BIRLESON, P.: Validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 1981; 22: 73-88.
- BROWN, L. y HAMMILL, D.D.: *Behavior Rating Profile*. Austin. PRO-ED. 1978-1983.
- CANTWELL, D.P. y CARLSON, G.A.: *Affective disorders in childhood and adolescence*. Nueva York. Spectrum (Traducción española: *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona. Martínez Roca, 1987). 1983.
- CARLSON, G.A. y CANTWELL, D.P.: A survey of depressive symptoms, syndrome, and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Child Psychology Psychiatry and Allied Disciplines*. 1980; 21: 19-25.
- HRESKO, W.P. y BROWN, L.: *Test of Early Socioemotional Development*. Austin. PRO-ED. 1984.

- KODAKI.: Citado por Tisher, M. y Lang, M. (1983): La escala de depresión para niños: revisión y perspectivas. En Cantwell, D.P. y Carlson, G.A. (1983), obra citada. 1980.
- KOVACS, M. y BECK, A.T.: An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En Schulterbrandt, J.G. y Raskin, A. (Eds.): Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models. Nueva York. Raven. 1977.
- LANG, M. y TISHER, M.: CDS, Childrens Depression Scale. Australian Council for Educational Research. (1983): CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Madrid. TEA. 1978.
- MORETTI, M.M., FINE, S., HALEY, M.A. y MARRIAGE, M.B.: Childhood and adolescent depression: Child-report versus parent report information. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1985; 24: 3, 298-302.
- POLAINO-LORENTE, A.: Evaluación de la Depresión. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobbles: Evaluación Conductual. Madrid. Pirámide. (1985): Psicopatología de la Depresión: Parámetros neurofisiológicos y terapias cognitivas. En J. Mayor (Ed.): Actividad humana y procesos cognitivos. Madrid. Alhambra. 1981.
- POLAINO-LORENTE, A. y cols.: Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 1988.
- REHM, L.P., GORDON-LEVENTON, B. e IVENS, C.: Depresión. En Frame, C. y Matson, J.L. Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology. Applied Issues in Differential Diagnosis and Treatment Evaluation. New York. Plenum Press. 1987.
- ROTUNDO, N. y HENSLEY, V.R.: The Children's Depression Scale. A study of its validity. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1985; 26: 917-927.
- SOKOLOFF, R. y LUBIN, B.: Depressive mood in adolescent, emotionally disturbed females: Reliability and validity of an adjective checklist (C-DACL). Journal of Abnormal Child Psychology, 1983; 11: 531-536.
- TONKIN, G. y HUDSON, A.: The Children's Depression Scale: some additional psychometric data. Australian Council for Educational Research Bulletin for Psychologists. 1981; 30: 11-18.
- WALKER, D.K.: Socioemotional measures for preschool and kindergarten children. San Francisco. Jossey-Bass. 1973.
- WEISSMAN, M.M., ORVASCHEL, H. y PADIAN, N.: Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mother's and children's report. Journal of Nervous and Mental Diseases. 1980; 168: 736-740.
- WIRT, R.D., LACHARD, D., KLINEDIENTS, J. y SEAT, P.D.: Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children. Los Angeles. Western Psychological Services. 1977.

# Tratamiento del niño hiperquinético con tricíclicos

J. Cornellà i Canals

Girona

## RESUMEN

En esta comunicación se recogen los distintos tratamientos propuestos para el manejo del niño hiperquinético. Se exponen los resultados de tratar a 17 niños, todos ellos del sexo masculino, con maprotilina. Los resultados fueron positivos en un 70 por ciento de los casos, sin observar ningún efecto secundario y siendo buena la tolerancia en todos ellos. Se discuten los tratamientos farmacológicos, y se propone que dichos tratamientos deben servir para facilitar el abordaje pedagógico del niño hiperquinético y su comprensión a niveles de padres y profesores.

**Palabras clave:** Hiperquinesia. Psicofarmacología. Maprotilina.

*«El cerebro humano representa un mundo donde figuran algunos continentes explorados y vastas tierras ignotas».*

Santiago Ramón y Cajal

Es de fácil comprobación como existe mucha más investigación y un mayor número de publicaciones acerca de la hiperactividad que sobre cualquier otro problema del comportamiento en la infancia (1). También es de fácil comprobación la polémica que, desde hace

años, viene desarrollándose en la literatura médica sobre la extensión y comprensión del niño hiperactivo. ¿Se trata de un síntoma o de un síndrome? Sin duda, uno de los primeros problemas con que nos encontramos al elaborar cualquier proyecto de investigación acerca de esta entidad nosológica, es el de la denominación. Schain (2), al final de una larga revisión sale al paso de este problema conceptual afirmando que ha llegado a la conclusión de que los términos «trastorno del aprendizaje», «trastornos de conducta hiperactiva» y «disfunción cerebral mínima» son intercambiables desde un punto de vista práctico y clínico. Por ello, creemos que puede ser útil, si bien no exista un consenso, el término propuesto en el D.S.M. III (3): «Trastorno por déficit de atención con hiperactividad».

No nos detendremos en los aspectos de etiología, diagnóstico, diagnóstico diferencial y evolución. Todos ellos merecen nuestra atención, pero podrían dar lugar a más de un centenar de comunicaciones más.

El objetivo de nuestro trabajo se centra en los aspectos terapéuticos del niño hiperactivo y en la comunicación de nuestros resultados obtenidos mediante el empleo de antidepresivos, concretamente la maprotilina.

## INTRODUCCIÓN

Frecuentemente, el profesional de la pediatría o de la psicopediatría se encuentra ante el problema de orientar el enfoque diagnósti-

co y terapéutico de un niño hiperactivo. Frecuentemente, acude a consulta cuando ya están presentes los problemas de aprendizaje en la escuela y, muchas veces, acude a instancia de los profesores o tutores, pues el problema presentado es, primariamente, de tipo educacional. También, con frecuencia, nos encontramos con cierta resistencia a los tratamientos con psicofármacos, especialmente por parte de los propios padres, de los maestros, o de profesionales de la psicología. Por ello, antes de decidirnos sobre la estrategia terapéutica a seguir, es importante una entrevista con los padres y maestros, a fin de explicar sus efectos, sus posibilidades de acción e incluso sus limitaciones. Creemos que debe quedar bien claro que ninguna medicación aliviará el mal humor ni contrarrestará la enseñanza deficiente. Asimismo, como indica Schovalter (1), la medicación no actúa sobre las clases sobrecargadas de alumnos ni sobre la falta de comprensión de padres y profesores. O, como indican O'Leary y Pelham (4), además de los estimulantes, para una mejoría del comportamiento, es igualmente efectiva una suficiente motivación.

El profesor Sánchez Turet, en una revisión (5) explica la gran controversia suscitada en torno al tratamiento de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad teniendo en cuenta recientes corrientes de antipsiquiatría que consideran que la psicofarmacología no es más que una camisa de fuerza química. Pero en el mismo trabajo advierte sobre la falta de evidencia definitiva sobre la temporalidad de los efectos secundarios a largo plazo, tanto en el plano del desarrollo ponderoestatural como en el de la adición a medicamentos, y aboga en favor de una más exigente línea de investigación, cuidadosamente diseñada y éticamente ejecutada.

Las pautas de tratamiento propuestas en los trastornos por déficit de atención con hiperactividad se basan principalmente en la utilización de psicoestimulantes, neurolépticos y antidepresivos tricíclicos. Cada grupo de estos psicofármacos tiene sus defensores y, como no, sus detractores.

## 1. Psicoestimulantes

Entre los psicoestimulantes debemos considerar los simpaticomiméticos, de estructura semejante a las catecolaminas endógenas, la cafeína y el deanol. Este último, facilitador de la síntesis de acetilcolina por transformación directa o indirecta en colina (6) parece ser poco eficaz y de acción discutible (5, 6), si bien algún autor obtiene buenos resultados en la atención, concentración e interés por el estudio (7).

Son sin duda los fármacos simpaticomiméticos los más utilizados y mayormente estudiados. Nos referimos a la dextro-anfetamina, la bencedrina, el metilfenidato y la pemolina.

