

EDITORIAL	11
CARTA DEL DIRECTOR	13
ARTÍCULO DE OPINIÓN	
Algunas reflexiones acerca del desarrollo de la Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil	
<i>O. Herreros</i>	15
ARTÍCULO ORIGINAL	
Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad	
<i>A.M. García, S. Hernández</i>	17
Continuidad/discontinuidad de los trastornos hiperkinéticos en la vida adulta	
<i>M.D. Mojarro Práxedes, P. Benjumea Pino</i>	25
Gestión clínica y Psiquiatría Infanto-Juvenil: algunos apuntes	
<i>O. Herreros, B. Rubio, J. Monzón</i>	33
Algunas consideraciones sobre los solicitantes del programa de acogimiento familiar	
<i>P. Jodra</i>	40
ARTÍCULO DE REVISIÓN	
Procesos psicológicos complejos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva neuropsicológica	
<i>R. Martín, S. Hernández, MA. Alonso, M. Izquierdo, P. González-Pérez, J. Bravo</i>	48
RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS	58
NORMAS DE PUBLICACIÓN	61

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2010;27(1)



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Óscar Herreros Rodríguez
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaria

Belén Rubio Morell

COMITÉ EDITORIAL

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo
(Sevilla)

Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)

Enrique Ortega García (León)

Antonio Pelaz Antolín (Madrid)

José Alfredo Mazaira Castro (Santiago de
Compostela)

Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)

Rafael de Burgos Marín (Córdoba)

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: María Dolores Domínguez Santos

Vice-presidenta: Concepción de la Rosa Fox

Secretaria: Aránzazu Ortiz Villalobos

Tesorera: Aránzazu Fernández Rivas

Comisión Científica: María Dolores Mojarro
Práxedes

Vocales: María José Ruiz Lozano, Josefina
Castro Fornieles y Tomás José Cantó Díez
(administración de medios electrónicos)

COMISIÓN DE REDACCIÓN

J.R. Gutiérrez Casares Ex-director RPIJ

M.D. Mojarro Práxedes . . . Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

T.J. Cantó DíezVocal AEPNYA

J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Revista indexada en el Índice Médico
Español, en Bibliomed y en el IBECs
(Índice Bibliográfico Español en
Ciencias de la Salud)

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

J. Tomàs i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez
Apartado de correos 118
38109 – Radazul (Tenerife)
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Siglo
EDITORIAL

Comunidad de Castilla-La Mancha, 3
28231 Las Rozas (Madrid)
Tel.: (91) 636 05 53 **Fax:** (91) 640 63 29
E-mail: siglo@infonegocio.com

Copyright 2009

©Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el
Adolescente y Editorial Siglo.

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

Depósito legal: B-41.588-90

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Tras largos años de retraso según su propio calendario, la *American Psychiatric Association* acaba de presentar el borrador de la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, con la intención de publicar su versión definitiva en mayo del año 2013. Dicho borrador se encuentra disponible en la página web desarrollada al efecto, www.dsm5.org.

Además de las propuestas específicas para introducir nuevos diagnósticos o para cambiar criterios diagnósticos, se pretende proponer la adición de una forma de “valoración dimensional” en las evaluaciones diagnósticas, de tal manera que permitan valorar no sólo la presencia, sino también la gravedad del síntoma, así como considerar los “síntomas transversales”, aquellos que pueden estar presentes en diferentes diagnósticos. Se pretende con ello superar el modelo de “cumple / no cumple criterios diagnósticos”, no “perder” los síntomas presentes en el paciente pero ausentes en la lista de criterios de su trastorno principal, y permitir una evaluación más cuantitativa, que contemple la gravedad del trastorno en el paciente concreto y no sólo su presencia o ausencia.

Otra “sensibilidad psicopatológica” que se pretende contemplar y desarrollar es la perspectiva del desarrollo y su influencia en las manifestaciones de los distintos trastornos mentales. Así, se trata de cubrir, por un lado, la influencia que la edad del paciente pueda tener en sus síntomas, valorando la aplicabilidad en la infancia, o la necesidad de adaptación en su caso, de los criterios de trastornos mentales definidos para adultos pero también presentes en niños y adolescentes (léase depresión, esquizofrenia...); y por otro, la existencia de “subtipos diagnósticos” cambiantes para cada edad, es decir, establecer distintos criterios diagnósticos para un mismo trastorno en función del momento evolutivo del paciente, valorando la aplicabilidad en la vida adulta, o la necesidad de adaptación en su caso, de los criterios de trastornos mentales definidos para niños y adolescentes pero también presentes en adultos (léase TDAH, Autismo...).

En cuanto a las modificaciones específicas que se proponen para los llamados “Trastornos de inicio habitual en la infancia, niñez o adolescencia”, las propuestas más destacables son:

• **Posibles nuevos diagnósticos:**

- Trastorno de estrés postraumático en preescolares;
- Trastorno por disregulación del temperamento con disforia;
- Trastorno de Conducta insensible, cruel o carente de emociones;
- Discapacidades del aprendizaje;
- Autolesiones sin intención suicida;
- Autolesiones sin intención suicida no especificadas.

• **Posibles reclasificaciones en otras categorías diagnósticas:**

- Pica (en Trastornos de la conducta alimentaria);
- Rumiación (en Trastornos de la conducta alimentaria);
- Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia/niñez (en Trastornos de la conducta alimentaria, renombrado como trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria);
- Ansiedad de separación (en Trastornos de ansiedad, y redefiniendo sus criterios para su aplicación en adultos).

• **Posibles desapariciones del DSM:**

- Síndrome de Rett

• **Posibles desapariciones por inclusión en otros diagnósticos:**

- Trastorno de la expresión escrita (en discapacidades del aprendizaje);
- Trastorno del aprendizaje no especificado (en discapacidades del aprendizaje);
- Trastorno desintegrativo (en Trastornos del espectro autista);
- Síndrome de Asperger (en Trastornos del espectro autista);
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (en Trastornos del espectro autista);

• **Cambio de los Trastornos Generalizados del Desarrollo por Trastornos del Espectro Autista;**

• **Mantenimiento de los diversos Trastornos de tics o traslado a la categoría de los Trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos;**

• **Cambio del nombre “Retraso Mental” por “Discapacidad Intelectual”;**

• **“Dislexia” por “Trastorno de la Lectura”, y “discalculia” por “Trastorno del cálculo”;**

• **Modificación y reagrupación de criterios en el Trastorno Opositor Desafiante;**

• **Trastorno de déficit de atención / hiperactividad:**

- Cambios en la estructura general: mantener los actuales criterios, pero sin subtipos y con un solo código diagnóstico; o eliminar los subtipos predominantemente inatento e hiperactivo-impulsivo y desarrollar un nuevo diagnóstico independiente de “Trastorno por Déficit de Atención”;
- Cambios en la codificación del déficit de atención: mantener el subtipo inatento, pero con no más de dos criterios de hiperactividad; o desarrollar un nuevo diagnóstico independiente;
- Cambios en los criterios diagnósticos: añadir cuatro nuevos criterios de impulsividad;
- Cambios en la edad de inicio: ampliar el posible

inicio hasta los 12 años, y/o cambiar el concepto “inicio” por el de “desajuste significativo”, o “presencia de síntomas”.

- Especificar los criterios para su diagnóstico en adultos (reducir el número exigido de 6 a 3);
- Elaborar más las descripciones de los criterios;
- Modificar los criterios de exclusión (quitar los trastornos generalizados del desarrollo como excluyentes para el diagnóstico).

Así pues, cambios para todos los gustos, de más o menos importancia, y, en apariencia, con pocas (o ninguna) sorpresa. En cualquier caso, habrá que ir siguiendo el proceso, aún a 3 años de completarse. Recuerden: www.dsm5.org.

Atentamente

Óscar Herreros
Director de la Revista

Estimados compañeros:

En diversas Asambleas de Socios de la AEPNYA han surgido preguntas acerca de la inclusión de nuestra Revista en la base de datos MEDLINE. Considerando su importancia, nos hemos decidido a responderla mediante la presente carta.

La base de datos MEDLINE contempla, para la aceptación de un nuevo título, una serie de criterios, los más importantes de los cuales se incluyen a continuación. La consecución de los mismos depende en gran medida de los propios socios de la AEPNYA, tanto de su actividad científica como de su participación en la elaboración de contenidos para su publicación en la Revista.

Queremos recordar, pues, que el mantenimiento de la Revista y de su nivel científico es una labor de todos, y aprovechamos para animaros a tenerlo presente y a intentar hacerlo realidad entre todos.

Atentamente,

El Comité de Redacción de la Revista Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

SELECCIÓN DE REVISTAS PARA MEDLINE®

MEDLINE, la principal base de datos bibliográfica online del sistema MEDLARS® de la National Library of Medicine, es usada internacionalmente para proporcionar acceso a la literatura biomédica mundial en formato de revista. La decisión de indexar o no una revista es muy importante, y la realiza el Director de la NLM basándose en consideraciones tanto de calidad como científicas. El Comité Técnico Revisor de Selección de Literatura (LSTRC) está establecido para revisar las revistas y valorar la calidad de sus contenidos. El LSTRC frecuentemente incorpora el consejo de expertos externos en el tema evaluado. Como resultado de estas revisiones algunos títulos indexados pueden desaparecer o pueden incorporarse otros nuevos.

La base de datos MEDLINE incluye unos 4.800 títulos. El LSTRC se reúne tres veces al año y considera unos 140 títulos en cada reunión. Otros títulos adicionales son valorados en revisiones específicas.

Los usuarios de los índices del MEDLARS son investigadores, clínicos, educadores, administradores y estudiantes con necesidades muy diversas. Todos son importantes, y la meta de estos índices no se lograría concentrándose en las necesidades de unos a expensas de las de otros. El contenido, el formato y la estructura de las revistas aceptadas varían considerablemente debido a estas necesidades diversas. Los siguientes elementos críticos están planteados como una guía general, dado que una considerable parte de los mismos es tenida en cuenta por los miembros del Comité para la revisión de revistas en su búsqueda de la mejor y más apropiada cobertura de la literatura biomédica.

ELEMENTOS CRÍTICOS

Ámbito y cobertura: las revistas llevadas al Comité para su revisión contendrán artículos predominantemente

sobre materias biomédicas. Las revistas cuyo contenido sea periférico a éstas podrán ocasionalmente valorarse cuando tengan algún contenido biomédico. En estos casos, la valoración del Comité se basará no sólo en la calidad el contenido, sino también en la contribución que haga a la cobertura de la materia en cuestión. Generalmente tales revistas no serán indexadas si su contenido biomédico ya está adecuadamente cubierto.

Calidad del contenido: el mérito científico del contenido de una revista es la consideración primaria para su selección. La validez, importancia, originalidad y contribución a la cobertura del campo tratado del conjunto de contenidos de cada número son los factores clave considerados para la recomendación de una revista para su indexado, sea cual sea el propósito de su publicación o su audiencia.

Calidad del trabajo editorial: la revista debe demostrar características que contribuyan a su objetividad, credibilidad y calidad de contenidos. Ello puede incluir información sobre el método de selección de artículos, y especialmente sobre el proceso de revisión por expertos externos, declaraciones indicando su adhesión a guías éticas, indicaciones sobre la declaración de conflictos de intereses financieros por parte de los autores, corrección de erratas ágil, retractaciones explícitas y responsables cuando proceda, y oportunidades para expresar comentarios u opiniones disidentes. Ni el contenido publicitario ni la sponsorización comercial deberán generar dudas sobre la objetividad del material publicado. Podrá considerarse la sponsorización por sociedades científicas nacionales o internacionales.

Calidad de la producción: la calidad de diseño, impresión, gráficos e ilustraciones es también considerada en la evaluación de la revista. Aunque no es un requisito para su selección, las revistas cuyo archivado se considere importante deberían imprimirse en papel no ácido.

14

Audiencia: MEDLINE está inicialmente pensada para profesionales de la salud: investigadores, clínicos, educadores, administradores y estudiantes. Ello incluye médicos, enfermeras, dentistas, veterinarios, y los variados tipos de profesionales relacionados con la salud tanto en la investigación como en la práctica asistencial.

Tipos de contenido: las revistas cuyo contenido consista en uno o más de los siguientes tipos de información podrán ser consideradas para su indexado:

1. Investigaciones originales
2. Observaciones clínicas originales acompañadas de su análisis y discusión
3. Análisis de aspectos filosóficos, éticos o sociales de las profesiones de la salud o de las ciencias biomédicas
4. Revisiones críticas
5. Compilaciones estadísticas
6. Descripciones de la evaluación de métodos y procedimientos
7. Casos clínicos con discusión

Todos estos tipos de información deben estar incluidos en MEDLINE para satisfacer las necesidades de sus usuarios. Sin embargo, el alcance de un campo tiende a crear una prioridad paralela en el orden en que los diferentes tipos de información son aceptados. Por ejemplo, las revistas con investigaciones originales es más probable que contengan contribuciones únicas a la cobertura del campo tratado, por lo que su aceptación es más frecuente que la de revistas que sólo contengan descripciones de casos.

Las publicaciones que consisten fundamentalmente en artículos reimpresos, informaciones sobre las actividades de una asociación, resúmenes de la literatura existente, revisiones de libros, etc., no suelen ser aceptadas.

Revistas en idiomas extranjeros: los criterios de selección son los mismos que para las de habla inglesa. A fin de extender la accesibilidad del contenido de la revista a un grupo de lectores potencialmente mayor, la mayor parte de los artículos publicados en los números en revisión deberán tener un resumen en inglés para que sean considerados para su indexado.

Cobertura geográfica: la calidad y utilidad de las revistas se selecciona sin tener en cuenta su lugar de publicación. Para proporcionar una amplia cobertura internacional, se presta especial atención a la investigación, salud pública, epidemiología, estándares de cuidados de salud y enfermedades autóctonas. Generalmente las revistas no serán seleccionadas si sus contenidos están ya suficientemente representados en MEDLINE o se publican para una audiencia local.

La interpretación de estos criterios estará influenciada

por la declaración de intenciones de la revista. Para propósitos de ilustración, se sugieren cuatro amplias categorías de revista:

1. las revistas de investigación están predominantemente dedicadas a la publicación de investigaciones originales, incluyendo ciencias básicas, ensayos clínicos con agentes terapéuticos, efectividad de técnicas diagnósticas o terapéuticas, o estudios relativos a aspectos conductuales, epidemiológicos o educativos de la medicina.
2. las revistas clínicas tienen como primer propósito documentar el estado de la práctica clínica y proporcionar soporte para la formación y la educación continuada de los clínicos. Ello se realiza mediante la publicación de casos clínicos, discusiones sobre nuevas técnicas, evaluaciones de las prácticas actuales y comentarios.
3. las revistas de revisión contienen el estado actual del conocimiento sobre la práctica clínica, integrando los avances recientes con los principios y prácticas aceptados, o resumiendo y analizando los consensos sobre temas controvertidos del conocimiento y de la práctica. Proporcionan información para clínicos e investigadores, estudiantes y otros que deseen conocer el estado actual de un determinado tema.
4. las revistas de interés o contenido general contienen elementos de todo lo anterior y frecuentemente contienen también análisis y comentarios de importancia social, política y económica. Habitualmente se dirigen a un público amplio y no limitado a una especialidad.

El LSTRC revisa nuevos títulos de revistas biomédicas de cualquier lugar del mundo mediante el "MEDLINE Review Application Form", en <http://wwwcf.nlm.nih.gov/lstrc/lstrcform/med/index.html>. Si la revista es publicada tres o más veces al año, el LSTRC necesitará cuatro números ya publicados para revisión. Debe enviarse una copia de cada número (no duplicados, suplementos o números sólo con resúmenes). Se reúne tres veces al año (otoño, invierno y primavera), e incluye unos 140 títulos entre novedades y revisiones de otros ya incluidos. Unas semanas después de la reunión se comunica a los editores la lista de títulos aceptados y rechazados. Una vez notificado, deberá detenerse el envío de números de la revista en cuestión.

Sobre un 25-30% de los títulos revisados son seleccionados para su indexado. El LSTRC vuelve a examinar títulos si se solicita un mínimo de 2-3 años tras su primera revisión, dependiendo de la puntuación recibida. Ello permite al editor mejorar su revista y garantiza un cambio de algunos de los examinadores, favoreciendo un examen objetivo.

O. Herreros

Algunas reflexiones acerca del desarrollo de la Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias

Correspondencia:
oherreros@gmail.com

La infancia y la adolescencia tienen un sentido propio en el ser y el enfermar, por lo que hay que evitar el error de considerar este en relación con la vida adulta. Aunque algunos trastornos pertenezcan a una línea común tanto para el niño como para el adulto, incluso estos se presentan de una forma diferente y no se pueden abordar desde los criterios asistenciales de la Psiquiatría del Adulto, haciéndose imprescindible el abordaje mediante un equipo específico y especializado que sea multidisciplinario en su composición e interdisciplinario en su funcionamiento.

En España, el interés por los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia ha crecido exponencialmente desde el último cuarto del siglo XX. Sin embargo, pese a que ya en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y en la Ley General de Sanidad de 1986 se hacía hincapié en la necesidad de desarrollar programas específicos para la atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, la atención a estos grupos de edad se ha desarrollado en los últimos veinticinco años en ausencia de planes globales de desarrollo sanitario específico, de manera desigual y a remolque de otras prioridades en Salud Mental. Y ello a pesar de la especificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil vigente (art. 763) de que “el internamiento de menores se realizará siempre en un estable-

cimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”.

La coordinación entre Psiquiatría, Psicología Clínica y Pediatría (Hospitalaria y Ambulatoria) sigue necesitada de una delimitación de territorios y dispositivos en ámbitos muy importantes, entre otros: los problemas neonatales, la patología psíquica materna del embarazo y postparto, los trastornos graves del desarrollo, los aspectos psicológicos de las enfermedades somáticas, las secuelas traumáticas y postquirúrgicas, las enfermedades crónicas graves y las manifestaciones y enfermedades psicósomáticas. Mayor atención han merecido algunos programas específicos, como los de los trastornos de la conducta alimentaria, las conductas adictivas y los trastornos graves de conducta, en muchos casos, no obstante, más por presiones diversas (mediáticas, alarma social, interpelaciones parlamentarias) que por informes y documentos técnicos. Esa atención diferenciada ha generado en ocasiones problemas de coordinación derivados de la creación de unidades al margen de la red sanitaria general, alentándose además la percepción de que existen subgrupos de pacientes con “privilegios” asistenciales, con la consiguiente sensación de discriminación y agravio comparativo.

Afortunadamente, en el momento actual comienzan a extenderse las actitudes y, lenta pero progresivamente,

16 también las políticas de coordinación de recursos, con planes interdepartamentales concertados en los que basar los programas de seguimiento y continuidad de cuidados y las colaboraciones multiprofesionales que las dificultades de estos niños y adolescentes (y su larga trayectoria asistencial) necesitan.

La Estrategia en Salud Mental 2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo señala como puntos críticos de la atención a niños y adolescentes:

- La escasa presencia, y en algunos lugares inexistencia, de dispositivos intermedios específicos, tales como hospitales de día o unidades comunitarias de intervención en crisis.
- La derivación de las responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar, a los profesionales privados y, sobre todo, a las iniciativas de los familiares.
- La práctica inexistencia de programas de formación en estrategias de intervención y técnicas terapéuticas de eficacia probada específicas para este grupo.

Incluye además en su Cartera de Servicios en Salud Mental el “diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables”, remarcando en sus Objetivos que “las Comunidades Autónomas adecuarán los servicios con programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental”.

Por otra parte, y en conexión con esto, la citada Estrategia en Salud Mental expone textualmente “la necesidad de ampliar la duración de la formación... y, en el caso de la psiquiatría y la psicología clínica la posibilidad de desarrollar las Áreas de Capacitación Específica (Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Psicoterapia, Drogadicciones y Psicogeriatría; Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia, Psicología de la Salud, Psicoterapia y Neuropsicología)”. Esta expresión de la necesidad de una formación específica viene, sin embargo, de lejos, habiendo sido ya planteada políticamente en

diversas legislaturas a lo largo de los últimos 20 años tanto en el Congreso de los Diputados como en el Senado españoles. En la actualidad, los Servicios de Salud de muchas de las Comunidades Autónomas de España (Cataluña, Madrid, Aragón, Castilla y León, Valencia, etc.) ya han iniciado procesos en esta dirección, con la planificación y apertura de Unidades Funcionales de Psiquiatría Infanto-Juvenil en Hospitales Generales (incluyendo hospitalización además de Consulta Externa e Interconsulta y Enlace) que les permitan ofertar una Cartera de Servicios completa en esta área asistencial y, en un futuro próximo, con la creación del Área de Capacitación Específica o de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, formar a sus propios especialistas, no teniendo con ello que depender de Centros capacitados para la formación de otras Comunidades a la hora de cubrir sus próximas necesidades de profesionales específicamente preparados.

Pero más allá de esto, dicho marco legal, en algunos aspectos (como el del ingreso en unidades específicas impuesto por la Ley de Enjuiciamiento Civil española), obliga incluso al desarrollo de Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil en Hospitales Generales. Viene al caso recordar que ya en algunas Unidades Psiquiátricas de Internamiento Breve se ha vetado judicialmente el ingreso de menores de 18 años, obligando de facto a llevarlo a cabo en Pediatría y generando paradojas como forzar la vulneración del derecho a un ingreso diferenciado del menor de 14 años de Pediatría por no vulnerar el derecho del paciente de entre 15 y 18 años de Psiquiatría.

Así, habrán de surgir, y más a corto que a medio y largo plazo, Unidades específicas relacionadas con la atención psiquiátrica a niños y a adolescentes en todo el territorio nacional, con vocación y capacidad docente e investigadora además de la meramente asistencial, que puedan cubrir estas demandas sanitarias, políticas, jurídicas y, al cabo, sociales. Y, siendo prueba de continua innovación y de su capacidad de adaptación, cambio y desarrollo, parte de la competitividad y poder de atracción de un Servicio de Psiquiatría y, al cabo, del Hospital que lo contiene, residirá en la existencia y buen funcionamiento de estas Unidades específicas.

A.M. García¹
S. Hernández²

Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

1 Unidad de Salud Mental del Puerto. Gran Canaria.
2 Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de La Laguna (Tenerife)

Emotional problems in attention deficit hyperactivity disorder

Correspondencia:
Ana M^a García Sánchez.
Unidad de Salud Mental Puerto, C.A.E. Casa del Marino.
C/ Simón Bolívar 5, 5^a planta.
35007 - Las Palmas de Gran Canaria.
E-mail: anagarcia_roma@yahoo.es.

RESUMEN

Objetivo. El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es un ejemplo de psicopatología evolutiva común que, aunque tradicionalmente estudiada desde el punto de vista cognitivo, su etiología podría ser mejor entendida si tomamos en consideración también la perspectiva emocional. Este estudio se centra en examinar si los niños diagnosticados de TDAH presentan niveles aumentados de depresión y ansiedad junto a alteraciones en otras variables emocionales como autoestima y actitud negativa hacia la escuela. Fue así mismo objetivo del trabajo analizar las diferencias inter-observadores en la percepción del nivel de estas variables emocionales en sujetos con TDAH.

Metodología. La muestra estuvo formada por 12 niños (8-12 años) quienes cumplían criterios DSM-IV para el diagnóstico de TDAH. Administramos un protocolo de evaluación constituido por las siguientes pruebas: WISC-R, Test de Atención D2, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (BASC), Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC) y Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI). Los resultados obtenidos se compararon con los mostrados por un grupo de control igualados en edad, CI y años de escolaridad, así como con los datos normativos proporcionados por los baremos correspondientes a su edad de las pruebas utilizadas.

Resultados. Respecto a la Ansiedad autopercebida la muestra se percibió menos ansiosa que la media de la muestra utilizada para baremar el BASC en España pero, según el STAIC, los sujetos de la muestra presentaban mayor ansiedad que los controles del baremo. Los padres aprecian mayor nivel de ansiedad y depresión en los niños que éstos y que sus profesores. Nuestra muestra TDAH presenta un mayor nivel de características depresivas en comparación con la media de los baremos de su edad, aunque no llegan a constituir un trastorno depresivo. En el resto de variables emocionales evaluadas, relativas a la motivación y a la autoestima, los sujetos presentaron niveles más negativos de ambas que los baremos.

Conclusiones. El conjunto de resultados encontrados evidencia un perfil psicológico en la muestra de sujetos con TDAH caracterizado por alteraciones emocionales importantes. Consideramos la necesidad de tomar en cuenta el perfil emocional de los niños con TDAH tanto en los procesos evaluativos como en los acercamientos terapéuticos.

Palabras clave: Ansiedad, Autoestima, Depresión, Emoción, TDAH.

ABSTRACT

Aim. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is an example of psychopathology, although

18 traditionally studied from the cognitive point of view, its etiology may be better understood if we consider also the emotional perspective. This study focuses on examining whether children diagnosed with ADHD have increased levels of depression and anxiety disorders with other emotional variables such as self-esteem and negative attitude toward school. Additionally we analyzed the inter-observer differences in perception of the emotional level of these variables in individuals with ADHD.

Methodology. The sample consisted of 12 children (8-12 years) who met DSV-IV criteria for ADHD diagnosing. We administer an assessment protocol consisting of the following tests: WISC-R, D2-Attention Test, Behavior Assessment System for Children (BASC), State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), and Spanish Child Depression Questionnaire (CEDI). The results were compared with those exhibited by a control group matched for age, IQ and years of schooling, and with the normative data provided by the scales for their age of the tests used.

Results. Regarding the sample self-perceived anxiety was felt less anxious than the average of the sample used to scale the BASC in Spain but, according to STAIC, subjects in the sample had a higher anxiety scale controls. Parents appreciate higher levels of anxiety and depression in children that they and their teachers. ADHD children have a higher level of depressive features in comparison with the average of the ratings of their age, but stop short of a depressive disorder. In the other emotional variables evaluated, relating to motivation and self-esteem, subjects had more negative levels of both the scales.

Conclusions. The results show a psychological profile found in the sample of individuals with ADHD is characterized by significant emotional disturbances. We feel the need to take into account the emotional profile of children with ADHD both in the evaluation processes and in therapeutic approaches.

Keywords: ADHD, Anxiety, Depression, Emotion, Self-esteem.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es la patología neuroconductual más común en la infancia¹¹. Siguiendo el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR⁴, se define atendiendo a la presencia de tres síntomas nucleares: inatención, hiperactividad e impulsividad. Se requiere que estos síntomas se detecten dentro del período escolar, sean inconsistentes con la edad y el nivel de desarrollo

del niño y afecten de forma considerable a la vida diaria de éste^{2,19}. Con índices de prevalencia que oscilan entre el 7 y el 17% de niños en edad escolar⁶ y ratios en función del género de 3 a 1 (varón/mujer), es clásico establecer la existencia de tres subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado).

El TDAH representa una realidad poliédrica tanto desde el punto de vista diagnóstico como, por lo tanto, terapéutico. Esta situación ha supuesto que desde diversas disciplinas científicas se hayan propuesto teorías explicativas respecto a la etiología de este trastorno. En este sentido, debemos destacar la teoría del *autocontrol inhibitorio* propuesta por Barkley⁷. Para este autor, los déficits en *autocontrol inhibitorio* (capacidad para inhibir las respuestas motoras y emocionales inmediatas a un estímulo sustituyéndolas por otras más adecuadas a la situación) representan la disfunción principal en el trastorno, ocasionando alteraciones en procesos subsidiarios a éste denominado, de forma genérica *funciones ejecutivas* (atención, hiperactividad, motivación y memoria de trabajo). Los resultados más importantes obtenidos en la línea de investigación acerca de las alteraciones en funciones ejecutivas en TDAH ponen de manifiesto un déficit en la capacidad de planificar y llevar a cabo un objetivo, de inhibir conductas, de cambiar de estrategias ante la demanda del medio y de fluidez verbal, así como en las estrategias de almacenamiento y evocación del material aprendido²⁴. El déficit en la autorregulación implicaría que los sujetos que presentan TDAH tienen dificultad para separar un evento mental o conductual de su reacción a él, siendo menos capaces de modificar o moderar su respuesta. Debido a esa dificultad para separar temporalmente el estímulo de su respuesta, los sujetos TDAH presentan más frecuentemente trastornos emocionales¹⁸.

Teorías más recientes incorporan una visión multicausal de la etiología del TDAH, en las que, además de las disfunciones ejecutivas, desempeñan un papel relevante distintos *procesos emocionales* y, especialmente, motivacionales. Nigg y Casey²⁰ definiendo tres circuitos neurales disfuncionales, dos de los cuales serían de naturaleza afectiva (centrándose en la aproximación o evitación de situaciones emocionales) o Castellanos y cols.¹⁴ y Sonuga-Barke y cols.²⁵, quienes proponen sendos modelos integradores de la teoría de la disfunción ejecutiva y la teoría del estilo motivacional anómalo (que se traduce en escapar o evitar el retraso de la recompensa) postulando que los síntomas disatencionales estarían más relacionados con el control cognitivo anómalo y los de hiperactividad e impulsividad con anomalías en procesos moti-

vacionales y emocionales. Un estudio neuroanatómico publicado recientemente apoyaba la existencia de disfunciones tanto cognitivas como emocionales en niños con TDAH, yendo a favor de estos modelos¹³. Además de confirmar reducciones volumétricas de sustancia gris en áreas cognitivas, observaron reducciones volumétricas en áreas típicamente emocionales (como la corteza orbitofrontal, el estriado ventral y las estructuras temporales mediales) que podrían explicar las disfunciones motivacionales, así como las alteraciones en el procesamiento del refuerzo.

Además de estudios relativos a la implicación *etiológica* en el TDAH del componente emocional, contamos con investigaciones que han abordado las *alteraciones* emocionales del TDAH. Así, Albert en 2008, realizó una revisión sobre este tema¹, señalando que los estudios al respecto confirman que tanto niños como adultos con TDAH tienen importantes dificultades para controlar sus emociones, especialmente cuando son negativas. Respecto a las *manifestaciones* de las alteraciones emocionales, distintas investigaciones han constatado que tanto niños como adultos con TDAH expresan mayores niveles de agresividad¹⁸, depresión⁹, tristeza y enfado¹⁰ que aquellos que no presentan el trastorno. Además de esa mayor expresión de emociones negativas, se entiende que el TDAH provoca mayores repercusiones emocionales negativas derivadas de él, incluyendo la afectación de la autoestima del niño²¹.

Sin embargo, los resultados han sido controvertidos, puesto que existen estudios que aportan datos en ambas direcciones. En el caso de la depresión, hay estudios que encuentran que los niños TDAH se ven afectados en mayor medida que los niños sin trastorno por sintomatología depresiva⁹, pero también estudios en nuestro medio encuentran que los niños TDAH se comportan de manera menos depresiva que los baremos normativos¹⁹. De igual forma, existen estudios que señalan la mayor asociación entre síntomas ansiosos y TDAH, pero existe un mayor número de estudios que investigan acerca de la *comorbilidad* entre trastornos depresivos o ansiosos y TDAH, que los pocos que estudian la ocurrencia de *síntomas* depresivos o ansiosos simultáneamente al TDAH sin que constituyan un trastorno psicopatológico.

El objetivo de este estudio es examinar si nuestra muestra de niños diagnosticados de TDAH presentan niveles aumentados de ansiedad y depresión, así como alteraciones de autoestima y falta de motivación escolar que lo que correspondería a la media de la muestra española comunitaria utilizada para elaborar los baremos de

las pruebas al efecto. Consideramos la ansiedad y la depresión como *sintomatología*, no como *trastorno* comórbido al TDAH (la alta comorbilidad entre TDAH y otros trastornos, entre ellos los internalizantes como los afectivos o de ansiedad, está ampliamente documentada³). Así mismo, quisimos comprobar la existencia o no de diferencias significativas entre diversos informantes que intervienen en el proceso diagnóstico del TDAH (padres, profesores y el propio niño) a la hora de valorar el nivel de ansiedad y depresión en la muestra. Consideramos la pertinencia de tales objetivos basándonos en que, habitualmente, no se incluyen dentro de las pruebas psicométricas que se suelen administrar en Escuelas y Centros de Salud Mental para diagnosticar el TDAH pruebas que evalúen la sintomatología de trastornos internalizantes que presenta el niño, lo cual puede influir en el curso de su trastorno, y en el tratamiento más eficaz que pudiera dársele.