El metilfenidato tiene estructura anfetamínica y los sitios y mecanismos de acción son comparables (no similares) a los de la anfetamina. Hay muchos trabajos que avalan el efecto paradójicamente beneficioso del metilfenidato (8, 9, 10, 11), si bien no específico (12, 13, 14, 15), a dosis bajas de 0,3 mg/Kg/día (16, 17). Pero se reconoce la dificultad de llevar a la práctica una evaluación objetiva del tratamiento (18). Entre los efectos secundarios se han descrito casos de hipersensibilidad (19) y retraso transitorio del desarrollo estatural (20, 21). En niños no se ha descrito ningún caso de adicción (18, 22), siendo el peligro más real en el adolescente (22).

La pemolina tiene propiedades psicoestimulantes parecidas a la anfetamina y al metilfenidato. Contra lo anteriormente supuesto, no mejora la memoria ni el aprendizaje (6), apareciendo como reacciones adversas insomnio, anorexia, palpitaciones e intranquilidad (6), así como retraso en el desarrollo estatural por acción directa sobre el cartílago de crecimiento (23).

La cafeína tiene poco interés, si bien hay quien aboga por la administración de una buena taza de café bien cargado con el desayuno (24).

## 2. Neurolépticos

Han sido utilizadas las fenotiacinas y las dosis bajas de haloperidol, con escaso éxito. Las

bases neurofisiológicas que justifiquen su empleo no son bien conocidas (25).

### 3. Antidepresivos tricíclicos

No entramos en consideración de tratamientos con IMAO realizados por algunos autores (26, 27) por el peligro de sus efectos secundarios en el niño.

Los antidepresivos tricíclicos tienen sus defensores, autores que obtienen efectos beneficiosos con dichos fármacos (28, 29) y que los recomiendan sobre los psicoestimulantes, al destacar su menor toxicidad y la mayor duración de su acción farmacológica (30, 31).

### 4. Otros tratamientos

Seguramente que ninguna otra entidad nosológica ha admitido a lo largo de su historia natural tantos tratamientos como los trastornos de atención con impulsividad. Ha habido quien, como Feingold (32, 33) ha propuesto dietas exentas de aditivos y de salicilatos. Dieta que tiene sus detractores (34) y sus defensores, que encuentran una acción beneficiosa en un grupo de preescolares (35).

Otros tratamientos se han hecho con dosis elevadas de piritoxina (36), con tiapride (37), con clonidina (38), con carbamacepina (39) y hasta suprimiendo la sacarosa de la dieta (40). Seguiría un largo etcétera.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha estudiado un total de 28 niños, todos ellos varones, que acudieron a consulta por presentar sintomatología hiperquinética. De ellos, se excluyó uno del estudio por presentar una oligofrenia moderada. Los 27 restantes, tenían unos cocientes intelectuales situados en los percentiles de normalidad y no presentaban alteraciones ni anomalías sensoriales ni neurológicas de interés patológico demostrable. Las edades oscilaban entre los 4 y los

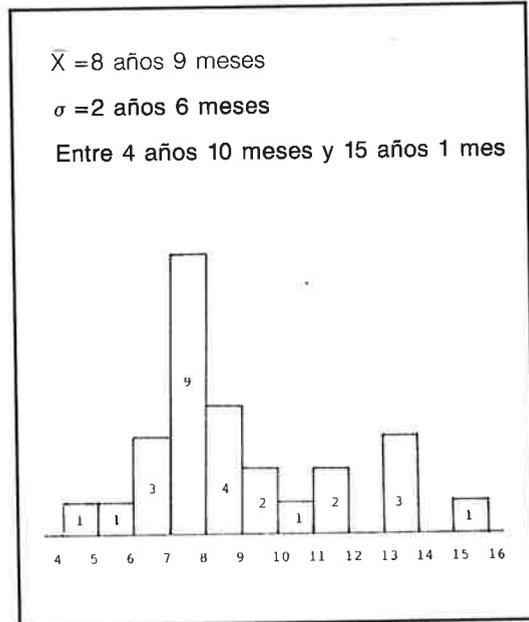


Fig. 1. DISTRIBUCION POR EDADES.

16 años, siendo la media de 8 años y nueve meses, con una desviación estándar de 2 años y medio (Figura 1). Todos ellos cumplían los requisitos determinados por el D.S.M. III (3) para ser identificados como «trastorno por déficit de atención con hiperactividad» (314.01).

Entre los antecedentes familiares, la mayoría eran negativos (25/27). En un caso los padres estaban separados y en otro el niño había sido adoptado. No se registraron antecedentes de interés patológico (enfermedades crónicas, epilepsia, enfermedades neurológicas).

Entre los antecedentes personales, habían 6 casos de anoxia neonatal moderada, 3 de bajo peso para su edad gestacional, 1 padeció una deshidratación grave durante el primer mes de vida y en 1 caso, sus antecedentes eran desconocidos. Los restantes 16 casos no tenían antecedentes personales de interés patológico.

El lugar que los pacientes estudiados ocupaban en la fratría no mostraba ningún dato significativo. Nueve eran los primogénitos, cinco eran hijos únicos, y cinco ocupaban el se-

gundo lugar. Seis de los niños eran los benjamines de sus familias.

El rendimiento escolar era malo en casi la mitad de los niños estudiados (48,1%), siendo regular en un 18% y aceptable o bueno en una tercera parte (33%).

**TABLA I**  
(Sintomatología asociada)

Agresividad	9	33,3%
Labilidad emocional	8	29,6%
Obstinación	7	25,9%
Enuresis nocturna	7	25,9%
Negativismo	6	22,2%
Tartamudez	5	18,5%
Baja Autoestima	3	11,1%
Indisciplina	3	11,1%
Encopresis	3	11,1%
Sonambulismo	3	11,1%
Baja tolerancia frustración	2	7,4%
Terrores nocturnos	2	7,4%

Además de la hipercinesia, falta de atención e impulsividad características, presentaban otros síntomas asociados que se recogen en la Tabla I. Destacan por su frecuencia la agresividad, la labilidad emocional, la obstinación, el negativismo y la enuresis nocturna. En casi la mitad de los casos (12/27) se encontró en la exploración los llamados signos suaves de disfunción cerebral, descritos por Touwen (41) en su monografía. El E.E.G. fue completamente normal en un 35% de los casos, mostraba signos de inmadurez neuro-biológica en comparación con los trazados propios de la edad en un 60% de casos, y mostraba focalidades inespecíficas en un 13% de los casos.

En 12 casos se evaluó la excreción de M.H.P.G. (metabolito urinario de la noradrenalina) en orina de 24 horas, encontrando unos valores inferiores a los dados como normales por el laboratorio en 7 casos, valores medios normales en 4 casos y valores superiores en 1 solo caso.

El estudio psicológico fue normal en cuanto a la inteligencia, obteniendo en el W.I.S.C. unas puntuaciones normales, pero con frecuentes disparidades en los diferentes subtests,

y unas diferencias entre los C.I. Verbal y Manipulativo superiores a 15 puntos en 20 de los sujetos estudiados. Era deficiente el resultado obtenido en las pruebas de atención y en la prueba de Bender en la práctica mayoría de los niños. Se pasó el cuestionario de la Depresión de Beck, en adaptación al castellano por Rodríguez Sacristán, y las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems concuerdan con las dadas para una población normal de niños de estas edades; sólo en un caso se obtuvo una puntuación muy alta (de 9), se trata de un niño de 13 años cuyos padres se habían separado recientemente.

Para el tratamiento se utilizaron el metilfenidato en un caso, la carbamacepina en otro, tiaprizal en otro, piritioxina en otro y maprotilina en 17 casos. Un solo caso rehusó el tratamiento.

La utilización de la maprotilina responde al interés que nos suscitan los diversos trabajos que existen sobre la utilización de los antidepresivos en el tratamiento del niño hiperquínético y que ya han sido comentados en la introducción. Recientemente, Taylor (25) recoge diversas experiencias positivas en su monografía.