MÉTODO

Sujetos

En un contexto de población clínica, la muestra estuvo constituida por niños que acuden a la Unidad de Salud Mental Puerto de Las Palmas de Gran Canaria derivados por su pediatra o por la escuela por sospecha de presentar un TDAH. Su elección se condicionó al cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión:

- Coeficiente intelectual normal.
- Tener entre 8 y 13 años.
- Diagnóstico compatible con TDAH.
- No recibir ningún tratamiento para el trastorno (ni psicológico ni farmacológico).

Criterios de exclusión:

- Presentar historia neurológica o psiquiátrica comórbida.
- Seguir tratamiento psicológico o psicofarmacológico.
- Inteligencia límite o deficiente.

A partir de la aplicación de los criterios anteriores, la muestra experimental definitiva estuvo formada por 12 niños (8-13 años) que cumplieran criterios DSM-IV de TDAH, de los cuales 3 eran mujeres y 9 varones ($M_{(edad)}=9,45$ años; $DT_{(edad)}=1,57$ años). Todos los sujetos eran diestros y tenían un $CI>80$ (WISC-R)²⁷. Los resultados obtenidos por el grupo TDAH en el WISC-R y en el Test de Atención D2 fueron contrastados con los evidenciados por un grupo de 12 niños controles (5 mujeres y 7 varones) equiparados en edad (7-14 años) ($M_{(edad)}=9,41$

20 años; $DT_{(edad)}=1,97$ años) preferencia manual y años de escolaridad. En las pruebas BASC, STAIC y CEDI, los resultados del grupo TDAH fueron contrastados con los aportados por los baremos de cada una de estas tres pruebas.

Materiales

El diagnóstico de TDAH fue realizado por una especialista en Evaluación Psicológica Infantil perteneciente al Centro de Salud Mental del Puerto, Gran Canaria. Para ello se utilizaron: la *Entrevista Clínica Semiestructurada* con los padres y el niño, escalas abreviadas de Conners para padres (CPRS-48) y profesores (CTRS-28)¹⁵ y la escala ADHD-IV de Du Paul para padres y profesores¹⁷.

El protocolo de evaluación implementado estuvo constituido por las siguientes pruebas:

1.- *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-Revisada, WISC-R*²⁷. En la evaluación del coeficiente intelectual usamos la 3ª edición de la adaptación española (TEA, 1997). Esta escala es clásicamente utilizada para evaluar el nivel de inteligencia en la población infanto-juvenil. Permite obtener un cociente intelectual (CI) Total (CIT) así como un CI verbal (CIV) y un CI manipulativo (CIM).

2.- *Test de Atención d2*¹². Se utilizó la versión española (TEA, 2002). Este test está compuesto por 14 líneas con 47 caracteres, lo que da un total de 658 elementos. Estos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañadas de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte inferior y/o superior de cada letra. La tarea del sujeto es tachar, de izquierda a derecha, en cada una de las líneas cada “d” que presente un número total de dos pequeñas líneas independientemente de su posición, el resto de estímulos no deben ser marcados. La prueba es un refinamiento tipificado de los llamados test de cancelación. Evalúa atención selectiva, velocidad de procesamiento, el seguimiento de unas instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación de estímulos visuales similares y que permiten la estimación de la atención y la concentración. De la relación de estas variables se obtienen conclusiones sobre el grado de actividad, la estabilidad y la consistencia, la fatiga y la eficacia de la inhibición atencional. La versión española de la prueba, que cuenta con un coeficiente de fiabilidad en torno al 0,90 según un reciente estudio¹⁶.

3.- *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC)*²². Este instrumento evalúa múltiples aspectos adaptativos e inadaptables de la conducta infantil y que se compone de unas 8 escalas clínicas (varía el

número según el informador), aproximadamente 4 escalas adaptativas y varias dimensiones globales. En la adaptación española del cuestionario existen 3 tipos diferentes de cuestionarios: uno para el sujeto (autoinforme), otro para los padres y otro para los profesores, con 3 versiones de cada cuestionario según la edad del sujeto. En este estudio utilizamos las subescalas “Autoestima”, “Sentido de Incapacidad”, “Actitud hacia la escuela”, “Ansiedad” y “Depresión”. Así mismo, dadas las edades de los sujetos, se implementó la versión 2 para los 3 cuestionarios (Sujeto-2, Padres-2, Profesores-2). Los cuestionarios fueron entregados a padres y profesores para su cumplimentación, mientras que en el caso de los sujetos, fueron administrados por la examinadora a fin de asegurarse la adecuada comprensión del contenido del mismo en los casos en que se comprobaron dificultades de comprensión.

4.- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)*²⁶. Consta de 2 subescalas que miden el nivel de Ansiedad-Rasgo (una disposición personal, y por lo mismo relativamente estable) y el nivel de Ansiedad-Estado (referido al estado ansioso como carácter emocional transitorio que varía según las situaciones).

5.- *Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI)*²³. Evalúa el nivel de depresión percibido por el sujeto. Es un cuestionario que se compone de 16 ítems que reflejan diferentes aspectos afectados por la depresión (alimentación, sueño, ideas de muerte, de fracaso, autoimagen, etc.) en las que el sujeto tiene que señalar qué grado de gravedad presenta. Elegimos esta escala al tratarse de un instrumento clínico muy utilizado para medir la sintomatología depresiva, pese a que no hay baremos normalizados en muestra española, sino que ofrece puntos de corte para la diferente severidad de los síntomas.

Para la interpretación de los resultados de las tres últimas pruebas que se utilizaron se tuvieron en cuenta las puntuaciones normalizadas en población española descritas por los autores de sus respectivas adaptaciones al castellano. Finalmente, se solicitó a los tutores legales de los sujetos del estudio un consentimiento informado para ser incluidos en éste. Posteriormente a la recogida de datos, todos los pacientes continuaron su tratamiento en la Unidad de Salud Mental, bien farmacológico, psicológico o ambos, según se valoró clínicamente.

Diseño y Procedimiento

En la presente investigación se comparan dos grupos (TDAH-Controles) en un conjunto de variables dependientes que vienen determinadas por el rendimiento de los sujetos en el protocolo de evaluación utilizado. Los

sujetos del grupo experimental fueron evaluados en dos sesiones de una hora de duración aproximadamente cada una, en las dependencias del Servicio de Salud Mental del Puerto, Gran Canaria en horario de tarde. Por su parte, las puntuaciones de los sujetos del grupo control se extrajeron a partir de la base de datos del Grupo de Investigación de Neuropsicología Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante los estadísticos ANOVA y diferencias de Medias para una muestra (*T-Student*) pertenecientes al Programa estadístico SPSS-PC versión 15 para Windows. El análisis del perfil medio de los estilos cognitivos contrastó las medias obtenidas por los casos de TDAH con las de los baremos tipificados de las pruebas respectivas, utilizando una prueba t. Se comprobó la normalidad de las distribuciones y se consideró $p < .05$ e IC del 95% para la media.

RESULTADOS

Coficiente Intelectual. El ANOVA realizado para la variable dependiente Inteligencia puso de manifiesto la inexistencia de diferencias significativas en función de la variable Grupo (TDAH-controles) tanto para el CIV [$F(1)=0,32$; $p > 0.05$], para el CIM [$F(1)=1,17$; $p > 0.05$] como para el CIT [$F(1)=0,32$; $p > 0.05$]. Sin embargo, un análisis pormenorizado de las subescalas que conforman el WISC-R puso de manifiesto diferencias significativas en: *Figuras Incompletas* [$F(1)=5,96$; $p < 0.05$]; *Historietas* [$F(1)=4,11$; $p < 0.05$] y *Rompecabezas* [$F(1)=5,96$; $p < 0.05$] junto a tendencia hacia la significación en: *Vocabulario* [$F(1)=5,96$; $p = 0.09$] y *Laberintos* [$F(1)=3,82$; $p < 0.06$]. En todas las diferencias encontradas siempre fue el grupo control el que alcanzó mejores puntuaciones.

Atención. El análisis estadístico implementado con los resultados obtenidos con el Test de Atención D2 sorprendentemente evidenció la inexistencia de diferencias significativas entre ambos grupos (TDAH-controles) en los nueve indicadores de la prueba.

Análisis del perfil emocional. Ansiedad. Respecto a la Ansiedad autopercebida, el grupo de sujetos TDAH muestra resultados paradójicos. En el STAIC su nivel de ansiedad fue de 36,66 como media mien-

tras que la puntuación ofrecida por los baremos para esta prueba en función de la edad es de 33. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas [$T(11)=3,25$; $p < 0.05$]. Sin embargo, en el BASC se invierte este patrón, mostrándose los sujetos TDAH menos ansiosos ($M=6,58$) que las puntuaciones de los baremos de la prueba (7,4), dichas diferencias fueron estadísticamente significativas [$T(11)=2,95$; $p < 0.05$]. **Depresión.** Cuando analizamos el nivel de Depresión en función de los baremos del BASC, se detecta que nuestro grupo TDAH tiene un mayor nivel de síntomas depresivos ($M=2,92$) que la puntuación del baremo correspondiente (1,7), estas diferencias fueron estadísticamente significativas [$T(11)=2,09$; $p < 0.05$]. Pese a ello, los resultados obtenidos con el cuestionario clínico de Depresión (CEDI), muestran que la media del grupo ($M=4,25$) no alcanza el punto de corte para considerar que pueda existir un trastorno depresivo situado en una puntuación de 8. En la *Autoestima* medida también con el BASC obtuvimos una diferencia estadísticamente significativa [$T(11)=7,24$; $p < 0.01$] indicando que nuestro grupo TDAH tiene un importante sentimiento de baja autoestima ($M=0,92$) frente a la puntuación que nos ofrece el baremo para esta prueba (5,3). Respecto a la variable *Actitud hacia el Colegio*, el grupo TDAH obtuvo una puntuación similar ($M=1,67$) a la ofrecida por el baremo para esta prueba (1,4) [$T(11)=0,39$; $p > 0.05$]. Puntuaciones similares a esta última se obtuvieron en la variable Sentimiento de Incapacidad. La figura 1 recoge la representación gráfica del conjunto de resultados emocionales comentados.

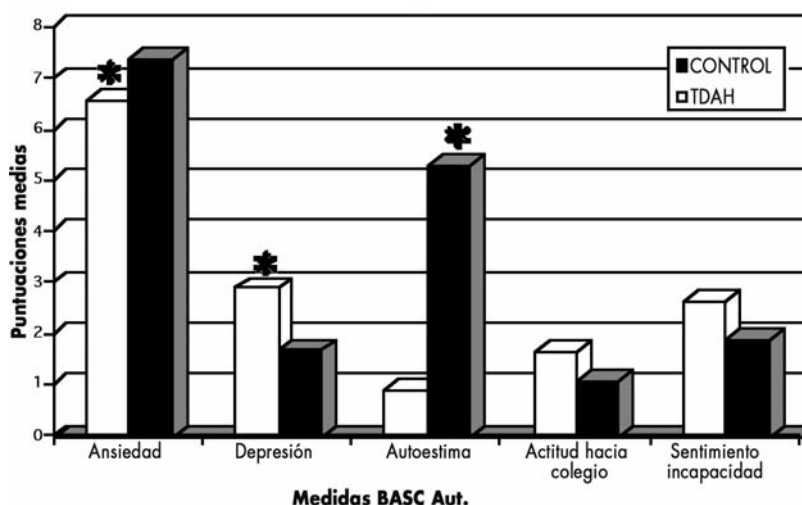


Figura 1. Representación gráfica de los niveles de las variables emocionales del grupo TDAH en comparación con los baremos del BASC, * $p < 0,05$.

22 *Análisis de los niveles de ansiedad y depresión percibidos en función del informador.* Respecto a la *ansiedad*, el análisis realizado para esta variable en función de la fuente de información objetivó diferencias estadísticamente significativas en todos los contrastes (padres-profesores-niños). En general, los padres observan mayor nivel de ansiedad que los profesores y que los propios niños. Por su parte, los profesores aprecian menores niveles de ansiedad que los niños. El patrón identificado para los niveles de *depresión* va en la misma línea que el encontrado para la *Ansiedad*, es decir, los niños TDAH se perciben menos deprimidos que lo considerado por sus padres y profesores. Del mismo modo, son los padres quienes alcanzan los valores más altos en esta variable.

Las medias, desviación típica, el valor del estadístico de contraste (*T*) así como la probabilidad asociada de estos contrastes pueden consultarse en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis de los niveles de Ansiedad y Depresión percibidos en función del informador

	Ansiedad				Depresión			
	M	SD	T(II)	P<	M	SD	T(II)	P<
TDAH	6,58	3,84	5,92	0,0001	2,92	2,9	3,47	0,005
Padres	11,08	3,17			11,67	9,4		
TDAH	6,58	3,84	5,93	0,0001	2,92	2,9	3,47	0,005
Profesores	5,92	3,03			6,92	6,94		
Padres	11,08	3,17	6,77	0,0001	11,67	9,4	3,47	0,005
Profesores	5,92	3,03			6,92	6,94		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue estudiar si los sujetos diagnosticados de TDAH mostraban un perfil emocional diferente a los evidenciados por los datos normativos de los distintos instrumentos utilizados para su evaluación. El excesivo énfasis en el rendimiento ejecutivo de la población con TDAH ha supuesto un menor interés por el perfil emocional de estos niños. Esta situación sorprende aún más cuando desde la Neuropsicología se han identificado los circuitos y áreas cerebrales que regulan nuestro comportamiento emocional, ocurriendo además que algunos de estos circuitos son de naturaleza dopaminérgica, existiendo datos que evidencian un mejor rendimiento en variables emocionales en TDAH después de la administración continuada de psicoestimulantes (especialmente el metilfenidato).

En el nivel de Ansiedad autopercibida mostrado por

nuestro grupo de TDAH encontramos resultados contradictorios entre las dos pruebas usadas para medir esta variable. Si consideramos que tanto el STAIC como el BASC tienen índices de validez y fiabilidad adecuados y son de uso cotidiano en la práctica clínica, no tenemos una explicación satisfactoria de los mismos. Por lo que se refiere a la variable Depresión los sujetos TDAH se percibían como más deprimidos que la media de los sujetos utilizados para elaborar el baremo normativo. Estos resultados están en la línea de los encontrados por otros autores¹⁸, pero hay que señalar que uno de los autores españoles que más ha estudiado el área emocional en TDAH como es López-Villalobos, encuentra que los sujetos TDAH muestran menor sintomatología depresiva que la media de la muestra española en otro de los tests más ampliamente utilizados para medir depresión en niños como es el CDS (Cuestionario de Depresión para niños de Lang y Fisher). Sin pretender abordar el amplio tema de la comorbilidad, nos parece remarcable señalar que nuestra muestra, pese a lo anterior, no presentaba síntomas depresivos de tal intensidad como para constituir un *trastorno depresivo*, resultado opuesto al obtenido por varios estudios que han abordado la comorbilidad TDAH-depresión⁸, encontrando que ambos trastornos se asocian frecuentemente (con ratios que varían ampliamente según la metodología del estudio). En nuestra muestra, los sujetos con TDAH no presentan trastorno depresivo comórbido.

Respecto al resto de variables emocionales estudiadas (autoestima, y motivación) nuestros resultados van en la línea de lo mayoritariamente publicado por otros autores^{5,21}. Nos parecía interesante contar con datos acerca del nivel de *actitud negativa hacia la escuela*, como indicador de un aspecto importante de la motivación escolar del niño (que considerábamos fundamental para el diagnóstico diferencial del trastorno, ya que en ocasiones se confunde la desmotivación escolar del menor con un déficit de atención). Consideramos que se trata de una variable compuesta por varios factores fundamentales (tolerancia a la frustración, interés por la tarea, refuerzo, etc.) que en nuestro estudio han sido evaluados a través de una única medida. Creemos que esto es una de las limitaciones del estudio, ya que la variable motivación nos parece fundamental a la hora de caracterizar al sujeto, debido a su importante influencia en los procesos cognitivos y emocionales que intentamos medir.