Sabemos que la acción del metilfenidato se centra en el aumento de liberación de noradrenalina en el espacio intersináptico y que la acción de los antidepresivos consiste también en aumentar la cantidad de neurotransmisor en dicho espacio a fin de activar los correspondientes receptores post-sinápticos. La más reciente hipótesis (6) afirma que la acción de los antidepresivos tiene lugar en la membrana neuronal post-sináptica, disminuyendo la sensibilidad de un sistema adenilciclasa ligado a los receptores noradrenérgicos del córtex y de las áreas límbicas, aumentando por tanto la cantidad de noradrenalina liberada. Existe, por tanto, cierta coincidencia entre ambos mecanismos de acción. Y, como entre los antidepresivos tricíclicos, es conocida la selectividad de la maprotilina por los sistemas noradrenérgicos, nos pareció ensayar este fármaco en 17 pacientes.

La dosis utilizada de maprotilina se situó

**TABLA II**  
**(Evolución)**

Fármaco	N.º	Evolución a 1 mes			Evolución a 3 meses			Evolución a 6 meses		
		B	R	M	B	R	M	B	R	M
Maprotilina	17	12	3	0	10	2	0	4	1	1
Tiapride	1	0	0	1*						
Carbamacepina	1	0	0	1*						
Metilfenidato	1	0	0	1*						
Piritioxina	6	5	0	1	4	0	0	1	0	0

\*Se efectuó un segundo tratamiento con maprotilina, evolucionando favorablemente dos casos a los 6 meses de control.

alrededor de 1 mg/Kg/día, en una sola toma vespertina, y se hicieron controles al mes, a los tres meses y a los 6 meses.

tes, de los cuales 4 tienen una evolución favorable, uno regular y uno mala.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos se exponen en la Tabla II. No se obtuvo ningún éxito en los niños tratados con tiapride, con metilfenidato o con carbamacepina, aunque somos conscientes que un solo caso tratado con cada uno de estos fármacos no es significativo de nada. Queremos destacar que no acostumbramos a emplear la carbamacepina como psicofármaco. El respeto que nos merecen los antiepilépticos, nos obligan a reservarlos para su exclusivo uso como anticomiciales. En nuestro paciente, se trató de respetar el tratamiento que llevaba prescrito por otro profesional.

El resultado obtenido con la piritioxina es bastante bueno al mes de tratamiento, utilizando, eso sí, dosis elevadas. Concuerdan nuestros resultados con los del Dr. Romeu en el Hospital de San Rafael (36).

La maprotilina se ha revelado eficaz en 12 de los niños tratados, siendo regulares los resultados en otros 3. Otros 2 pacientes no acudieron al control. Es decir, al mes de tratamiento, los resultados positivos eran del 70,5%. A los tres meses acudieron a control 12 de los 17 pacientes del inicio del estudio, con un resultado bueno en 10 de ellos y regular en dos. A los seis meses de iniciado el estudio, ya sólo acuden a control seis pacien-

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados que hemos obtenido en el tratamiento de niños hiperactivos con maprotilina se acercan a los obtenidos por otros autores con otros distintos fármacos. Así, por ejemplo, Barkley (15), el introductor de los tratamientos con psicoestimulantes, obtiene unos resultados positivos del 74% con la dextroamfetamina, del 77% con el metilfenidato, del 73% en la pemolina y de un 39% utilizando placebo. Martín Sánchez y cols. (9) obtienen unos resultados positivos utilizando el metilfenidato en un 69% de los casos tratados. Y así podríamos seguir con los resultados de otros autores, que suelen oscilar entre el 60 y 75% de resultados positivos.

Con la maprotilina no hemos observado ningún efecto secundario indeseable, y la tolerancia ha sido excelente por parte de los niños del presente estudio.

Del análisis de nuestros resultados, no se puede desprender ningún dato que nos lleve a poder predecir cuales van a ser los niños que responderán bien al tratamiento. No tienen pues, a nuestro entender y al de la bibliografía consultada, ningún valor predictivo los datos suministrados por la anamnesis, ni por la exploración neurológica o psicológica, ni tan sólo, por el momento, las pruebas de laboratorio.

Al terminar este trabajo sólo nos queda una meditación final sobre el niño hiperquinético, el niño que presenta trastornos por déficit de atención con hiperquinesia. Con Pérez Olmos (42) preferiremos hablar de su «asistencia» más que de su «tratamiento». Asistencia que debe ser global, amplia y multiprofesional. El papel de la medicación estaría sobre todo en facilitar la adaptación del niño a su entorno (familiar, escolar) y la adaptación de dicho entorno al niño. El niño hiperquinético es, con frecuencia, incómodo para padres y profesores, así como para sus compañeros de juegos y de clase. La medicación puede abrirnos un camino para luego poder actuar a nivel de orientación familiar dirigida a los padres, y orientaciones concretas de educación y de reeducación dirigidas a los maestros. En este sentido, la maprotilina se ha mostrado eficaz.

## Bibliografía

- SCHOWALTER, J.E.: Prestando atención a los trastornos del déficit de atención. *Pediatrics* (ed. esp.) 1979; 8: 229-230.
- SCHAIN, R.J.: Etiology and early manifestations of M.B.D. En: Millichap, J.G.: *Learning disabilities and related disorders: facts and current issues*. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1977.
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. American Psychiatric Association. Masson, S.A. Barcelona, 1984.
- O'LEARY, S.G. y PELHAM, W.E.: Behavior therapy and withdrawal of stimulant medication in hyperactive children. *Pediatrics* 1978; 61: 211-223.
- SÁNCHEZ TURET, M.: Tratamiento psicofarmacológico en los trastornos de atención con hiperactividad. *Arch. Pediatr.* 1984; 35: 437-444.
- FLÓREZ, J., ARMIJO, J.A., MEDIAVILLA, A.: *Compendio de Farmacología Humana*. EUNSA, Pamplona, 1980.
- MISES, R.: Médication psycho-stimulante chez l'enfant. *Med. et Hyg.* 1979; 37: 3664-3666.
- THURSTON, C.M., SOBOL, M.P., SWANSON, T. y KINSBOURNE, M.: Effects of Methylphenidate (Ritalin) on selective Attention in Hyperactive Children. *J. Abnorm. Child Psychol.* 1979; 7 (4): 471-481.
- MARTINÓN SÁNCHEZ, M.L., MARTINÓN SÁNCHEZ, M.M., CASARES MOURIÑO, F.J., VISO LORENZO, J.A., FARIÑA GUERRERO, P. y MARTINÓN SÁNCHEZ, F.: Sobre la etiología y la terapéutica de la Disfunción Cerebral Mínima. *Pediatika* 1983; 3 (2): 70-78.
- SHOUSE, M.N. y LUBAR, J.F.: Physiological basis of Hyperkinesis treated with Methylphenidate. *Pediatrics* 1978; 62 (3): 343-351.
- CHARLES, L., SCHAIN, R.J., ZELNIKER, T. y GUTHRIE, D.: Effects of Methylphenidate on hyperactive children's Ability to Sustain Attention. *Pediatrics* 1979; 64 (4): 412-418.
- RAPOPORT, J.L., BUSHBAUM, M.D. y ZOHAN, T.P.: Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. *Science* 1978; 199: 560-563.
- ZOHAN, T.P., RAPOPORT, J.L. y THOMPSON, C.L.: Autonomic and behavioral effects of dextroamphetamine and placebo in normal and hyperactive prepubertal boys. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 1980; 8: 145-160.
- SROUFE, L.A.: Drug treatment of children with behavior problems. *Rev. Child. Dev. Research.* 1975; 4: 347-407.
- BARKLEY, R.A.: A review of stimulant drug research with hyperactive children. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1977; 18: 137-165.
- BROWN, R.T., WYNNE, M.E., SLIMMER, L.W.: Attention Deficit Disorder and the effect of Methylphenidate on Attention, Behavioral and Cardiovascular Functioning. *J. Clin. Psychiatry* 1984; 45: 473-476.
- BROWN, R.T. y SLEATOR, E.K.: Metilfenidato en niños hiperactivos: diferencias en los efectos de las dosis sobre el comportamiento impulsivo. *Pediatrics* (ed. esp.) 1979; 8 (4): 243-246.
- PASCUAL CASTROVIEJO, I.: *Neurología Infantil* (II Tomo), Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1984.
- SVERD, J., HURWIC, M.J., DAVID, O. y WINSBERG, B.G.: Hipersensibilidad al metilfenidato y a la dextrofenetamina: informe sobre dos casos. *Pediatrics* (ed. esp.) 1977; 3 (1): 88-90.
- KILGORE, B.S., DICKINSON, L.C., BURNETT, Ch. R., LEE, J., SCHEDEWIE, H.K. y ELDERS, M.J.: Alterations in cartilage metabolism by neurostimulant drugs. *J. Pediatr.* 1979; 94 (4): 542-545.
- ROCHE, A.F., LIPMAN, R.S., OVERALL, J.E. y HUNG, W.: Efectos de los fármacos estimulantes sobre el crecimiento de los niños hipericinéticos. *Pediatrics* (ed. esp.) 1979; 7 (6): 482-486.
- AJURIAGUERRA, J.: La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1970.
- DICKINSON, L.C., LEE, J., RINGDAHL, I.C., SCHEDEWIE, H.K., KILGORE, B.S. y ELDERS, M.J.: Impaired growth in hyperkinetic children receiving pemoline. *J. Pediatr.* 1979; 94 (4): 538-541.
- HARVEY, D.H.P. y MARCH, R.W.: The effects of decaffeinated coffee versus whole coffee on hyperactive children. *Develop Med. Child. Neurol.* 1978; 20: 81-86.
- TAYLOR, E.A.: *The overactive child. Clinics in Developmental Medicine*, n.º 97, S.I.M.P., London, 1986.