Un intento de interpretación neuropsicológica del perfil emocional de nuestra muestra TDAH plantea, para la variable Depresión y, en alguna medida para la variable

Ansiedad, la necesidad de profundizar en este componente de la organización psicológica de esta población. Si nuestros resultados fuesen consistentes a lo largo del tiempo y en muestras más amplias, se podrían relacionar con alteraciones de los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos postulados como explicación neurobiológica causal del TDAH.

En el estudio de las diferencias entre los niveles de Ansiedad y Depresión en función del informante que cumplimenta el cuestionario (sujeto, padres, profesores), nos resulta relevante la diferencia estadísticamente significativa en el nivel de Depresión que perciben los informantes. Estos resultados deben ser contemplados a la luz del contexto de los déficits atencionales evidenciados por padres y profesores en el TDAH, habiéndose obtenido índices de correlación significativos entre ambas subescalas. Es probable que la manifestación conductual de una desatención marcada se confunda con sintomatología depresiva, ya que puede haber características observables comunes como pueden ser la inhibición, la distraibilidad, etc. Otra posible explicación a estos datos podría ser que el mayor nivel de sintomatología depresiva observado en el grupo TDAH ocasione una mayor desatención al inhibir al sujeto, centrándole más en sus propias cogniciones que en lo exterior a él. Respecto a la cuestión de cuál de los informantes percibe mayor grado de Depresión o Ansiedad, los padres tienden a puntuar más alto en Ansiedad y Depresión percibida en sus hijos TDAH que éstos o que sus profesores. Estos resultados contradicen los publicados por Bará y cols.⁵, que encuentran que son precisamente los padres quienes informan de niveles inferiores de ansiedad o depresión en su hijo. Según los resultados de ese estudio, los sujetos TDAH serían quienes documentaban sentir más ansiedad y depresión, concluyendo que el aspecto emocional de estos niños se documenta principalmente con el autoinforme.

El conjunto de resultados obtenido en esta investigación enfatiza la necesidad de contemplar las variables emocionales tanto en la fase diagnóstica como en los acercamientos terapéuticos del TDAH. Consideramos que su inclusión en los protocolos de manejo de esta población maximizará la eficacia terapéutica.

Finalmente, entendemos que el estudio realizado presenta algunas limitaciones a resolver en el futuro, en concreto, el tamaño reducido de la muestra y la inexistencia en algunas de las medidas de un grupo control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert J, López S, Fernández-Jaén A, Carrié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología* 2008; 47 (1): 39-45.
2. Anderson P. Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychology* 2002; 8: 72-82.
3. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 2003; 36 (supl.1): S68-S78.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
5. Bará S y cols. Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología* 2003; 37 (7):608-615.
6. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3ed. New York: Guilford Press; 2006.
7. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 1997; 121:65-94.
8. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Attention Disorders* 2005 May; 8(4):195-207.
9. Bohline DS. Intellectual and affective characteristics of attention deficit disordered children. *J Learn Disabil* 1985; 18: 604-8.
10. Braaten EB, Rosen LA. Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consultant Clinical Psychology* 2000; 68: 313-21.
11. Bradley JDD, Golden CJ. Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. *Clinical Psychology Review* 2001; 21: 907-29.
12. Brickenkamp, R. (1962). *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Hogrefe, Göttingen, Alemania. VC. Seisdedos Cubero, N. (2002). *Manual, d2, Test de atención*. TEA Ediciones, S.A. Madrid.
13. Carmona S. Neuroanatomy of attention deficit hiperactivity disorder: voxel-based morphometry and region of interest approaches. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona (2008).
14. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends of Cognitive Science* 2006; 10: 117-23.
15. Conners, CK. *Conner's Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 1989.
16. Cuesta M, de Iscar MJ, Begega MA, Méndez M, Álvarez L, Solís G y cols. Psychometric properties of the d2 selective attention test in a sample of premature and born-at-term babies. *Psicothema* 2007; 19(4): 706-710.
17. Du Paul GJ y cols. *ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford, 1998.

18. Kitchens SA, Rosen LA. Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders* 1999; 3: 77-83.
19. López-Villalobos JA y Ruiz F. Dimensiones depresivas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anual Psiquis*, 2006; 22 (5).
20. Nigg JT, Casey BJ. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Developmental Psychopathology* 2005; 17: 785-806.
21. Orjales I, Polaino-Lorente A. Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1994; 47 (4): 461-466.
22. Reynolds, CR, Kamphaus, RW. *BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA; 2004.
23. Rodríguez-Sacristán J, Cardoze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez-Ríos J. *Sistemas objetivos de medida: experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI) Modificado de Kovacs y Beck*. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1984; 3: 65-74.
24. Rubio-Morell B, Martín-González R, Herreros-Rodríguez O, González-Pérez PA, Hernández-Expósito S, Quintero-Fuentes I, Gracia-Marco R. Evaluación neuropsicológica de la eficacia del metilfenidato-OROS en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 2008; 46 (10): 602-608.
25. Sonuga-Barke EJ. Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural and Brain Research* 2002; 130:29-36.
26. Spielberger N. *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad estado rasgo*. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
27. Wechsler D. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada. (5ª ed.)*. WISC-R. Madrid: TEA; 1999.

M.D. Mojarro Práxedes
P. Benjumea Pino

Continuidad/discontinuidad de los trastornos hiperkinéticos en la vida adulta

Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

Continuity/discontinuity in hyperkinetic disorders in adulthood

Correspondencia:
E-mail: mojarro@us.es

RESUMEN

Objetivo. El trastorno hiperkinético, cuadro de inicio en la infancia y conocido como un trastorno de la psiquiatría infantil, tiene su espacio en la nosología psiquiátrica adulta debido a las altas tasas de continuidad del trastorno. En los diferentes estudios realizados, el 34-70% de los sujetos continúan sufriendo el trastorno de diversas formas en la vida adulta, así como altas tasas de comorbilidad psiquiátrica y la persistencia de las alteraciones neuropsicológicas presentes desde la infancia. Los objetivos del presente trabajo fueron analizar la continuidad del trastorno hiperkinético en la vida adulta en una muestra de niños con el trastorno después de 13 años de seguimiento, y evaluar, en los que aún presentaban el trastorno, la psicopatología y las alteraciones neurocognitivas asociadas.

Metodología. La muestra estuvo formada por 21 pacientes de un grupo inicial de 45, que cumplían criterios CIE-10 para el diagnóstico de Trastorno Hiperkinético 13 años atrás, y reevaluados pasado este tiempo. Administramos un protocolo de evaluación constituido por las siguientes pruebas: Cuestionario de Achenbach (CBCL), Cuestionario de salud mental general de Goldberg (GHQ, versión de 28 ítems), Test visomotor de Bender, Test de retención visual de Benton y CPT (Continuous Performance Test).

Resultados. En este estudio de seguimiento, 16 sujetos (76,9 %) continúan presentando el trastorno hiperkinético en la adolescencia/adulthood. Si bien existe una mejoría neurocognitiva, persisten déficits en la edad adulta, evidenciados mediante el Test de retención visual de Benton. Es de destacar que ningún sujeto de los 21 estudiados presenta comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico (en algunos de ellos habían aparecido en algún momento de su vida síntomas del área depresiva y ansiosa, pero sin llegar a cumplir criterios diagnósticos). Hay síntomas en la infancia de las áreas hiperactiva (atención mantenida, distraibilidad), conductual (agresividad hacia objetos y hacia personas) y afectiva (ánimo, fobias e hipocondría) que están relacionados con síntomas del área ansioso-depresiva en el adulto. Igualmente, déficits en medidas atencionales en la infancia (falsos positivos en CPT) y de memoria (número de errores en el Test de Benton, puntuaciones en la figura de Rey) se relacionan con déficit neurocognitivos y alteraciones psicopatológicas en el adulto.

Conclusiones. En nuestra muestra existe una clara continuidad del Trastorno Hiperkinético en la vida adulta, con manifestaciones del trastorno y ligeras alteraciones neurocognitivas. Por otro lado, está ausente la comorbilidad psiquiátrica, por lo que el pronóstico en esta población no es tan negativo como se refiere en la

26 mayoría de los estudios. Ello podría deberse a la ausencia de asociación a trastorno disocial o a cualquier otro cuadro psiquiátrico en la infancia, y a que habían seguido revisiones psiquiátricas periódicas y tratamiento psicofarmacológico hasta la vida adulta.

Palabras clave: Trastorno Hiperkinético, TDAH, Trastorno Disocial, continuidad, persistencia.

ABSTRACT

Aim. Hyperkinetic disorder, a psychiatric childhood-onset disorder, has its place in the adult nosology due to the high rates of persistence of the disorder. In various studies, 34-70% of patients continue to suffer some form of the disorder in adulthood, and high rates of psychiatric comorbidity and persistence of neuropsychological disorders present since childhood. The objectives of this study were to analyze the continuity of hyperkinetic disorder in adulthood in a sample of children with the disorder after 13 years of monitoring; and to evaluate their psychopathology and neurocognitive disorders.

Methodology. The sample consisted of 21 patients from an initial group of 45 who met criteria for hyperkinetic disorder (ICD-10) 13 years ago, and re-assessed after this time. The study protocol administered was: Questionnaire CBCL, General Health Questionnaire (GHQ, 28-item version), Bender visual motor Test, Benton Visual Retention Test, and CPT (Continuous Performance Test).

Results. In this follow-up study, 16 subjects (76.9%) continue to present the hyperkinetic disorder in adolescence/adulthood. While there is a neurocognitive improvement, deficits persist into adulthood as evidenced by the Benton Visual Retention Test. It is noteworthy that no subject has psychiatric comorbidity (some of them had suffered at some point in their life depressive and anxious symptoms, without fulfilling diagnostic criteria). Some symptoms in childhood hyperactive (sustained attention, distractibility), behavioral (aggression toward objects and to people) and affective areas (mood, phobias and hypochondriasis) are associated with symptoms of anxiety-depression in adulthood. Likewise, deficits in attentional measures in childhood (false positive CPT) and memory (number of errors on the Benton Test, scores on the Rey figure) are related to neurocognitive deficits and psychopathology in adults.

Conclusions. In our sample there is a continuity of hyperkinetic disorder to adulthood, with manifestations of the disorder and slight neurocognitive disorders. Fur-

thermore, psychiatric comorbidity is absent, so the prognosis in this sample is not as negative as the majority of the studies. This could be due to the lack of association with conduct disorder or other psychiatric disorders in childhood, and to the regular psychiatric reviews and psychopharmacological treatment followed until adulthood.

Keywords: hyperkinetic disorder, ADHD, conduct disorder, continuity, persistence.

INTRODUCCIÓN

El trastorno hiperkinético, cuadro de inicio en la infancia y conocido como un trastorno de la psiquiatría infantil, tiene su espacio en la nosología psiquiátrica adulta debido a las altas tasas de continuidad del trastorno. En cuanto a su persistencia, son pocos los estudios de continuidad que mantienen al menos el 50% de su población inicial^{10,17,21,27}. En estos estudios, el 34-70% de los sujetos continúan manifestando el trastorno de forma moderada (persistencia sindrómica) a grave (cumplen todos los criterios del trastorno), siendo el resto remisiones totales (persistencia sintomática) o parciales (cumplen sólo algunos criterios del trastorno). Respecto a la persistencia sintomática no podemos olvidar que, aún cumpliendo criterios sintomatológicos, si éstos no provocan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento laboral, académico y social, no conforman trastorno diagnosticable alguno.

A pesar de que la aparatosidad de los síntomas nucleares disminuye en el adulto, no por ello sus alteraciones psicopatológicas son menos intensas, ya que muchas otras áreas, no afectadas en la infancia o mínimamente detectadas, hacen su aparición y se convierten, por su intensidad psicopatológica y su capacidad de afectar la vida del paciente, en motivo de interés y de intervención diagnóstica y terapéutica.

Así, Riccio et al.²² señalan que muchos adultos, aun no teniendo la triada sintomatológica completa (persistencia sintomática), presentan quejas comunes como confusión o problemas de pensamiento, depresión o baja autoestima, dificultades en el mantenimiento de las tareas, humor variable e irritabilidad, déficits de memoria, problemas de organización, etc. Problemas asociados secundarios a sus síntomas, como bajo desarrollo académico o profesional, estatus socioeconómico más bajo que sus hermanos, cambios de trabajo continuos e insatisfacción con el mismo, cambios de residencia, intolerancia al estrés, inestabilidad emocional manifestada por dificultades en

la relaciones personales (ya sean con amigos o dentro del marco familiar), hacen que el trastorno en la vida adulta, al igual que en la infancia, dificulte el desarrollo adecuado en todas las áreas de funcionamiento.

Si bien las diferencias psicopatológicas con respecto a la infancia se han abordado en la mayoría de los estudios con muestras de adultos, no ocurre igual con el desarrollo neuropsicológico, escasamente analizado a pesar de conocerse claramente las consecuencias de estos déficits, principalmente en los planos académico y profesional.

Los déficits cognitivos más relevantes parecen recaer en las funciones de atención, memoria y función ejecutiva. En un estudio neuropsicológico en TDAH adultos no medicados, Seidman et al.²⁵ encuentran, independientemente de la edad, sexo y comorbilidad psiquiátrica, que estos tienen alteraciones neurocognitivas en medidas de vigilancia auditiva, componente ejecutivo de aprendizaje verbal y habilidades en aritmética. Igualmente, Schweitzer et al.²⁴ encuentran déficits en memoria de trabajo; Weinstein y cols.²⁸ señalan dificultades en memoria además de en atención, organización y habilidad en solventar problemas; Gallagher y Blader¹¹ describen déficits en función ejecutiva, memoria de trabajo y atención; y Downey et al.⁸ señalan déficits en medidas de atención sostenida y memoria verbal. Estos déficits son señalados como conclusión por Schoechlin y Engel²³ al realizar un estudio de metaanálisis de 24 trabajos (1675 pacientes). Los autores, además de subrayar que los déficits más pronunciados en el adulto se producen en memoria verbal, atención selectiva y mantenida, memoria de trabajo y habilidad en la resolución de problemas, hacen hincapié en la consideración de las variables confundentes como subtipo de trastorno, ya que dependiendo de ello los déficits van a recaer más en unas funciones u otras. Así, el subtipo hiperactivo/impulsivo presenta principalmente problemas en tiempo de reacción, resolución de problemas, flexibilidad y atención sostenida, mientras que el subtipo inatento presenta déficits en memoria, atención selectiva y velocidad de procesamiento de la información.

Un punto importante en el abordaje del trastorno en la vida adulta es el conocimiento de la alta comorbilidad psiquiátrica, que complica el diagnóstico y la efectividad del tratamiento. Los síntomas nucleares del trastorno (hiperactividad, déficit de atención, e impulsividad) pueden estar presentes en múltiples cuadros psiquiátricos. Así, dentro de la patología psiquiátrica es frecuente que aparezcan estos síntomas en trastornos depresivos mayores con agitación, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de personalidad (principalmente el disocial y el límite), trastornos del pensamiento, ciclotimia, etc.

La mayoría de los autores señalan que las comorbilidades más frecuentes son el trastorno de personalidad antisocial y los abusos de alcohol y de drogas, seguidos de trastornos de ansiedad y trastornos del humor (distimia, ciclotimias, etc.). No obstante, si bien el trastorno de personalidad antisocial y los trastornos por consumo de drogas y de alcohol aparecen claramente en los grupos que presentan cuadros mixtos de hiperkinesia y trastorno disocial, la aparición de abuso de alcohol y de drogas en la vida adulta en sujetos que en su infancia sólo tuvieron un trastorno hiperkinético no es defendida por todos los autores, barajando la hipótesis de que sea el trastorno disocial y no el hiperkinético el que evolucione a estos trastornos por abuso^{12,16}. En esta línea, Barkley et al.¹ diferencian los hiperactivos aislados de los hiperactivos con trastorno disocial, no encontrando diferencias en el consumo de ninguna droga entre hiperactivos sin comorbilidad y controles sanos. Esto demuestra que es la concurrencia del trastorno disocial con el trastorno hiperkinético, más que este último de forma aislada, el mayor factor de riesgo para el abuso de drogas en jóvenes adultos.