26. ZAMERKIN, A., RAPOPORT, J.L., MURPHY, D.L., LINNOILA, M., ISMOND, D.: Treatment of hyperactive children with monoamine oxidase inhibitors. I: Clinical efficacy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985; 42: 962-968.
27. ZAMERKIN, A., RAPOPORT, J.L., MURPHY, D.L., LINNOILA, M., KAROUM, F., POTTER, W.Z., ISMOND, D.: Treatment of hyperactive children with monoamine oxidase inhibitors. II: Plasma and urinary monoamine findings after treatment. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985; 42: 969-976.
28. HUESSEY, H.R., WRIGHT, A.L.: The use of Imipramine in children's behavior disorders. *Acta Paedopsychiatrica* 1970; 37: 194-199.
29. HUESSEY, H.R.: Imipramine for attention deficit disorders. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140: 272-276.
30. RAPOPORT, J.L., BRADBARD, G., RIDDLE, D., BROOKS, E.: Imipramine and methylphenidate treatments of hyperactive boys. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974; 30: 789-793.
31. WERRY, J.S., DIAMOND, E.: Imipramine and methylphenidate in hyperactive children. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1980; 21: 27-35.
32. FEINGOLD, B.: Food additives and child development. *Hospital Practice* 1973; 8: 10-12.
33. FEINGOLD, B.: Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavors and colors. *Am. J. Nurs.* 1975; 75: 797-801.
34. STARE, F.J., WHELAN, E.M. y SHERIDAN, M.: Dieta e hiperactividad. ¿Existe una relación? *Pediatrics* (ed. esp.) 1980; 10 (4): 316.
35. HARLEY, J.P., RAY, R.S. y TOMASI, L.: Hyperkinesis and food additives: testing the Feingold hypothesis. *Pediatrics* 1978; 61: 818-821.
36. ROMEU, J.: Efecto activador de la pirritoxina en cuadros de Disfunción Cerebral Mínima. Ensayo de dos pautas de dosificación. *Rev. Med. Klinik* 1976; 183: 62-68.
37. DEBRAY-RITZEN, P. y HERBAUT, M.: Inestabilidad psychomotrice de l'enfant. A propos de cinquante cas. Comunicación al Congreso de Psico-Neurología en Lengua Francesa, Colmar, 1981.
38. HUNT, R.D.: La Clonidina en los niños con falta de atención e hiperactividad. Resumen en MTA-*Pediatría* 1986; 7 (5): 289.
39. MOGUILNER DE WEIS, M.L., DE MONK, C.G., CHARDON, M.C., WAITZ, A.M.: Enfoque diagnóstico y terapéutico del niño turbulento. *Sem. Med.* 1974; 144 (26): 784-790.
40. GROSS, M.D.: Efecto de la sacarosa en los niños hiperquinéticos. *Pediatrics* (ed. esp.) 1984; 18 (5): 336-338.
41. TOUWEN, B.C.L.: Examination of the Child with Minor Neurological Disfunction (2.ª Ed.). *Clinics on Developmental Medicine*, n.º 71, S.I.M.P., London, 1979.
42. PÉREZ OLMOS, D.: Introducción al problema de la disfunción cerebral mínimia (D.C.M.): una revisión desde el enfoque psicológico. *Psiquis* 1985; 6 (2): 70-78.

# Tratamiento con ciproheptadina en la anorexia mental del adolescente

J. Tomás\*, I. Paredes\*\*, N. Bassas\*\*

Barcelona

## RESUMEN

Hemos realizado un estudio con 20 casos de pacientes anoréxicos mentales adolescentes (17 hembras y 3 varones), a los que se les administró Clorhidrato de Ciproheptadina.

Este fármaco, antagonista de la histamina y la serotonina, estimulante del apetito, demostró su eficacia en el tratamiento de la Anorexia Mental.

Los resultados obtenidos nos parecen de interés, puesto que se obtuvo un incremento de peso significativo y, a la par, una modificación del cuadro clínico general.

A nivel global, la evolución fue satisfactoria en el 70% de los casos. Tal mejoría, creemos que obliga a replantearse las medidas generales terapéuticas frente a la Anorexia Mental y puede facilitar en algunos casos, la evitación de la separación ambiental como medida terapéutica fundamental.

**Palabras clave:** Clorhidrato de Ciproheptadina. Anorexia Mental. Adolescencia.

## INTRODUCCIÓN

La Anorexia Mental (A.M.) o Anorexia Nerviosa (A.N.), es un trastorno de origen psíquico, cuya repercusión somática sitúa el problema en el ámbito de la patología psicósomática.

Junto al trastorno de la conducta alimentaria, se añaden otros igualmente importantes, que configuran el llamado «Síndrome de las tres A»: Adelgazamiento, Anorexia y Amenorrea. Su inicio generalmente se sitúa en las etapas de la pubertad y adolescencia, y es más frecuente su preferencia por el sexo femenino y el aumento de su incidencia en los últimos veinte años.

El adelgazamiento a menudo sobrepasa el 25% del peso inicial, pudiendo llegar alguna vez a más del 50%. La valoración con valor diagnóstico se realiza, según que autores, a partir del 10% o 25% de pérdida.

En nuestra casuística revisada, que fue objeto de una publicación anterior, la amenorrea en el 55% de los casos coincide con el inicio de la A.M., en el 16% la precede y en el 25% la sigue. La amenorrea puede ser primaria o secundaria (1, 2, 3).

Junto a esta tríada básica se aprecia la ausencia de trastornos mentales mayores.

Referente a la evolución no hay descritas remisiones espontáneas. La A.M. puede llegar a cronificarse de tal forma que dure de 15 a 20 años. El peso es lo que más fácilmente se

\* Prof. Responsable de Psiquiatría, Unidad Docente Vall d'Hebrón, Depart. de Farmacología y Psiquiatría, U.A.B. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Materno-Infantil, Vall d'Hebrón, Barcelona.

\*\* Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Materno-Infantil, Vall d'Hebrón, Barcelona.

normaliza y la amenorrea lo que se resuelve más tardíamente. El 50% presenta una vida social, profesional y sexual insatisfactoria. A menudo se acompaña de fases de obesidad.

La perturbación fundamental de la estructura de estos pacientes se sitúa en relación a las dificultades precoces de la organización de la personalidad y al fracaso que significa la pubertad, para cada uno de ellos, por no disponer, en este estadio fundamental del desarrollo, de recursos suficientes en el aparato del Yo.

El enfoque terapéutico se desarrolla en diversas pautas. Por una parte, se considera una condición indispensable la hospitalización o separación ambiental del paciente, buscando un aislamiento total del medio familiar, a fin de enfrentarlo consigo mismo y romper su dependencia, creando una situación de exigencia de individuación. Muchas veces, la hospitalización se utiliza como período intermedio para encontrar una familia sustituta paraemplazar a la niña. En otros casos, se aprovechará la hospitalización para efectuar una reorientación, que, si existe una pérdida ponderal excesiva, será forzada. La alimentación parenteral es una medida excepcional.

La siguiente pauta terapéutica es la psicoterapia individual, efectuada en dos sesiones semanales, durante un promedio de 12 meses a 2 años y medio, hasta la resolución total del cuadro anoréxico, asociada a soporte terapéutico parental.

Las conclusiones en nuestra revisión nos llevaron a considerar la separación ambiental y la psicoterapia individual como factores imprescindibles para la resolución de la A.M., con un éxito terapéutico del 66%. El 28% abandonaron el tratamiento antes de su finalización y el 6% no practicaron la separación ambiental o evolucionaron a una enfermedad psiquiátrica mayor. El tratamiento psicofarmacológico, generalmente con antidepresivos tricíclicos, no ayudaba a la resolución del caso e incluso parecía alargar el proceso y la amenorrea se resolvía más tardíamente. Con otros psicofármacos nuestros resultados fueron totalmente inespecíficos (4).

La bibliografía revisada puso de manifiesto que el uso del Clorhidrato de Ciproheptadina, a dosis media de 100-130 mgr. al día producía una mejoría evolutiva del peso corporal y de la actividad relacional en la A.M. (5, 6, 7, 8, 9).

En los estudios de Lavenstein (1962), Bergen (1964), Kofman (1968) y Francini (1967) se demostró que el incremento de peso en las ratas es más significativo durante el tratamiento con el Clh. de Ciproheptadina que no durante la administración de un placebo o algún otro agente antialérgico (10, 11).

Francini y colaboradores observaron que se producía un aumento del peso de 1,29 kgr/mes en un grupo de 17 pacientes durante la administración del Clh. de Ciproheptadina. Cuando se suspendía la administración del fármaco, el peso disminuía 0,02 kgr pero volvía a aumentar a 1,22 kgr/mes cuando se reinstauraba el tratamiento inicial (12).

Kofman y colaboradores hallaron un aumento de peso durante la administración del Clh. de Ciproheptadina que era 8 veces mayor que en el período de control sin medicación. Mostraron también que el fármaco era compatible con la reserpina y las hormonas anabólicas (13).

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos seleccionado 20 casos de A.M. según los criterios del DSM-III-R que, a título recordatorio, resumimos a continuación:

A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.

D. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria) (14).

Los 20 casos recogidos son pacientes adolescentes y jóvenes con A.M. incluidos entre

11 y 18 años de edad, siendo la mayor incidencia entre 13 y 15 años (80%).

El tratamiento consistió en la administración de Clh. de Ciproheptadina, en dosis diarias de 32 mgr a 110 mgr en tres tomas, de introducción progresiva a lo largo de 5 a 12 días. Se administró durante 1-8 meses siempre a tenor de la recuperación del peso corporal y de la aparición de la menstruación.

Se practicó psicoterapia individual en todos los casos, a dos sesiones a la semana, con técnicas de apoyo, elaboración de fantasía, etc.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que el tratamiento psicofarmacológico con Clh. de Ciproheptadina, cuando se administró a todos los casos (con o sin separación ambiental) a las dosis ya expuestas, mostró una mejoría evidente en un 75% de los casos.

Total	20	
Hembras	16	80%
Varones	4	20%
<b>Evolución global</b>		
Positiva	15	75%
Negativa	4	20%
Alta voluntaria	1	5%
<b>Evolución con separación ambiental</b>		
Total	13	65%
Positiva	9	69%
Negativa	3	23%
<b>Evolución sin separación ambiental</b>		
Total	7	35%
Positiva	6	86%
Negativa	1	14%

En el 35%, que no practicaron la separación ambiental, técnica que se considera imprescindible para la resolución del cuadro anoréxico, presentaron una mejoría inmediata y sostenida del 86% de los casos tratados.

Cabe señalar que, en el grupo que se practicó la separación ambiental la mejoría glo-

bal fue del 69%, resultado que coincide con la revisión anterior efectuada por nosotros (66%) (J. Tomás y N. Bassas, 1988).

De la muestra total sólo dos pacientes presentaron episodios bulímicos. Uno de ellos a los dos meses de evolución terapéutica y con el tratamiento del Clh. de Ciproheptadina. Otro a los siete meses, cuando ya hacía más de un mes que se había suspendido la administración del Clh. de Ciproheptadina y se resolvió el cuadro dos meses más tarde, sin remisiones en controles posteriores.

## DISCUSIÓN

Los resultados son coincidentes a los de otros autores que han estudiado el efecto del Clh. de Ciproheptadina en pacientes anoréxicos. Los pacientes ganan peso en un porcentaje elevado (15, 16, 17, 18).

En nuestra opinión, el Clh. de Ciproheptadina es el estimulante del apetito más efectivo en función de los resultados, a la vez que es bien tolerado y ejerce una acción antidepresiva al ser un antagonista serotoninico central. Como así lo demuestran Sudhir Bansal y Walter A. Brown, del departamento de Endocrinología y Psiquiatría de la Universidad Brown, USA (19).

## CONCLUSIONES

Los pacientes tratados con Clh. de Ciproheptadina recuperan rápidamente el peso corporal al favorecer este fármaco la estimulación del apetito, con lo que suponemos se normaliza la actividad hormonal y facilita la aceptación del esquema corporal sexuado. El tratamiento de dichos pacientes se acorta significativamente.

La separación ambiental, medida terapéutica muy traumática tanto para el paciente como para su familia, puede no ser imprescindible para la resolución del cuadro anoréxico. Con ella se precipitaba el romper la relación de dependencia del paciente con su nú-

cleo familiar, factor que actualmente se resuelve mediante la psicoterapia individual y soporte terapéutico familiar.

## Bibliografía

1. JEAMMET, Ph.: L'Anorexie Mentale. *Encycl. Med.-Chir. Paris* 37350 A10-2. 1984.
2. KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins. Fifth Edition. Vol. II. London, 1985.
3. SCHÜTZE, G.: *Anorexia Mental*. Herder n.º 117. Barcelona, 1983.
4. TOMAS, J., BASSAS, N.: La Anorexia Mental en el adolescente. *Revista de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*. Barcelona, 1990.
5. HERZOG, D.B., COPELAND, P.: Eating disorders. *The New England Journal of Medicine*. Aug., 1985.
6. PAWLOWSKI, G.J.: Cyproheptadine: Weight gain and appetite stimulation in essential anorexic adults. *Current Therapeutic Research*. Vol. 18, Nov., 1975.
7. GRIFFITH, D.N., ROSS, E.J.: Pregnancy after Cyproheptadine treatment for Cushing's disease. *London WCie 6 JJ England*, 1981.
8. HALMI, K., ECKERT, E., FALK, J.R.: Cyproheptadine for Anorexia Nervosa. *Dep. of Psychiatry, N. York Hospital. The Lancet*. June, 1982.
9. MAINGUET, P.: Effect of Cyproheptadine on Anorexia and Loss of Weight in adults. Reprinter from «The Practitioner». Vol. 208: 797-800. June, 1972.
10. LAVENSTEIN, A.F. et al.: Effect of Cyproheptadine on asthmatic children. Study of appetite, weight gain and linear growth. *J.A.M.A.* 180: 912, 1962.
11. BERGEN, S.S. Jr.: Appetite Stimulation properties of Cyproheptadine. *Am. J. Dis. Children*, 108: 270. 1964.
12. FRANCINI, F., SANTANA, J.G., KRITOTSEN, J. *Prensa Médica*, 54: 826. 1967.
13. KOFFMAN et al.: Cyproheptadine Hydrochloride effect on Weight and Height increase in children. *Personal Communication*. 1968.
14. DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A. Barcelona, 1988.
15. MIDDLEL, S.A.: Cyproheptadine for Pituitary Disorders. *The New England Journal of Medicine*. Beverly Hills. Aug., 1976.
16. STIEL, J.N., LIDDLE, G.W., LACY, W.W.: Studys of Mechanims of Cyproheptadine-induced Weight Gain in Human subjects. *Metabolism*, vol. 19 n.º 3. March, 1970.
17. WOLD, J.S., LONGNECKER, D.S., FISHER, L.J.: Species dependent pancreatic islet toxicity produced by Cyproheptadine: Alteracions in Beta Cell structure an Function. *Toxicology and Applied Pharmacology* 19. 1971.
18. GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E.: *Handbook of Psychotherapy: Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press. N. York-London, 1985.
19. BANSAL, S., BROWN, W.A.: Cyproheptadine in depression. *The Lancet*, 1983.