Por otra parte, la comorbilidad en el adulto puede variar dependiendo del subtipo de TDAH, ya que los diferentes subtipos pueden asociarse a modelos de comorbilidad diferentes. Los niños que presentan el subtipo inatento tienen mayores comorbilidades con trastornos del aprendizaje y trastornos internalizantes (humor y ansiedad), mientras que los subtipos hiperactivo-impulsivo y combinado están más frecuentemente asociados con conductas oposicionistas, agresividad y delincuencia^{9,15}.

En cuanto a la comorbilidad, esta puede pasar desapercibida en los casos que no han sido diagnosticados en la infancia. Si en ellos continúa la psicopatología hiperkinética, sus síntomas en el adulto se pueden atribuir erróneamente a otros cuadros, como ansiedad y trastornos del humor (incluyendo depresión y manía), etc. Así, los profesionales de salud mental no familiarizados con el trastorno pueden equivocarse y diagnosticar exclusivamente el trastorno comórbido, con el consiguiente fracaso terapéutico.

Todo esto determina el gran interés del conocimiento de la continuidad y la comorbilidad del trastorno hiperkinético en la vida adulta, y de la detección de dicho trastorno hiperkinético residual junto a otras patologías, puesto que si son estas las únicas diagnosticadas y tratadas, se oscurecerán la eficacia terapéutica y el pronóstico de estos cuadros mixtos.

Los objetivos del presente trabajo son:

1. Analizar la continuidad del trastorno en la vida

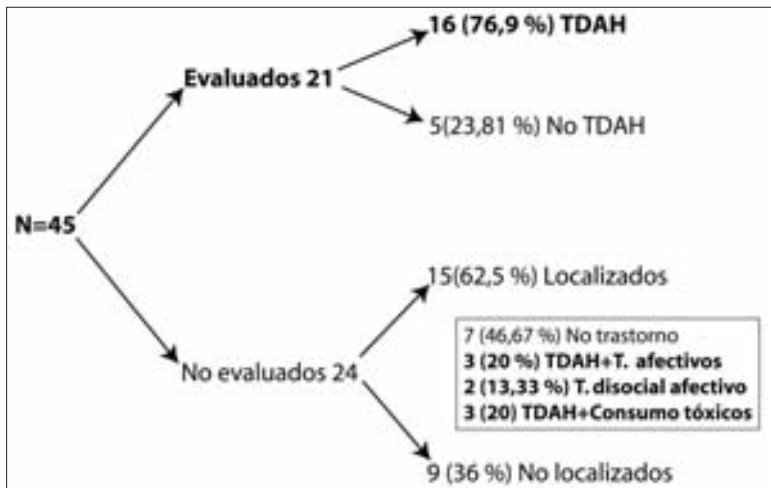


Figura 1: sujetos del estudio

adulta en una muestra de niños con el trastorno después de 13 años de seguimiento.

2. Analizar, en los que aún presentan el trastorno, la psicopatología asociada y las alteraciones neurocognitivas presentes.

MATERIAL Y MÉTODO

La población universo está constituida por 45 niños con Trastorno Hiperkinético según CIE-10, todos varones, con una media de edad de 8,25 años en el momento de su diagnóstico 13 años atrás. De estos 45 niños, 21 son evaluados en la actualidad y 24 no lo son por distintas razones (figura 1). De los sujetos evaluados, 16 (76,9%) presentan un Trastorno Hiperkinético residual y todos ellos se encuentran en tratamiento, y 5 (23,81%) no presentan dicho trastorno. De los 24 sujetos no evaluados, 15 (62,5%) son localizados actualmente o hasta hace uno o dos años han estado en contacto con nosotros. De estos, 7 (46,67%) se encuentran bien, 3 (20%) presentan un trastorno de la esfera ansioso-depresiva y Trastorno Hiperkinético, 2 (13,33%) un Trastorno Disocial Afectivo, y 3 (20%) consumo de tóxicos y Trastorno Hiperkinético. El resto (9 sujetos; 36%) no fueron localizados (figura 1). Todos los sujetos que presentaban un Trastorno Hiperkinético residual cumplían criterios DSM IV-TR.

INSTRUMENTOS

A.- En la infancia

A1.- Evaluación psicopatológica:

- Entrevista semiestructurada PACS (Parental

Account of Children's Symptoms Interview^{4,26}).

- Cuestionarios de Conners para padres y para profesores^{5,7}.

A2.- Evaluación Neuropsicológica:

- Test visomotor de Bender (valoración de Santucci).
- Test de retención visual de Benton (errores).
- Continuous Performance Test (CPT)^{3,20}.
- Figura de Rey (copia y réplica).
- Test de laberintos de Porteus (cuantitativo y cualitativo).
- Dígitos del WAIS (directos e indirectos).
- Escala de Signos Neurológicos Menores (Physical and neurological examination for soft signs - PANESS)^{2,7}.

B.- EN EL ADULTO

B1.- Evaluación psicopatológica:

- Cuestionario de Achenbach (CBCL).

- Cuestionario de salud mental general de Goldberg (GHQ, versión de 28 ítems)^{13,19}.

B2.- Evaluación Neuropsicológica:

- Test visomotor de Bender.
- Test de retención visual de Benton.
- CPT (Continuous Performance Test).

B3.- Listado de preguntas sociodemográficas.

METODOLOGÍA

Se recogen 45 historias de niños que en el año 1994 entraron para evaluación y diagnóstico; de ellos, 16 seguían aún en tratamiento. Tras intentar localizar al resto de los niños para su evaluación, 5 aceptan formar parte del estudio. Del resto, se localizó a 15 sujetos, y tras hablar con ellos o con los padres se determinó que 7 sujetos fueron dados de alta por nosotros o por otro profesional, 3 han estado en contacto con nosotros hasta hace unos años y fueron derivados por distintos motivos por presentar cuadros de la esfera ansioso-depresiva, 2 presentaban un Trastorno Disocial Afectivo, y 3, según los padres, consumían en la actualidad drogas y no se encontraban en tratamiento ni querían estarlo (figura 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Test de Wilcoxon pareado para ver sujeto a sujeto las diferencias entre la infancia y vida adulta.
2. Análisis de regresión múltiple (stepwise) teniendo como variables independientes las de la infancia y como dependientes las del adulto.

Tabla 1: Test de Wilcoxon (caso a caso)

Test de Wilcoxon (caso a caso)			
	Infancia		Adulto
Bender		p<0,003	
Benton		p<0,004	
CPT	RC	p<0,003	
	F+	p<0,003	

Bender=Test gúestáltico visomotor de Bender; Benton= Test de retención visual de Benton; CPT=Continuous Performance Test; RC=Respuestas correctas; F+=Falsos positivos

Tabla 2: Rendimientos en Test de retención de Benton y Test de Bender

Rendimientos en Test de retención de Benton y Test de Bender		
Benton	Infancia	73,3% + errores
	Adultos	53,33% + errores
Bender	Infancia	46,6% alteraciones visoperceptivas
	Adultos	0

RESULTADOS

A) Medidas neuropsicológicas

Test de Wilcoxon pareado (emparejamiento de caso a caso)

En el Test de retención visual de Benton existen diferencias significativas ($p<0,003$) entre la ejecución en la infancia y en la actualidad. En el Test visomotor de Bender igualmente aparecen diferencias significativas ($p<0,004$) entre las dos valoraciones. En el análisis del CPT en respuestas correctas existen diferencias significativas ($p<0,003$) entre la infancia y la actualidad, e igualmente en falsos positivos (tabla 1).

A pesar de existir una clara mejoría en la realización de las pruebas según el análisis estadístico de Wilcoxon, cuando se analiza el número de errores en el Test de Benton, en la infancia el 73,3% de los sujetos tenían más errores de los que le correspondían para su edad, y en la actualidad la mitad de los sujetos (53,3%) presentan más errores con respecto a su edad. Por lo tanto, aunque exista una clara mejoría en memoria, la mitad de los sujetos continúan teniendo problemas mnésicos. En el Test de Bender, en la infancia el 46,66% presentaban alteraciones de la función perceptiva, mientras que ninguno las manifiesta en la actualidad. Los datos del CPT no pueden valorarse por no existir datos normativos para nuestra población (tabla 2).

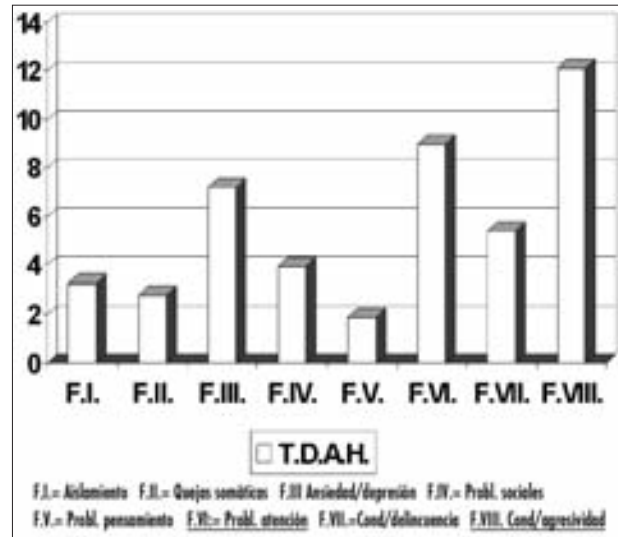


Gráfico 1: puntuaciones del cuestionario CBCL

B) Psicopatología

B.1.-Factores de Achenbach

Aunque la mayoría de los sujetos eran adultos, al estar tan cercanos a la adolescencia se decidió la administración del Cuestionario de Achenbach (CBCL) por considerar que las preguntas podrían ser relevantes a pesar de tener algunos años más de los aconsejables para la realización del mismo. Las puntuaciones en los distintos factores del CBCL quedan reflejadas en el gráfico 1. Cabe destacar que sólo el factor atencional ($\bar{x}=8,45$, $DS=2,88$) y el factor Conducta/Agresividad ($\bar{X}=8,18$, $DS=2,23$) se encuentran por encima de la población normal.

B.2.-Cuestionario de Goldberg (GHQ-28 ítems)

La media global en el GHQ es de 2, siendo las puntuaciones medias en las distintas subescalas (gráfico 2): Síntomas somáticos $\bar{X}=0,64$ ($SD=0,81$); Ansiedad e insomnio $\bar{X}=0,64$ ($DS=1,03$); Disfunción social $\bar{X}=0,55$ ($DS=0,93$); y Depresión Severa $\bar{X}=0,18$ ($DS=0,60$).

Comparando los resultados de este trabajo con datos normativos en varones de la población general sevillana⁶, puede verse cómo en la subescala de depresión severa es donde existen mayores diferencias (aunque debe señalarse que no es posible establecer si existen diferencias significativas) (gráfico 2). A pesar de ello, sólo 1 sujeto supera en puntuación total el punto de corte 4/5.

C.- Análisis de regresión múltiple

El 99,9% de la variabilidad de las puntuaciones en la subescala de depresión severa del GHQ está explicada

30

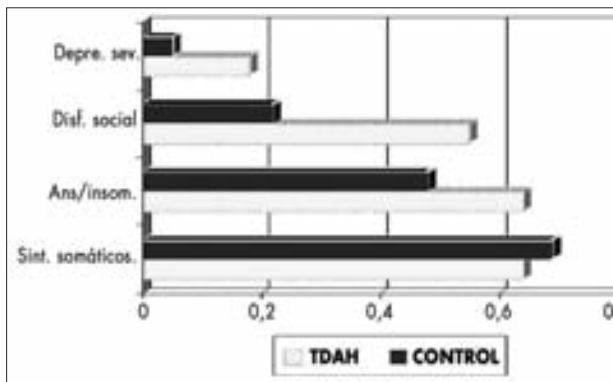


Gráfico 2: puntuaciones del cuestionario de Goldberg

por los síntomas en la infancia: fobia, hipocondría, atención mantenida, distraibilidad, agresividad contra objetos y personas y signos neurológicos menores (tabla 3).

El 99,6% de la variabilidad de las puntuaciones en el factor aislamiento del CBCL está explicada por: falsos positivos en el CPT, errores en el Test de Benton, réplica y copia de la figura de Rey, cuestionario de Conners para padres, y distraibilidad en la PACS.

El 99% de la variabilidad de las puntuaciones en falsos positivos del CPT está explicada por los síntomas agresividad hacia objetos y hacia personas, desobediencia, puntuaciones totales en el cuestionario de Conners para profesores, y puntuaciones en dígitos indirectos (tabla 4).

El 96% de la variabilidad de las puntuaciones en respuestas correctas del CPT del adulto está explicada por las puntuaciones totales en la escala PANESS de signos neurológicos menores, las puntuaciones en falsos positivos del CPT, y las puntuaciones en síntomas nivel de actividad y ánimo de la PACS (tabla 5).

El 95% de la variabilidad de las puntuaciones totales de la subescala ansiedad/insomnio del GHQ está explicada por las puntuaciones en la valoración de Santucci del Test de Bender, las puntuaciones en copia de la figura de Rey, y las puntuaciones en el síntoma de atención mantenida de la PACS.

DISCUSIÓN

En este estudio de seguimiento, 16 sujetos (76,9 %) continúan presentando el trastorno hiperkinético en la adolescencia/adulthood. Esta cifra se sitúa dentro del rango determinado en otros estudios según diversos autores^{10,17,21,27}.

Tabla 3: Regresión Múltiple - Subescala de Depresión Severa (GHQ)

	B	SEB	Significación
Fobia	0,0095	3,5371E-04	p<0.0001
Hipocondría	-0,0068	1,7132E-04	p<0.00001
Atención mantenida	-0,0076	1,7936E-04	p<0.00001
Distraibilidad	0,0039	1,2802E-04	p<0.0001
Agresividad contra objetos	0,0025	1,5939E-04	p<0.006
Agresividad contra personas	-0,0001	5,4926E-05	p<0.008

R square 99,9%; p<0.00001

Tabla 4: Regresión Múltiple - CPT falsos positivos (adultos)

	B	SEB	Significación
Agresividad contra objetos	0,039	0,0015	p<0.00001
Desobediencia	-0,0088	0,0011	p<0.0006
Dígitos inversos	-2,2749	0,2680	p<0.0004
Agresividad contra personas	-0,0086	0,0014	p<0.002
Conners profesores	0,0298	0,0064	p<0.005

R square 99%; p<0.00001

Tabla 5: Regresión Múltiple - CPT respuestas correctas (adultos)

	B	SEB	Significación
PANESS	1,0073	0,0992	p<0.0001
Nivel de actividad	-0,1885	0,0233	p<0.0002
Ánimo	0,1308	0,0349	p<0.009
CPT (F+)	-0,1723	0,0703	p<0.04

R square 96%; p<0.0001

En los sujetos de nuestro estudio existe mejoría psicopatológica en los síntomas nucleares del trastorno, manifestada mediante la valoración clínica y también a nivel neuropsicológico, como puede desprenderse de los resultados en las pruebas atencionales, de memoria y perceptivas.

Si bien existe una mejoría neurocognitiva, persisten déficits en la edad adulta, evidenciados mediante el Test de retención visual de Benton, en el que los sujetos continúan presentando más errores de los que corresponden para su edad y cociente intelectual. Igualmente, el hecho de requerir tratamiento farmacológico para sus problemas atencionales indica que continúan presentando problemas en este síntoma nuclear. Esta continuidad de los déficits cognitivos es señalada por la mayoría de los autores que abordan este campo en el adulto²³.

Desde la perspectiva psicopatológica, en el CBCL

aparecen puntuaciones más altas en los factores de Atención y de Conducta/Agresividad, poniendo de manifiesto el predominio psicopatológico en áreas externalizantes, aunque sin llegar, en el caso de las conductas agresivas, a presentar trastorno diagnosticable alguno. En el GHQ-28 las puntuaciones son similares a las presentadas en población general, sólo más bajas en la subescala de Depresión aunque sin pasar del punto de corte para esta subescala.