# Caso clínico

## Comentarios a un caso de afasia-epilepsia

F.M. Espín Jaime, J.C. Espín Jaime, J. Espín Montáñez

*Algeciras*

### RESUMEN

El síndrome de afasia-epilepsia es un proceso poco frecuente, del que hay pocos casos recogidos en la literatura mundial, desde que en 1957 Landau y Kleffner lo descubrieran y denominaran como síndrome de afasia adquirida con desórdenes convulsivos.

El cuadro, propio de la infancia, viene caracterizado por la coexistencia de una afectación del lenguaje adquirida y por alteraciones paroxísticas electroencefalográficas junto con la muy probable asociación de crisis epilépticas pero sin que se aprecien otros trastornos neurológicos. Nosotros aportamos un nuevo caso.

### CASO CLÍNICO

Se trata de un niño, varón de 5 años. Sin antecedentes familiares de interés; el embarazo, parto y período neonatal habían sido normales; el desarrollo tónico-motor, psicoafectivo y lingüístico también totalmente normales hasta la edad de los 3 años y medio, a partir de la cual fue perdiendo progresivamente su lenguaje hasta llegar a un estado de incomunicación verbal total, receptivo y expresivo.

Prestaba, sin embargo, atención a los sonidos de forma normal. Junto a su incomuni-

cación lingüística el niño exhibía durante la consulta una conducta asustadiza rehuendo el trato interpersonal, aunque en posteriores visitas esto desapareció; se mostraba incapaz de comprender la más simple orden verbal ni de emitir ningún vocablo, aunque era posible entrar en comunicación con él mediante gestos que comprendía bien.

Comenzó a asistir a un Centro preescolar en donde su integración afectiva fue buena y su nivel de rendimiento psicomotor no se diferenció del de los otros niños, permaneciendo no obstante su déficit de comunicación verbal.

El EEG practicado mostraba a lo largo de todo el registro grafoelementos agudos hipervoltados generalizados en todas las áreas cerebrales, siendo el trazado de fondo desorganizado y lento.

El niño nunca había presentado hasta la fecha crisis comiciales.

El examen físico incluyendo la exploración neurológica y fondo de ojo fueron normales. Se efectuaron posteriormente otras exploraciones complementarias: RX de cráneo, tomografía computarizada cerebral y analítica sanguínea que resultaron ser compatibles con la normalidad.

Se realizó también un test de Goodenough encontrándose un nivel intelectual apropiado para su edad. No fue posible realizar otras pruebas psicométricas.

La exploración audiométrica realizada diagnosticó una hipoacusia del oído derecho. Fue de nuevo visto a los seis meses; no había realizado tratamiento regularmente, persistiendo la clínica antes referida y el EEG realizado mostraba un ritmo de base mejor organizado sobre la que se destacaba una actividad paroxística generalizada. No había sido llevado al logopeda.

## COMENTARIO

Presentamos este caso primero por la rareza del síndrome en sí y por lo tanto por lo que representa reconocer un nuevo caso y por otro lado por la dificultad que conlleva su diagnóstico, donde muchas veces se puede plantear confusión entre afasia y una hipoacusia; de hecho no es raro, dentro de los datos manejados por nosotros que inicialmente nos encontremos con el diagnóstico de una hipoacusia. Creemos que en nuestro caso se trata de una verdadera afasia mixta, adquirida, de instauración a brotes con un empeoramiento sucesivo, en la que existe una importante agnosia verbal, una incapacidad para interpretar en la vertiente receptiva la estructura del significante sonoro para la decodificación verbal y una expresión verbal prácticamente nula.

Y nos apoyamos en que:

— Hasta los tres años y medio el niño tenía un desarrollo psicolingüístico normal; tenía un vocabulario propio, entendía y comprendía lo que se le decía.

— A partir de esa edad hasta ahora que tiene cinco años, y sin que los padres puedan encontrar un factor desencadenante, comienza a no comprender lo que se le dice y a no hablar, aunque sí presta atención normal y responde a los sonidos no verbales.

— El diagnóstico de una hipoacusia del oído derecho no explica el porque el niño en un determinado momento ha dejado de hablar, de comprender sonidos verbales aunque sí los no verbales, tras un desarrollo previo normal y además el diagnóstico es de una pérdida de audición de un oído y el trastorno es global.

A nuestro juicio la hipoacusia del oído derecho no puede explicar ni la sintomatología deficitaria, ni el curso y evolución del cuadro. Actualmente nos encontramos a la espera de poder realizar potenciales evocados de troncoencéfalo. Además de esta incomunicación verbal nos encontramos con un niño con un desarrollo neurológico normal en el que no apreciamos anomalías específicas o signos focales salvo lo descrito. Tuvimos que descartar otros cuadros capaces de cursar con afasia en los niños como son las enfermedades degenerativas, los accidentes cerebrovasculares, tumores, crisis epilépticas y traumatismos craneoencefálicos, pero ya hemos dicho que la exploración fue totalmente normal, sin hallazgos de focalidad; las exploraciones complementarias (analítica, etc.), no mostraban anomalías y sólo el EEG mostraba un trazado patológico paroxístico, aunque el niño no tenía antecedentes personales ni familiares valorables.

No es esto lo más frecuente, generalmente junto al trazado patológico en un 70% se presentan crisis comiciales e incluso en ocasiones en la forma de comienzo.

Entre los cuadros psiquiátricos hicimos el diagnóstico diferencial con los trastornos de origen emocional (mutismo selectivo, histerismos, etc.) creemos que no se trata de este caso; no había control ambiental de los síntomas ni tampoco situacionalidad; pensamos también en las psicosis infantiles pero no existía, a excepción de la afasia, afectación del resto de las funciones simbólicas y el contacto interpersonal, salvados los primeros momentos, era bueno y la comunicación no verbal difícil aunque buena sin signos de deterioro conductual extravagante en ningún área. Como consecuencia de todo esto hemos establecido el diagnóstico de síndrome de afasia-epilepsia.

Esperamos ver la evolución posterior.

## Bibliografía

- ALAJOVANINE, Th., CHERNITTE: Acquired aphasia in children. *Brain*, 1065, 88: 653.  
BISHOP, D.U.M. Comprehensions of spoken, written and

- signes sentences in childhood language disorders. *J. Child. Psychiat.* Vol. 23, n.º 1, pp. 1-20, 1982.
- BOUDOURESQUES, J., ROGER, J., GASTAUT, H.: Crisis aphasiques subintrates chez un epileptique temporal: Etude electroclinique. *Rev. Neurol.*, 106: 381-393, Paris, 1962.
- CLEMENTE POLLAN, J., APARICIO-MEIX, J.M.: Síndrome afasia-epilepsia: aportación de un nuevo caso. *Rev. Esp. Pediatr.*, 1982; 38: 80.
- DEVEL, R.K., LENN, N.J.: Treatment of arquires epileptic aphasia. *J. Pediatr.*, 90: 959-961, 1977.
- MANTOVANI, J.F., LANDAU, W.M.: Acquired aphasia with convulsive disorder: course and prognosis. *Neurology*, 1980; 30: 524.
- MCKINNEY, W., MCGREAL, D.A.: An aphasic syndrome in children. *Can. Med. Assoc. J.*, 110: 637-639, 1974.
- NARBONA, J., GARCÍA, R.L., MARTÍNEZ-LAGE, J.M.: Afasias infantiles congénitas y adquiridas. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 1981; 25: 153.

## Carta a la revista

Querido Director:

Quisiera remitir a esa Dirección de la Revista unas líneas para comunicar algunas noticias editoriales dignas de ser mencionadas pues atañen a nuestra especialidad y ejercicio profesional. (N. R.)

También quiero informaros que la Oficina europea de la OMS ha propiciado la creación de un grupo de trabajo, con un diseño quasi-experimental de investigación, basado en un constructo de investigación-acción, sobre PRO-

MOCION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS CINCO PRIMEROS AÑOS DE VIDA. El proyecto es a cuatro años vista y en la XXX Reunión de nuestra Sociedad, a celebrar en Gijón entre los días 16 y 18 de mayo de 1991, se abordarán algunas primicias y orientaciones generales. Por esta razón aprovecho para animar a todos los compañeros y compañeras a que acudan a nuestra bella ciudad norteña.

Agradezco la posibilidad de poder comunicar con esta Dirección para compartir con todos los colegas de nuestra Sociedad estas pequeñas noticias de vida profesional.

Un saludo y mucho éxito en esta nueva fase.

---

N. R. Los comentarios de publicaciones remitidos por J.L. Pedreira se encontrarán en el apartado correspondiente de los N.ºs 3 y 4 de la revista.

J.L. Pedreira Massa

## Comentario de publicaciones

### ASSESSMENT AND DIAGNOSIS IN CHILD PSYCHOPATHOLOGY.

Ed. M. Rutter, A. Hussain, Tuma and Irma S. Lann.

The Guilford Press. N. York. 1988.

Los últimos quince años han supuesto una época de cambio frente a los importantes problemas de evaluación de casos y diagnósticos que hacían difícil la investigación, e impedían una comparación fructífera entre diversas formas de intervención terapéutica.

Este libro recoge una gran cantidad de avances en el campo de la evaluación y el diagnóstico de niños y adolescentes; siendo característica común a todos ellos el intento de conseguir mayor fiabilidad para los procedimientos de evaluación, y un alto grado de validez en su contenido y en su criterio.

Los autores, más de veinticinco profesionales de la cultura anglosajona, se coordinan para ofrecer los avances en diagnósticos y evaluación de psicopatología infanto-juvenil, ordenando su colaboración en tres secciones bien diferenciadas.

La primera sección recoge los estudios de evaluación de los dos sistemas de clasificación más aceptados y utilizados. La ICD-9 y el DSM-III han dado lugar al desarrollo de investigaciones, recogiendo aquí los realizados en Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania Federal. A la luz de los diversos estudios de campo se concreta la fiabilidad de estos sistemas de clasificación, y la cobertura que ofrecen para los diversos trastornos psíquicos de la infancia. En el caso de la ICD-9, con dos de los tres capítulos dedicados a ella, se analiza su capacidad de discriminación entre varias categorías diagnósticas. Se encuentran niveles muy variables de fiabilidad según unos y otros códigos, y se propone la mejora en los

criterios descriptivos. Esta labor efectivamente se ha llevado a cabo en los borradores de la ICD-10. La insistencia de los autores en que los problemas de fiabilidad y validez de los diagnósticos dependen, en una parte importante, de los sistemas de medida y de conceptualización psicopatológica, es una de las principales conclusiones de esta sección, y abre el apetito técnico del lector para los siguientes capítulos.

La segunda sección, la más extensa, está constituida por siete capítulos dedicados a los instrumentos de medición psicopatológica y diagnóstica. Cada uno de los capítulos pasa revista, minuciosa casi siempre, a los procedimientos estandarizados con que se cuenta en diversas situaciones generales y particulares que contribuyen a la información para el proceso diagnóstico: Entrevistas estructuradas. Escalas de comportamiento. Sistemas de observación. Métodos de evaluación de la familia. Parámetros psicobiológicos. Potenciales evocados. En cada uno de estos capítulos se pasa revista, a los procedimientos de evaluación más significativos por sus cualidades de validez y fiabilidad, ocho entrevistas estructuradas, ocho cuestionarios de padres, siete de profesores y seis de adultos significativos son filiadas cuidadosamente.

El último de los capítulos de esta sección, en manos de T.M. Achenbach está dedicado a integrar las dos fases complementarias del proceso diagnóstico, Evaluación y Taxonomía. La primera encaminada a identificar los rasgos relevantes de cada caso, y la segunda a agrupar los casos según sus propios rasgos distintivos. Por su concepción este capítulo resulta sugerente y novedoso: pone el énfasis en integrar los procedimientos de evaluación con las taxonomías, proponiendo soluciones específicas ante los problemas generales que aporta

la taxonomía para integrar datos y técnicas de evaluación. Ofrece un sistema taxonómico multiaxial, basado cada eje en métodos de evaluación que reflejan las múltiples facetas del funcionamiento del niño.

La tercera sección, previa al acostumbrado epílogo de M. Rutter en los libros que edita, pasa revista a cuatro grupos sindrómicos de los que han gozado de mayor interés por parte de los investigadores, y de mayores cambios conceptuales, en los últimos años.

Los trastornos depresivos, los síndromes hiperkinéticos y de trastorno de conducta y los trastornos profundos, generalizados o perturbadores del desarrollo, son puestos al día, de 1988, en sus aspectos de clasificación, detección, evaluación, controversias y etiología.

Aunque conseguir dosis ponderadas de amabilidad no sea un atributo exigible para un libro que trata de metodología, éste las tiene. La información clara, amplia y precisa en unas técnicas desarrolladas mucho y en poco tiempo era muy deseable, y los autores nos la proporcionan. Al menos durante unos años, hasta que pierda actualidad, este libro merece leerse y revisarse por clínicos e investigadores a la hora de organizar metodologías de evaluación e investigación.

P. Rodríguez Ramos  
Madrid

## TRATADO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Está apareciendo traducido al español. Sus autores son la «tripleta» central de la Psiquiatría Infantil francesa: Ditakine, Soule y Lebovici. Al español la traducen un equipo numeroso de profesionales de la Psiquiatría infantil y buenos conocedores de la tendencia y teoría de esos autores: Lasa, Avellanosa, etc. son una garantía para asegurar la versión española de tan magna obra.

En francés apareció en 1985 con tres tomos y fue editada por PUF, en español tendrá seis tomos y la edita Biblioteca Nueva. La presen-

ta encuadrada en tela y con una letra muy buena para la lectura. Valoración general: muy coherente en todo el planteamiento de la obra, seria y rigurosa la exposición psicopatológica, así como cuidado el sumario. No obstante adolece de dos errores, o virtudes, el primero hace referencia a que sólo expresa, mayoritariamente, una tendencia psicopatológica, muy respetable y seria, pero no deja de ser sólo una posibilidad. La segunda dificultad es la de ser una «enciclopedia», por lo tanto es más un libro de consulta que un libro de estudio, un libro de biblioteca más que un libro de uso, un libro académico más que un libro práctico.

J.L. Pedreira Massa  
Avilés

## USO DE PSICOFÁRMACOS EN PAIDOPSIQUIATRÍA

Joan Romeu Bes.  
1990

Nuestro estimado amigo y compañero el Dr. Joan Romeu Bes conjuntamente con los Dres. Jordi Romeu y Joan A. Amador han elaborado un libro bajo el título de Trastornos psicológicos en Pediatría. El artículo que comentamos es un capítulo de este libro.

El Dr. Romeu analiza someramente la relación de la Psiquiatría infantil con la psicofarmacología apostando por el uso de psicofármacos de forma específica y en entidades concretas, sin que ello represente una sustitución de otros tratamientos habituales en la especialidad.

La impresión es que tácitamente sugiere el uso de los psicofármacos en la infancia en tres niveles distintos: el de ayuda «sine quanon», el de soporte coadyuvante y el de contraindicación absoluta. El criterio es la eficacia terapéutica.

En esta línea apunta que los fármacos anti-depresivos como los psicoestimulantes van a ser casi imprescindibles ante los cuadros depresivos y ante la hiperquinesia con déficit de atención, siempre que se haya establecido un

diagnóstico correcto. En el caso de los ansiolíticos opina que deberían emplearse sólo ante situaciones graves dando prevalencia a los tratamientos psicológicos y a la estrategia psiquiátrica.

Ante los neurolépticos recomienda prudencia en su uso describiendo los efectos perjudiciales versus los beneficiosos.