Es de destacar que ningún sujeto de los 21 estudiados presenta comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico (en algunos de ellos habían aparecido en algún momento de su vida síntomas del área depresiva y ansiosa, pero sin llegar a cumplir criterios diagnósticos). Muchos estudios hablan de altas tasas de comorbilidad en la vida adulta; sin embargo, en el presente estudio están ausentes, si bien es cierto que todos los niños presentaban un trastorno hiperkinético (con criterios CIE-10) sin asociación a trastorno disocial o a cualquier otro cuadro psiquiátrico, y que estaban o habían estado la mayoría con tratamiento psicofarmacológico hasta la vida adulta y revisiones psiquiátricas de al menos una vez cada dos meses aproximadamente.

Otro hecho a destacar es la ausencia de consumo de alcohol u otras drogas en el grupo evaluado. En cambio, 3 sujetos de los localizados no evaluados sí lo presentan, y probablemente existan algunos más entre los no localizados. De cualquier modo, la aparición de consumo de drogas es inferior a la señalada en otros estudios. Debe señalarse y destacarse que en la literatura el paso a las mismas es menos frecuente entre los pacientes que tienen tratamiento, y más frecuente en los que presentan comorbilidades con trastornos disociales u otros cuadros psiquiátricos en la infancia. Así, Herpertz et al.¹⁴, al comparar sujetos con Trastorno Hiperkinético puro con cuadros mixtos hiperkinéticos disociales, señalan que los segundos presentan un modelo de respuesta psicofisiológica similar a los sujetos que tienen un trastorno de personalidad antisocial. Estos resultados dan apoyo a la alta persistencia de conducta antisocial de infancia a adolescencia, que no se encuentra en los trastornos hiperkinéticos puros.

La asociación entre Trastorno de Personalidad Antisocial, consumo de alcohol y drogas y cuadros hiperkinéticos disociales es discutida en un estudio retrospectivo realizado previamente por nosotros¹⁸. Al estudiar población psiquiátrica adulta con los criterios clínicos UTAH de trastorno hiperkinético residual, encontramos que los que cumplían estos criterios presentaban princi-

palmente los diagnósticos de trastorno de personalidad antisocial y/o alcoholismo. Pudiera ser que en estos sujetos realmente no existiera una comorbilidad, sino que sus síntomas de trastorno hiperkinético fuesen expresión de su cuadro diagnóstico; sin embargo, sí quedaba claramente establecido que los sujetos que cumplían criterios clínicos UTAH presentaron en su infancia síntomas del mismo, teniendo en la actualidad el trastorno residual o no. Este hecho parece realmente relevante desde la clínica infantil, ya que muchos niños con sintomatología en esta área que no cumplen criterios diagnósticos pueden presentar una continuidad adulta, y podrían considerarse tales síntomas en la infancia como predictores de cuadros nosológicos del adulto, principalmente abuso de sustancias y trastornos de personalidad disocial.

Si bien es interesante el conocimiento de las cifras de remisión y continuidad del trastorno hiperkinético infantil y las características psicopatológicas y neuropsicológicas en el adulto, no menos interesante resultaría poder acercarnos al reconocimiento en la infancia de variables predictoras de psicopatología y déficits neurocognitivos en el adulto. Mediante análisis de regresión múltiple, y siempre siendo cautos en las interpretaciones debido al pequeño tamaño de la muestra y a que estamos hablando de modelos hipotéticos que precisan estudios de replicación, podemos señalar que existen síntomas en la infancia de las áreas hiperactiva (atención mantenida, distraibilidad), conductual (agresividad hacia objetos y hacia personas) y afectiva (ánimo, fobias e hipocondría) que están relacionados con síntomas del área ansioso-depresiva en el adulto.

Igualmente, déficits en medidas atencionales en la infancia (falsos positivos en CPT) y de memoria (número de errores en el Test de Benton, puntuaciones en la figura de Rey) se relacionan con déficit neurocognitivos y alteraciones psicopatológicas en el adulto. El conocimiento de estas variables predictoras nos puede aportar una herramienta de gran valor a nivel preventivo, pronóstico y terapéutico.

Sobre la base de estos resultados, podemos concluir que en nuestra muestra existe una clara continuidad del Trastorno Hiperkinético (CIE-10) en la vida adulta en un porcentaje considerable de sujetos, con manifestaciones del trastorno y ligeras alteraciones neurocognitivas. Por otro lado, está ausente la comorbilidad psiquiátrica, por lo que el pronóstico en esta población no es tan negativo como se refiere en la mayoría de los estudios.

32 BIBLIOGRAFÍA

1. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45 (2): 195-211.
2. Benjumea P, Mojarro MD. Exploración de signos neurológicos menores en trastornos hiperkinéticos y de conducta. *An Psiquiatr* 1992; 8 (4): 154-162.
3. Benjumea P, Mojarro MD. Rendimiento atencional en niños con trastorno hiperkinético y de conducta. *An Psiquiatr* 1992; 8 (6): 222-228.
4. Benjumea P, Mojarro MD. Utilidad de la entrevista PACS para el estudio epidemiológico de los trastornos hiperkinéticos. *An Psiquiatr* 1993; 9 (8): 344-354.
5. Benjumea P, Mojarro MD. Trastorno hiperkinético: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatr* 1993; 9 (7): 306-311.
6. Camacho M, Fernández-Argüelles P, Cabaler R, Franco MD, Mojarro MD, Giner J. Análisis sociodemográfico de los trastornos psiquiátricos menores en la provincia de Sevilla. *Folia Neuropsiquiatr* 1991; XXVI (2): 171-180.
7. Conners CK. Rating scales for use in drug studies with children (Special Issue: Pharmacotherapy of children). *Psychopharmacol Bull* 1973; (Special Issue): 24-84.
8. Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185 (1): 32-38.
9. Eiraldi RB, Power TJ, Nezu ChM. Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder among 6 to 12 years old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (4): 503-514.
10. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the Role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30 (5): 463-475.
11. Gallagher R, Blader J. The diagnosis and neuropsychological assessment of adult attention deficit/hyperactivity disorder. Scientific study and practical guidelines. *Ann NY Acad Sci* 2001; 931: 148-171.
12. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura M. Hyperactive boys almost grown up. I: psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42 (10): 937-947.
13. Goldberg D. Detection of psychiatric illness by questionnaire. Londres: Oxford University Press (Maudsley Monograph); 1972.
14. Herpertz SC, Wenning B, Mueller B. et al. Psychophysiological responses in ADHD boys with and without conduct disorder: implications for adult antisocial behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (10): 1222-1230.
15. Lahey BB, Schaugency EA, Hynd GW et al. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26 (5): 718-723.
16. Lynskey MT, Fergusson DM. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23 (3): 281-302.
17. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (4): 493-498.
18. Mojarro MD, Benjumea P, Fernández Osuna J. Realidad clínica del trastorno hiperkinético residual en población adulta. *An Psiquiatr* 2003; 17 (6): 293-301.
19. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez Insausti F et al. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979; 42 (2): 139-158.
20. Nuechterlein KH. Signal detection in vigilance tasks and behavioral attributes among offspring of schizophrenic mothers and among hyperactive children. *J Abnorm Psychol* 1983; 92 (1): 4-28.
21. Rasmussen P, Gillberg Ch. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (11): 1424-1431.
22. Riccio CA, Wolfe M, Davis B et al. Attention deficit hyperactivity disorder: manifestation in adulthood. *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20 (2): 249-269.
23. Schoeclin C, Engel RR. Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of empirical data. *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20 (6): 727-744.
24. Schweitzer JB, Faber TL, Grafton ST et al. Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (2): 278-280.
25. Seidman LJ, Biederman J, Weber W et al. Neuropsychological function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry* 1998; 44 (4): 260-268.
26. Taylor EA. *The Overactive Child. Clinics in Developmental Medicine*, No. 97. London: S.I.M.P. with Blackwell Scientific; Philadelphia: Lippincott; 1987.
27. Weiss G, Hechtman L. *Hyperactive children grown up, second edition: ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford Press; 1993.
28. Weinstein CS. Cognitive remediation strategies. An adjunct to the psychotherapy of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychother Pract Res* 1994; 3 (1): 44-57.

O. Herreros
B. Rubio
J. Monzón

Gestión clínica y Psiquiatría Infanto-Juvenil: algunos apuntes

Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario de Canarias
(Tenerife)

Clinical management and child & adolescent psychiatry: some notes

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias,
Servicio de Psiquiatría (Consultas Externas).
Ofra-La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

RESUMEN

La respuesta a los nuevos desafíos de la atención médica exige adaptaciones en la organización de los servicios sanitarios asistenciales. En la actualidad, numerosos sectores del colectivo médico buscan nuevas fórmulas organizativas que les permitan enfrentarse mejor al hecho asistencial y sentirse más identificados con su propio trabajo y con la institución en la que lo desarrollan. La evolución de nuestro sistema sanitario hacia la eficiencia, la consideración del paciente como elemento nuclear para la organización, y la mayor implicación de los profesionales, han sentado las bases de lo que hoy día llamamos "Gestión Clínica". Gestión Clínica que es, como todo en Medicina, sentido común a partir de las pruebas científicas.

ABSTRACT

The response to the new challenges of health care requires adjustments in the organization of health care services. Today, many sectors of the medical seeking new forms of organization that enable them to cope with the health care and feel more identified with their work and their institution. The evolution of our health system toward efficiency, considering the patient as core element for the organization, and the greater involvement of

professionals, have laid the groundwork for what today we call "Clinical Management". Clinical Management is, like everything in medicine, common sense from the scientific evidence.

INTRODUCCIÓN

"El que no tiene conciencia clara de sus objetivos no sabe replicar al enemigo."

La guerra es un asunto de vital importancia para el Estado, es la provincia de la vida y de la muerte, el camino que lleva a la supervivencia o a la aniquilación. Es indispensable estudiarla a fondo."

"Luego el verdadero método, cuando hay que mandar hombres, consiste en utilizar al avaro y al tonto, al sabio y al valiente y en dar a cada cual la responsabilidad en las situaciones que le convienen. No confiéis a la gente tareas que no puedan cumplir. Haced una selección y dad a cada cual responsabilidades adecuadas a sus cualidades."

Sun Tzu, "El arte de la guerra" (siglo VI a.C.)

La respuesta a los nuevos desafíos de la atención médica exige adaptaciones en la organización de los servicios sanitarios asistenciales, que si bien resultan fáciles

34 a partir de estructuras sencillas, ágiles y flexibles, no siempre lo son en el caso de los distintos Servicios Autonómicos de Salud, caracterizados tanto por su alto nivel científico y técnico como por su compleja, rígida y ensimismada estructura vertical. En la actualidad, numerosos sectores del colectivo médico buscan nuevas fórmulas organizativas que les permitan enfrentarse mejor al hecho asistencial y sentirse más identificados con su propio trabajo y con la institución en la que lo desarrollan.

Esta necesidad de mejorar la calidad de la Medicina es, en realidad, parte del buen quehacer médico. Es indudable que las tendencias actuales van hacia una gestión de los servicios sanitarios con modelos muy diversos, que incluso conviven en una misma organización, con estructuras y legislaciones cambiantes, falta de comunicación entre estamentos, una inadecuada valoración y cuantificación de la labor de docencia e investigación, falta de incentivos, muchas respuestas por resolver, diferentes modelos de evaluación de resultados, etc.

Pero, por encima de todo esto, se ha llegado al menos al convencimiento de que la calidad asistencial es algo más que un proceso diagnóstico y terapéutico apropiado. Como afirmaba Donabedian: “hay varias definiciones de la calidad, o diversas variantes de una sola definición, y... cada definición o variante es legítima en su concepto apropiado”. En todo caso, van más allá del tratamiento técnico de la enfermedad, y deben incluir aspectos como cantidad de la atención, coste monetario, beneficios y riesgos, atención interpersonal, accesibilidad, continuidad y coordinación, satisfacción del paciente, etc. La evolución de nuestro sistema sanitario hacia la eficiencia, la consideración del paciente como elemento nuclear para la organización, y la mayor implicación de los profesionales, han sentado las bases de lo que hoy día llamamos “Gestión Clínica”, fundamentada precisamente en estos tres pilares.

El origen de esta evolución se puede situar en la preocupación política surgida en el inicio de la década de los 90 por el incremento de los gastos sanitarios, superior año tras año, y, sobre todo, en el temor al descontrol de ese crecimiento. Ello ha determinado una gran presión desde los departamentos económicos de los diferentes Gobiernos, que, pareciendo ignorar esa característica fundamental de la economía sanitaria de que el médico es agente simultáneo de la demanda y la oferta de servicios, han impedido durante largo tiempo cambios en la gestión que implicaran una mayor autonomía. Desde la desconfianza más arraigada, su única propuesta real ha sido la limitación presupuestaria y, como consecuencia, la des-

viación en el gasto y el descrédito de la sanidad y sus gestores.

Frente a esto, la Gestión Clínica no ha de contemplarse únicamente, ni siquiera principalmente, como una solución al incremento del gasto sanitario. Entre otras razones porque el gasto sanitario en España es todavía escaso en relación con el de los países de nuestro entorno, incluso con las prestaciones que ofrece nuestro Sistema Público de Salud. Hay dos indicadores muy importantes para definir el grado de compromiso político de los gobernantes con el sector sanitario público: el gasto sanitario como porcentaje del PIB y el porcentaje de población adulta empleada en los servicios sanitarios públicos. En ambos indicadores España se encuentra muy por debajo de la media de la Unión Europea, y, además, aproximadamente el 30% de ese gasto sanitario público corresponde exclusivamente al gasto en farmacia.

Frente a los intentos para complicar lo sencillo y enfatizar lo evidente, debe desmitificarse la Gestión Clínica y cualquier otro paradigma previo o que venga a sustituirlo. Gestión Clínica es, como todo en Medicina, sentido común a partir de la evidencia científica. Se pueden conseguir resultados significativos simplemente mediante una organización pensando en el paciente. Si se hace el esfuerzo colectivo de pensar en los pacientes, en el camino que han de recorrer desde que aparecen los síntomas hasta que se completa su estudio y se aplica el tratamiento indicado, si se relacionan el personal y los medios que eventualmente pueden estar implicados en todo el proceso y se hace una lectura práctica de las Guías Clínicas, se estará diseñando la Unidad Funcional que exige el momento. La resistencia al cambio, bien por desconfianza hacia un modelo sin perfilar del todo en la práctica, bien por temor a perder una situación preeminente no sustentada en el liderazgo profesional, está en el fondo de muchos proyectos frustrados.

GESTIÓN CLÍNICA, FUNCIÓN GESTORA

La Gestión Clínica supone asumir los recursos, partiendo de la premisa de que el mejor camino para obtener un mayor rendimiento dentro de las limitaciones de estos es fomentar la buena práctica clínica, basada en la adecuación de los medios diagnósticos y de las intervenciones terapéuticas. Así se ordena y se racionaliza el gasto, se obtienen mejores resultados clínicos, se genera calidad asistencial y se promueve la satisfacción del paciente. Sus áreas principales son:

- El manejo y gestión de los sistemas de información

clínica (costes, nivel de actividad, productividad, etc.).

- La gestión de la calidad asistencial (satisfacción del paciente y del personal, nivel de excelencia en los resultados, etc.).
- El uso crítico de la información y la tecnología (Psiquiatría Basada en Pruebas).
- La Gestión de Procesos y la Horizontalización de la Asistencia (desarrollando y/o participando en el desarrollo de Unidades Funcionales, Comisiones Clínicas y Unidades de Gestión Clínica).

La gestión de la Psiquiatría no suele ser parte de los programas de formación de residentes. Por este motivo, entre otros, la gestión de la Salud Mental se ha dejado en manos de profesionales ajenos a la misma, que aunque conocen los aspectos administrativos no se pueden hacer idea del tipo de problemas a resolver con ella. En cualquier caso, parece necesaria la coordinación entre los profesionales de Salud Mental y la Administración. Sin embargo, deben ser los propios Psiquiatras quienes asuman específicamente la responsabilidad de formarse para crear y dirigir las estructuras necesarias para los programas psiquiátricos, puesto que por sus conocimientos y posición son los mejor preparados para inspirar y liderar los nuevos sistemas asistenciales.

EL COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN

Un marco de relaciones laborales tan rígido como es el de la asistencia sanitaria, donde los incentivos escasean, exige que el facultativo asuma un compromiso con la Organización en la que está integrado (Unidad Asistencial, Servicio, Hospital) para orientar su trabajo hacia la mayor satisfacción del paciente y la suya propia.

Se entiende por compromiso tanto el aunamiento de voluntades con el fin de alcanzar un acuerdo por convenio como el vínculo (“contrato psicológico”) que une a la persona con la Organización y su misión. Dicho vínculo puede ser de interés (motivación y compensación extrínsecas) o de atracción (motivación y compensación intrínsecas).

Este compromiso puede verse dificultado por diversas condiciones:

- Situación paradójica: mientras la base principal de logro son las capacidades individuales, los resultados suelen medirse a nivel de grupo.
- Jerarquía dual: por un lado la profesional, por el otro, la administrativa o de gestión, dificultándose el equilibrio entre autonomía y necesidad de ajuste a las normas del equipo.

Ello determina situaciones como falta de coordinación (variabilidad, fragmentación de la asistencia, empleo ineficiente de recursos), minimización del esfuerzo individual (igualación a la baja entre los miembros del equipo), y establecimiento autónomo de los estándares de esfuerzo y dedicación (*free-riding*).

El actual paradigma de la “horizontalización de la asistencia” debe suponer la integración del facultativo en equipos o unidades de alto rendimiento, con claridad de la misión de la Organización, aceptación individual de la responsabilidad y las oportunidades, claridad de objetivos, resultados y criterios de valoración, niveles altos de comunicación efectiva, normas acordadas y verificables (relaciones internas “adultas”), predisposición individual a aceptar la necesidad de aprendizaje continuo, y tiempo suficiente para consolidar el equipo.

Este cambio en la estructura determina mayor responsabilidad y autonomía, y obliga a disciplinar la práctica clínica desde las perspectivas de la Medicina Basada en Pruebas, las Guías de Práctica Clínica, la Epidemiología Clínica y la Gestión de Resultados. Supera la dificultad de aportar incentivos individuales externos que descohesionan al equipo, y conforma redes de equipos autónomos responsables de sus propios resultados y de alta cohesión interna.

Todo esto obliga al facultativo a reestructurar sus relaciones con la Organización canalizándolas a través de la implicación en una Unidad Funcional, en Comisiones Clínicas o, más allá de todo esto, colaborando en la transformación de su Servicio en una Unidad de Gestión Clínica. Debe para ello centrarse en un área de especial interés, superespecialidad o proceso concreto dentro del amplísimo campo de la Psiquiatría. Al hacerlo, entrará en relación con facultativos de otras disciplinas que abordan problemas clínicos semejantes o aspectos no psiquiátricos del mismo problema desde su propia Especialidad. Ejemplo de ello sería una Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica Infanto-Juvenil es estrecha relación con Pediatría, Neurología Infantil, ORL, Fisioterapia y Rehabilitación...

PRIMEROS PASOS: LA UNIDAD FUNCIONAL, UN MODELO SENCILLO Y PRÁCTICO

El desarrollo de nuevas estructuras está siempre sujeto a amenazas de distinta procedencia e importancia, como todo lo novedoso, y más si ponen en cuestión lo establecido. Pero, ante al riesgo de que la Gestión Clínica se convierta en la invención de una jerga para iniciados, de una nueva terminología incomprensible para sus ver-

36 daderos protagonistas, de un metalenguaje que fomente la perpetuación de verdaderas castas de gestores y “expertos” de toda laya, debe anteponerse el imperativo de que sea, por encima de todo, un instrumento en manos de quienes la practican. De otra forma, se volvería a alejar al médico asistencial de las nuevas formas organizativas y, roto el vínculo, habría que desechar el nuevo modelo, cualquiera que este fuese.

Con todo, las principales fortalezas y debilidades de cualquier estructura nueva proceden de sus integrantes. De un Servicio poco cualificado profesionalmente y sin motivación no se puede generar una Unidad de excelencia. Los servicios sanitarios mantienen en no pocas ocasiones un equilibrio inestable que les permite seguir funcionando todos los días, aunque sea de un modo insatisfactorio para sus profesionales y poco eficiente. Romper ese equilibrio sin garantías de conseguir el consenso suficiente puede ser un irresponsable ejercicio teórico. La implantación progresiva y gradual de una nueva Unidad mediante cambios culturales y organizativos, con un plan operativo previamente diseñado desde la participación, sería un modo razonable de conjurar estos riesgos.

La Unidad Funcional es, en este sentido, una forma práctica de organización de un Servicio con una Cartera de Servicios amplia y variada. Habitualmente se estructura en relación con una capacitación específica o con una “superespecialidad”, aunque en contacto con otras disciplinas médicas, y se confía a un coordinador responsable bajo el mando directo de la Jefatura del Servicio, el cual debe cumplir como requisitos el conocimiento profundo de la “superespecialidad” y la posesión de un liderazgo entre los miembros de la Unidad y entre otros facultativos.

Será necesario un consenso antes de su implantación, por lo que subyace un aspecto fundamental: el deseo de colaborar de todos los estamentos implicados en la misión común. El aspecto más importante es la negociación entre todos los miembros de la Unidad para conseguir un esfuerzo común. Una consecuencia lógica será la unificación de criterios en las exploraciones y tratamientos a realizar y en sus indicaciones. Para ello, habrá que desarrollar o adoptar diferentes Protocolos y Guías de Práctica Clínica con las modificaciones que sean necesarias para el propio medio, atendiendo a criterios de eficacia (por ejemplo, protocolizando los procesos más frecuentes o relevantes), de efectividad (mejorando la actuación en dichos procesos) y de eficiencia (con la mejora en los costes).

Así, la definición de una Unidad Funcional facilita la

implantación de Protocolos, Guías de Práctica Clínica, Gestión por Procesos y Vías Clínicas, trasladando la aplicación de las mejores prácticas basadas en las pruebas científicas al contexto clínico del día a día con los pacientes. Permite además su aplicación homogénea, reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones y haciendo posible su control individual y general mediante indicadores.

Exige para ello su reconocimiento explícito por parte de la institución que la alberga, lo que conllevará como efectos:

- La motivación de sus profesionales, que ya están trabajando en una unidad hasta ahora “opaca”.
- La mejoría de su gestión, al conocerse sus resultados específicos.
- La mayor satisfacción del paciente, al facilitar los circuitos administrativos y permitir identificar mejor su referencia en el Sistema Sanitario.
- Una asistencia de más calidad, al protocolizar las actuaciones y reducir su variabilidad.
- Una asistencia más integrada, tanto con Atención Primaria como con otras Especialidades (continuidad asistencial y de cuidados).

Por último, una consideración adicional no despreciable sobre su creación es el casi nulo coste adicional inicial, al estar fundamentada generalmente en una “unidad opaca” ya en funcionamiento, y requerir para su puesta en marcha de recursos físicos y humanos de inevitable desarrollo en cualquier caso.

GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La Calidad consiste en conseguir la satisfacción plena de todos los requisitos del cliente al menor coste posible para el servicio, con la participación de todo su equipo humano. Las últimas tendencias en Calidad buscan alcanzar la Excelencia, entendida esta como prácticas sobresalientes en la gestión del servicio y logro de resultados basados en conceptos fundamentales como la orientación hacia los resultados, la orientación al cliente, el liderazgo y la perseverancia, procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social.

La calidad asistencial completa es el resultado de tres componentes:

- El científico-técnico, dependiente de la ciencia y la tecnología disponibles, persigue el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente.

Tabla 1.- Fuentes de información para la evaluación de la calidad asistencial

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Elementos logísticos (arquitectura, presupuesto, equipamiento, dotación de recursos materiales y humanos) • Elementos organizativos (normativa interna, protocolos, circuitos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las necesidades de salud • Diagnóstico • Tratamiento • Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del paciente • Morbilidad • Incapacidad • Mortalidad

- El interpersonal, basado en las relaciones humanas, y en normas y valores sociales tales como la ética profesional y las expectativas del paciente.
- El confort, referido al entorno en que se desarrolla la asistencia (accesibilidad, condiciones ambientales, instalaciones, hostelería, etc.).

Mientras que el primero se da por supuesto, los segundos forman parte de lo que se denomina “calidad percibida”, más valorados por el paciente y sus familiares. Todos ellos son tangibles, mensurables, y a ello debe dirigirse, dentro de sus competencias, responsabilidades y capacidades, la actividad gestora específica del facultativo.

Avedis Donabedian definió en los años 80 lo que denominó “los siete pilares de la calidad”, los siete atributos por los que se la reconoce y se la juzga:

1. Eficacia: es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones favorables o ideales y en circunstancias inalterables.
2. Efectividad: es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones reales, de la práctica cotidiana.
3. Eficiencia: es el coste que representa cualquier mejora de salud. Ante dos estrategias de igual efectividad, la menos costosa es la más eficiente.
4. Optimización: es la estrategia factible de conseguir atendiendo a las circunstancias presentes.
5. Aceptabilidad: es el grado de satisfacción del paciente respecto a la atención recibida.
6. Accesibilidad: es la facilidad con que puede recibirse la asistencia sanitaria frente a barreras económicas, organizativas, culturales.
7. Equidad y legitimidad: qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de la población atendida (compromiso moral), y la aceptación de esta por parte de la comunidad.

La calidad se gestiona mediante tres actividades fundamentales, a saber: la planificación, el control y la mejora. Su evaluación depende de una correcta definición de lo que se quiere medir, y de escoger las fuentes de información oportunas. Unos recursos idóneos (estructura), y el desarrollo de procesos asistenciales adecuados, determinarán unos resultados que serán los que definan la calidad de la atención (tabla 1).

Su metodología consistirá en evaluar la práctica habitual y compararla con los criterios y estándares establecidos (normas de buena práctica clínica), conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, proponer e implantar medidas correctoras eficaces, y medir el impacto obtenido.

Una vez detectadas las posibilidades de mejora (oportunidades), se jerarquizan los problemas según criterios como el número de pacientes afectados, los riesgos devenidos, la factibilidad de las soluciones o el coste de su aplicación. Mediante herramientas metodológicas dirigidas a establecer las causas (organizativas, estructurales, institucionales, profesionales, del entorno) y el impacto del problema detectado, se realiza un análisis causal, definiéndose posteriormente los criterios de evaluación de la calidad asistencial (qué condiciones ha de cumplir la práctica para ser considerada de calidad según la normativa legal, códigos éticos, Guías de Práctica Clínica, guías de consenso, protocolos específicos, bibliografía científica, opiniones de expertos y/o consenso de los afectados). Serán criterios explícitos, cuantificables y comprensibles. Tras esto, se diseña el estudio de evaluación de las medidas correctoras a desarrollar (epidemiológico, observacional o experimental).

En otras ocasiones, de lo que se tratará es de corregir una determinada situación. En tal caso, analizadas y conocidas las causas del problema (debilidades: organizativas, de falta de formación, de actitud de los profesionales, etc.), se plantearán e implantarán acciones específicas dirigidas a corregirlo (redistribución de plantilla, elaboración de protocolos, actividades de formación continuada, cambios culturales, incentivar al profesional, etc.). Su éxito dependerá de la justificación documentada de la necesidad, la participación activa del personal implicado, la información exhaustiva sobre la naturaleza del cambio, sus ventajas, inconvenientes e impacto, el apoyo decidido de la Dirección y la tolerancia en la inevitable etapa inicial de incertidumbre.

Transcurridos tres a seis meses de la implantación de las acciones de mejora o de corrección, se reevaluará la situación para verificar la eficacia de las medidas adopta-

38 Tabla 2.- Fuentes de información para detectar posibilidades de mejora

Fuentes	Métodos
Profesionales	Grupales: <i>brainstorming</i> , técnica de grupo nominal, diagrama de flujos
	Individuales: encuestas de opinión, buzón de sugerencias, observación directa
Clientes externos	Estudios de opinión, de satisfacción/insatisfacción, de reclamaciones, grupos focales, entrevistas semiestructuradas...
Sistemas de información (historias clínicas, estadísticas)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de monitorización • Estudios de perfiles (desviaciones de la norma) • Estudios de registros, de incidencias

das. Será imprescindible, finalmente, difundir los resultados entre los profesionales implicados, la Dirección del centro y la comunidad científica.

El programa de calidad definido deberá contener ciertas características básicas, como son:

- Tener en cuenta la misión y la razón de ser de la organización, sus valores y su visión de futuro.
- Ser coherente con la planificación estratégica de la organización.
- Contemplar objetivos sobre áreas y procesos de mejora (qué queremos, cómo lo queremos) para, en definitiva, ser más eficaces, adecuados, efectivos, seguros y eficientes.
- Recoger datos y poder convertirlos en la información necesaria.
- Dependere de un comité o consejo ejecutivo (y sus grupos coordinadores específicos) que priorice las acciones y facilite la metodología de mejora.
- Contemplar actividades de formación para el personal en relación con la metodología, los conocimientos y las habilidades necesarias.
- Asegurar que las mejoras se llevan a cabo y se mantienen, incluyendo la dotación de recursos necesaria para la mejora de los procesos. Esto conlleva necesariamente la plena implicación de la Dirección del Centro y de la Jefatura del Servicio en esta gestión del cambio para la búsqueda de la excelencia en la calidad asistencial.

El objetivo final de todo esto es simple: la mejora continua, persistente y creciente de los resultados en los pacientes.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Los profesionales de la Salud Mental, tanto los que atienden población adulta como infanto-juvenil, demandan desde hace tiempo la creación de recursos asistenciales ambulatorios y de hospitalización para esta última población, no sólo desde un planteamiento clínico, sino también desde un cuestionamiento ético y legal de la situación actual. De la misma manera, los familiares de enfermos, de forma individual o asociada, vienen presentando sus quejas con insistencia ante las autoridades sanitarias y los medios de comunicación. En este contexto (asistencial, legislativo y social), se hace necesario reorganizar racionalmente y planificar los recursos adecuados para atender a la población infantil y adolescente con trastornos mentales.

A fin de aunar estas exigencias y necesidades de la población ha de optarse por un modelo de equilibrio entre la dispersión y el agrupamiento de los recursos, por un balance entre el acercamiento de los dispositivos sanitarios a la población atendida (que desde un punto de vista de gestión económica y de productividad es más gravoso) y el agrupamiento de los recursos ya existentes o por crear (que abarata los costes, pues pueden compartirse servicios comunes como los administrativos, materiales y de equipamiento, transportes, etc.).

Por ello, sería aconsejable que los dispositivos previstos para la población de referencia se localizaran en espacios físicos próximos, de forma que se evitaran desplazamientos ineficaces del personal contratado, se fomentara el trabajo en equipo, y se facilitara el paso de los pacientes de un dispositivo a otro (por ejemplo, de Hospitalización a Consultas Externas).

Y esta planificación, sobre todo, deberá responder a las necesidades de:

- Crear un sentimiento de equipo entre los profesionales que integran la Unidad.
- Ofrecer un abordaje especializado para problemas de salud mental complejos, con alta repercusión socio-económica y persistentes en la vida adulta si no se intervienen precozmente.
- Impulsar líneas de investigación personalizadas que redunden en una mejora de la calidad asistencial prestada.
- Integrar la Psiquiatría Infanto-Juvenil en el mundo sanitario en condiciones de igualdad y respeto.
- Educar a la población a través de programas específicos, en vinculación con los medios de comunicación.
- Prestar apoyo y asistencia, personal y profesional, a otros profesionales sanitarios.

- Evaluar los resultados obtenidos como medio de mejora de la calidad de la asistencia prestada y de reconocimiento de excelencia en el ámbito sanitario.
- Estructurar una Unidad capaz, en un futuro próximo, de proporcionar formación específica y especializada en Psiquiatría y Psicología Clínica Infanto-Juvenil (ya sea como Área de Capacitación Específica, ya como Especialidad).