El Dr. Romeu como experto en psicofarmacología insiste en unos puntos importantes: el fármaco nunca va a poder sustituir los mecanismos de imbrincación afectiva en la relación médico-paciente como tampoco van a poder

sustituir a otros tratamientos psicológicos. El autor insiste en el correcto diagnóstico clínico-fenomenológico como base inicial de cualquier tratamiento médico; y finalmente, los conocimientos suficientes en psicofarmacología como para ser capaz de retirar un fármaco determinado y replantearse nuevamente el diagnóstico si no se obtienen los resultados esperados.

J. M.<sup>a</sup> Illa Taulats  
Barcelona

---

## Agenda

### **XII CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA SOCIAL**

Washington, del 27 al 31 octubre.

Información:

Prof. Fco. Alonso Fernández.

Blasco de Garay, 75, 1.º.

28003 Madrid.

### **XV REUNIÓN NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA**

Córdoba, del 1 al 3 noviembre.

Información:

Facultad de Medicina. Univ. de Córdoba.

Av. Menéndez Pidal, s/n.

Córdoba. Tel. (957) 29 80 88 243.

### **II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y XXVI REUNIÓN ANUAL DE LA SOC. ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA**

Información:

Srta. María Angeles Larrea.

Avda. Sancho el Fuerte, 71, 7.º F.

Pamplona. Tel. (948) 26 49 15.

## Reseñas terapéuticas

**Huk, S.G.** *Transient exacerbation of tics in treatment of Tourette's syndrome with clonidine.* J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry 1989 28/4 (583-586).

Un niño de 11 años de edad, con una historia de problemas de conducta, fue admitido en el Programa de Desarrollo Infantil como paciente hospitalizado del Centro Médico de la Universidad de St. Louis. Diagnosticándose un Síndrome de La Tourette se inició tratamiento con clonidina, al objetar la familia el tratamiento con haloperidol por temor a la disquinesia tardía, resultando un período temporal de empeoramiento de los tics motores y vocales mientras se ajustaba la dosis. Cuando se consiguió el nivel de dosis de mantenimiento, aproximadamente 2 semanas después de iniciar el tratamiento, se observó la remisión de los síntomas.

**Sverd, J., Gadow, K.D. and Paolicelli, L.M.** *Methylphenidate treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in boys with Tourette's syndrome.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989 28/4 (574-579).

Los autores revisaron los efectos del metilfenidato en 4 niños diagnosticados de trastorno de déficit de atención con hiperactividad y Síndrome de Tourette, en un ciego doble. La valoración clínica y las observaciones en la sala de juego mostraron mejoría de los síntomas de déficit de atención con hiperactividad con el metilfenidato. Los resultados también indicaron que el metilfenidato no exacerbó la frecuencia de presentación de tics. En los 4 niños, la dosis mayor produjo una mejoría de

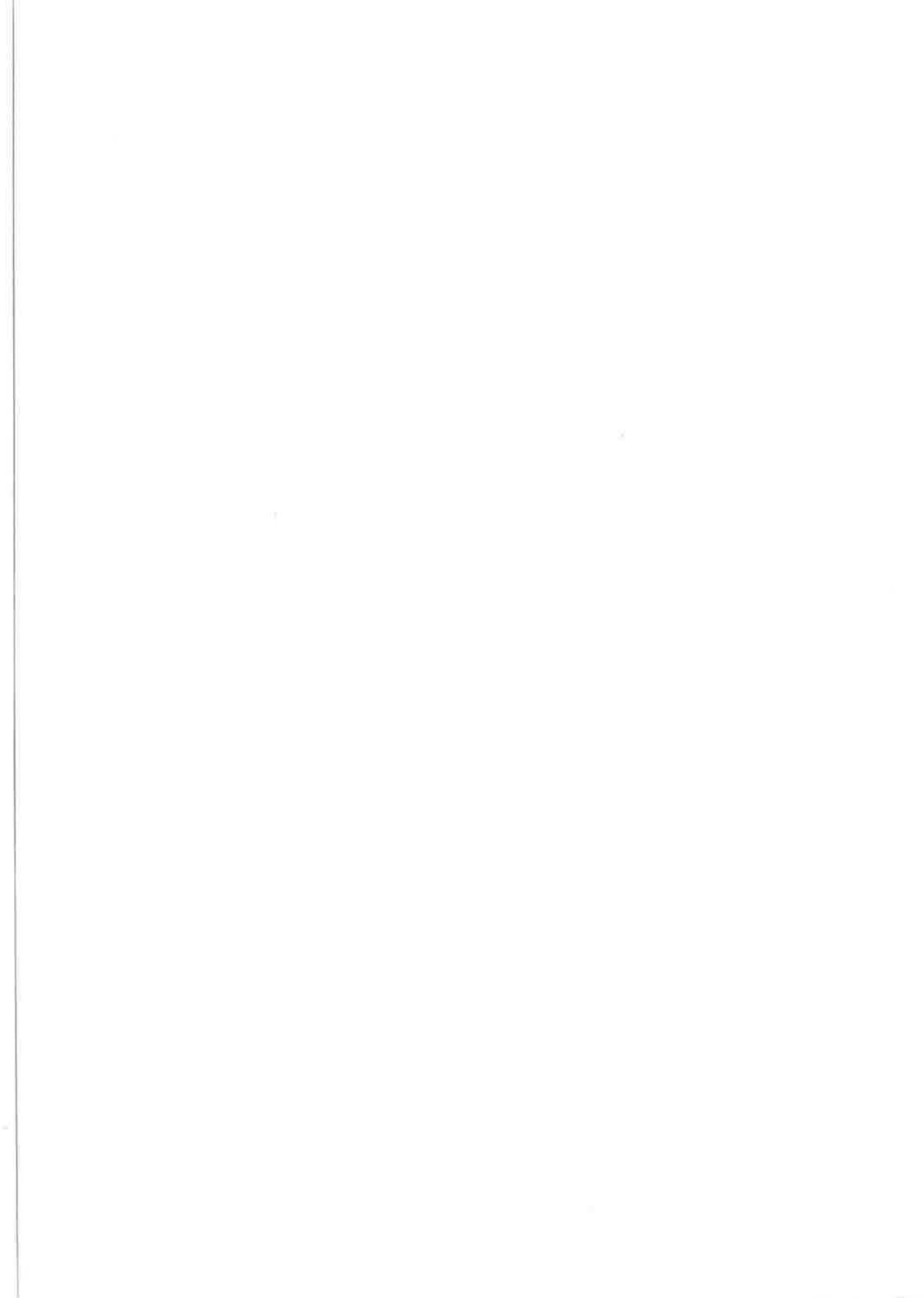
la valoración de los tics en clase en comparación con el tratamiento inicial con placebo. En 3 casos, se observó una moderada exacerbación de tic para la dosificación menor, ya que fue observada, en las condiciones experimentales, la variabilidad del status del tic, esto sugiere la posibilidad que la respuesta del tic sea independiente de las dosis clínicas de metilfenidato. Los hallazgos son también consistentes con la teoría de que el metilfenidato, agonista de la dopamina, podría afectar el status tic por alteración de la sensibilidad del receptor de la dopamina. Finalmente, considera conveniente estudios adicionales de estos efectos dada la eficacia del metilfenidato en el tratamiento de los síntomas del déficit de atención con hiperactividad en pacientes con el Síndrome de La Tourette.

**Riddle, M.A., Brown, N., Azubinski, D. et al.** *Fluoxetine overdose in an adolescent.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989 28/4 (587-588).

Describen la respuesta al tratamiento de una ingesta aguda de gran cantidad de fluoxetina en un niño de 13 años de edad con Síndrome de La Tourette y trastorno obsesivo compulsivo. La sintomatología presentada tras la ingesta, incluía crisis convulsivas tipo Gran mal, ECG con depresión de segmentos ST, náuseas, vértigos y cefaleas. En general, la fluoxetina fue bien tolerada: todos los síntomas y signos remitieron espontáneamente.

X. GASTAMINZA





**Nueva  
formulación**

**Comprimidos  
ranurados  
de liberación  
retardada**

Anafranil 75 mg  
20 comprimidos  
laqueados ranurados

**Anafranil  
75 mg**

Clomipramina (DCI),  
clorhidrato

Geigy



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

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

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

**GEIGY** División Farmacéutica  
Apartado 1628, Barcelona.