BIBLIOGRAFÍA

- Cabrera Fomeiro J. y Fuertes Rocañín J.C: Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de Psiquiatría Forense. Madrid: Cauce Editorial, 1997.
- Carrasco Gómez J.J: Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid: Colex, 1.989.
- De Lorenzo y Montero R: Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Psiquiatras. Madrid: SANED S.L., 2003.
- De Val-Pardo I: Centros hospitalarios. Pensamiento estratégico y creación de valor. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2007.
- Díaz González R.J. y Bango Suárez J.I: Guías Clínicas: herramientas de calidad y gestión eficiente en Psiquiatría. Psiquis 2001; 22 (1): 45-55.
- Díaz González R.J. e Hidalgo Rodrigo M.I: Guías de actuación en la Clínica Psiquiátrica. Madrid: Printing'94 S.L., 1999.
- Engel G: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
- González Juárez C: Medidas del producto sanitario y sistemas de clasificación de los pacientes. Psiquiatría Pública 1999; 11 (3): 108-113.
- Gray G.E: Psiquiatría basada en la evidencia. Barcelona: Ars Médica, 2004.
- Guías de Práctica Clínica del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.guiasalud.es).
- Hervás Maldonado F. (dir.): El hospital empresa y la sanidad asistencial. Calidad y rentabilidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2007.
- Legislación y normativa española: www.boe.es.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Estrategia en Salud Mental 2006 del Sistema Nacional de Salud. 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2007.
- Otero Pérez F.J. (coord.): Psiquiatría y Ley, guía para la práctica clínica. Madrid: EDIMSA, 2008.
- Ruiz Iglesias L: Claves para la Gestión Clínica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2004.
- Sun Tzu: El arte de la guerra. Edición de Ramón Ayllón. Madrid: Ediciones Martínez Roca, 1999.
- Temes J.L. y Mengíbar M. (eds.): Gestión Hospitalaria, 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana, 2007.

P. Jodra

Algunas consideraciones sobre los solicitantes del programa de acogimiento familiar

Psicólogo. Fundación O'Belén

Some considerations on applicants for foster care program

Correspondencia:
E-mail: paar@cop.es

RESUMEN

La captación de nuevas familias que formen parte del programa de acogimiento familiar, constituye uno de los retos más importantes de las entidades dedicadas a este ámbito social. En este estudio se analizan determinadas variables que permiten realizar algunas consideraciones sobre las personas que solicitan incorporarse al programa de acogimiento familiar.

Palabras clave: acogimiento familiar, perfil sociodemográfico, adaptación al medio.

ABSTRACT

The recruitment of new families forming part of the foster care program is one of the biggest challenges for organizations engaged in this social field. This study examines several variables that allow for some considerations of those seeking to enter the foster care program.

Keywords: foster care, socio-demographic profile, adaptation to the environment.

INTRODUCCIÓN

El programa de acogimiento familiar tiene su principal activo en las familias de acogida; la captación constituye uno de los retos más importantes que asumen las administraciones y los servicios que se dedican a este ámbito social. Se diseñan campañas específicas que facilitan el conocimiento del acogimiento entre la sociedad, que intentan promover su aceptación como recurso social y que buscan la implicación de los ciudadanos; pero la realidad de la sociedad actual es que no existe una cultura del acogimiento como medida normalizada a través de la cual unas familias ayudan a otras familias.

No obstante, gracias al mecanismo de sensibilización implícito en estas campañas, un número importante de familias solicita información sobre el programa de acogimiento familiar, y varias se incluyen en el proceso de selección para ser familia de acogida. Los datos¹⁻³ muestran que alrededor del 10% de quienes se interesan por el acogimiento familiar, en respuesta a las campañas de captación, acaban haciendo acogimientos.

Las campañas de captación tienen una doble finalidad⁴: por un lado, *sensibilizar* a la comunidad en general para que conozcan y entiendan las necesidades que presentan los menores en situación de desprotección; y por otra parte, *captar* familias que estén motivadas y que ten-

gan las actitudes y las habilidades adecuadas para asumir lo que implica el acogimiento de un menor.

El proceso de selección de las familias plantea tres objetivos fundamentales:

- Establecer la dinámica de funcionamiento de la estructura familiar: interacciones y actitudes de sus miembros, estilos educativos que prevalecen, expectativas ante el acogimiento de menores.
- Servir de punto de reflexión sobre las capacidades, individuales y familiares, para afrontar las exigencias del proceso de acogimiento; ubicación dentro del sistema de protección, con los derechos, deberes y responsabilidades adquiridos; habilidades para el manejo de sentimientos y emociones que subyacen en el acogimiento; mecanismos para la resolución de situaciones más o menos complejas que pueden aparecer.
- Determinar el perfil de la familia conforme a sus características y estructura funcional, que facilite la designación como acogedores de un menor determinado.

La evolución que experimenta el proceso de acogimiento depende en gran medida de las características de la familia que acoge⁴. De ahí que uno de los cometidos fundamentales en el acogimiento familiar sea determinar el perfil de los solicitantes que quieren ser familia de acogida para poder adecuar su potencialidad a las características de los menores, puesto que un menor acogido requiere, además de las necesidades básicas, mecanismos para resolver situaciones peculiares derivadas de las vivencias anteriores.

Así, los roles de las familias de acogida son³:

- Cuidar y educar al menor, ofreciéndole un modelo correcto de comportamiento y unas pautas claras de relación, afecto y comunicación.
- Comprender las reacciones que puede manifestar el menor ante la separación.
- Facilitar al menor posibilidades de comunicación y relación con el entorno.
- Asumir la situación temporal del acogimiento con la consiguiente vivencia de la despedida.
- Prever el posible contacto con las familias biológicas.
- Realizar un trabajo con el equipo y con otros profesionales.
- Mantener el respeto a la confidencialidad y a compartir información.
- Respetar la historia, los antecedentes personales y los valores de la familia biológica.

Los estudios sobre las características de los acogedores^{5,6} no determinan un perfil que garantice el éxito del acogimiento, pero sí se pueden establecer determinados factores que favorecen la continuidad y la satisfacción con el acogimiento, lo que representa un elemento positivo en este recurso social; entre estos factores están algunos datos sociodemográficos y ciertas características de personalidad de los acogedores.

En cuanto a los factores sociodemográficos de los acogedores, los trabajos describen la edad y el género, el nivel de estudios, la situación laboral, la residencia y el tamaño del núcleo familiar.

La edad de los acogedores es un factor considerado relevante para el desarrollo positivo del acogimiento⁷, situándose el rango más adecuado entre 45 y 55 años. Amorós y otros³ en un estudio sobre familias de acogida encontraron que el rango mayoritario se situaba en la franja de edad de 36 a 55 años; del mismo modo, en el estudio de Del Valle y otros⁸ la edad de los acogedores se sitúa en más de la mitad de la muestra en la franja entre 41 y 50 años, con una media de edad de 46,2 en el caso de las acogedoras y de 47,7 en los acogedores. Los datos que se obtuvieron desde el Centro Nazionale di Documentazione⁹ sobre el acogimiento familiar en Italia, sitúan la media de edad de las acogedoras en 44,9 años, y la de los acogedores en 47,3 años.

Respecto al nivel de estudios de los acogedores, Amorós y otros³ encontraron que un 38% de los acogedores (35% en el caso de las acogedoras) poseen estudios superiores, un 28% de acogedores y acogedoras tienen estudios de bachillerato o formación profesional, un 31% (35% en las acogedoras) estudios primarios y un 3% (2% en las acogedoras) no tienen estudios. En otra investigación en el Reino Unido¹⁰, el porcentaje de acogedores con estudios universitarios era del 18%. En el trabajo de Del Valle y otros⁸, el 41% de los acogedores tenían estudios superiores, un 32% estudios medios, un 26% estudios primarios y un 0,6% no tienen estudios. Algunas teorías sobre acogimiento familiar¹¹ indican que las personas de más elevado nivel educativo tienen más probabilidad de acogimientos interrumpidos antes de que se cumplan sus objetivos, siendo más estables los acogimientos realizados por personas de niveles educativos medios y bajos.

Sobre la situación laboral de los acogedores, los estudios muestran diferencias entre hombres y mujeres⁴. Los acogedores tendrían profesiones relacionadas con los oficios (37%) y el mundo empresarial (20%), destacando el 18% que pertenecen a ámbitos educativos y sanitarios; las acogedoras, por su parte, en un 50% se dedican a las

42 tareas de casa, y en un 26% a profesiones relacionadas con la educación y la sanidad, mientras que un 10% con los oficios.

Respecto a la situación geográfica de las viviendas de las familias, los estudios³ muestran una distribución de un 42% en capitales de provincia y un 58% en ciudades o pueblos.

Por último, uno de los rasgos de las familias acogedoras que se considera relevante en el proceso de acogimiento es la presencia de hijos biológicos; según algunos trabajos³, en más del 80% de los casos se trata de parejas que ya tienen hijos, siendo un 25% los que tienen un hijo, un 51% con dos hijos y un 15% con tres o más hijos propios. En otros estudios⁸, encontraron que el 59% de los acogedores tienen hijos propios, cuyo número se distribuye en un 34% los que tienen un hijo, un 33% los que tienen dos hijos y un 33% los que tienen tres o más hijos propios.

En cuanto a los factores de personalidad de los acogedores, algunas investigaciones¹² han encontrado ciertas características de los acogedores que estarían en relación con la evolución positiva del proceso de acogimiento: gente equilibrada, con niveles de ansiedad moderados, introvertidos y extrovertidos en partes proporcionales, capaces de tomar decisiones basándose tanto en la reflexión como en lo emocional. Las relaciones familiares en las que están inmersos estos acogedores se basan en un buen clima de diálogo y comunicación entre sus miembros, una gran variedad de recursos personales para afrontar las dificultades y para resolverlas de forma positiva, y valores de respeto, tolerancia y cooperación.

En los estudios de Redding y otros⁶ se concluye que los acogedores más eficaces son aquellos con un buen grado de estabilidad familiar y profesional, con una fuerte y clara motivación hacia el acogimiento, que son emocionalmente maduros y estables y que pueden educar en una atmósfera de afecto, comunicación y control, así como en un entorno familiar estimulante. Siguiendo este planteamiento, el perfil de los acogedores puede determinarse desde los niveles de adaptación al ámbito familiar, social, emocional y profesional, teniendo en cuenta el estilo educativo predominante en la familia, y valorando el estrés y la amplitud de la red social de apoyo.

El objetivo de este estudio era, por un lado, conocer las características sociodemográficas de los solicitantes a formar parte del programa de acogimiento familiar, comprobando si se ajustan a las características de las familias de acogida; y, por otra parte, indicar algunas circunstancias sobre el perfil de los solicitantes en función de su adaptación al medio ambiente.

MÉTODOS

Participantes

Los participantes fueron un total de 90 personas que solicitaron incorporarse al programa de acogimiento familiar, constituidas en 52 familias (38 biparentales y 14 monoparentales).

Variables y su medida

Variables sociodemográficas. Se obtuvo información sobre distintas variables sociodemográficas de interés como: edad, género, estudios realizados, profesión y número de hijos en el hogar familiar.

Adaptación de la persona al medio ambiente. Se obtuvo a partir del *Cuestionario de Adaptación para Adultos* (Bell, 1937; adaptación española de Cerdá, 1985). Este cuestionario consta de 160 ítems dicotómicos que miden seis tipos de adaptación de la persona al medio ambiente: familiar ($\alpha=0,91$), a la salud ($\alpha=0,81$), social ($\alpha=0,88$), emocional ($\alpha=0,91$) y profesional ($\alpha=0,85$). El conjunto de los 160 ítems alcanza una fiabilidad de 0,94. A partir de dicho cuestionario se pueden obtener dos tipos de puntuaciones para cada una de las subescalas y para la escala total: 1) la *puntuación directa*, obtenida a partir de la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems, y 2) la *categorica*, realizada a partir de la interpretación de la puntuación directa (según los baremos de la adaptación al español realizada por Cerdá, 1985) y que nos indica el grado de adaptación del participante en cada ámbito: excelente, bueno, normal, no satisfactorio y malo.

Procedimiento

La prueba utilizada en este trabajo ha sido el *Cuestionario de Adaptación para Adultos* de Bell, aplicada a todos los participantes de forma individual, en situación de entrevista personal, y en los momentos finales del proceso de valoración para incluirse en el programa de acogimiento familiar.

El análisis estadístico de los datos fue realizado mediante el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

El 57,8% de los solicitantes son mujeres, mientras que un 42,2% son hombres. En la tabla 1 se presenta la distribución de los participantes en función de su edad. Como puede observarse, la mayor parte de los solicitantes (82,2%) se encuentran entre los 31 y 50 años. La edad media de los participantes fue de 42,01 ($Dt=6,70$), sien-

Tabla 1: Distribución de los participantes en función de la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje válido
Menores de 30 años	4	4,4
Entre 31 y 40 años	36	40,0
Entre 41 y 50 años	38	42,2
Entre 51 y 65 años	12	13,3
Total	90	100,0

Tabla 2: Distribución de los participantes según el nivel de estudios

Nivel de estudios	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Superiores	15	39,5	22	42,3	37	41,1
Medios	9	23,7	15	28,8	24	26,7
Primarios	14	36,8	15	28,8	29	32,2
Sin estudios	0	0	0	0	0	0
Total	38	100,0	52	100,0	90	100,0

do esta superior entre los hombres ($M=43,03$; $Dt=7,03$) que entre las mujeres ($M=41,27$; $Dt=6,41$) (Tabla 1).

Los niveles de estudios de los solicitantes en función del género y total pueden verse en la tabla 2. El porcentaje mayor de participantes en cuanto a nivel educativo, tanto para hombres como para mujeres, se encuentra en la categoría de estudios Universitarios de grado Superior, siendo la segunda categoría tener estudios Primarios (Tabla 2).

Un 80,0% de los solicitantes trabaja, bien sea por cuenta propia o ajena. En la tabla 3 podemos observar la distribución en función del género: 84,2% de los solicitantes varones trabaja, mientras que lo hace un 76,9% de las mujeres (Tabla 3).

Respecto a la situación geográfica de las viviendas de las familias, un 56,7% de los participantes viven en ciudades o pueblos y un 43,3% en capitales de provincia.

En cuanto al número de hijos presentes en el hogar familiar en el momento de la solicitud a formar parte programa de acogimiento, en la tabla 4 podemos observar como el 68,9% de las familias tienen ya algún hijo propio en el núcleo familiar (Tabla 4).

Adaptación de los solicitantes

En este apartado se presentan las puntuaciones obtenidas por los solicitantes en el *Cuestionario de Adaptación*

Tabla 3: Distribución de los participantes según la situación laboral

Situación laboral	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Activo	32	84,2	40	76,9	72	80,0
Desempleado	3	7,9	0	0	3	3,3
Ama/o de casa	0	0	11	21,2	11	12,2
Pensionista	3	7,9	1	1,9	4	4,4
Total	38	100,0	52	100,0	90	100,0

Tabla 4: Distribución de los participantes en función del número de hijos

Nº de hijos	Frecuencia	Porcentaje válido
0	28	31,1
1	19	21,1
2	28	31,1
3 ó más	15	16,6
Total	90	100,0

Tabla 5: Estadísticos descriptivos para las puntuaciones directas en adaptación

Adaptación	N	Media	Desv. Tip.	Mínimo	Máximo
Familiar	90	3,27	3,03	0	14
A la Salud	90	3,30	2,80	0	15
Social	90	9,57	5,33	1	25
Emocional	90	5,01	4,08	0	16
Profesional	76	4,99	4,11	0	19
Total	76	25,97	11,98	4	55

para Adultos. En este sentido conviene señalar, que se van a obtener dos tipos de puntuaciones: *directas* (a mayor puntuación menor adaptación en los distintos ámbitos evaluados) y *categorías* (excelente, buena, normal, no satisfactoria y mala).

En la tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos para las distintas escalas de adaptación y para la adaptación total (Tabla 5).

En la tabla 6 se presenta la distribución de los participantes en función de su nivel de adaptación en cada una de las escalas evaluadas. Para las escalas familiar y social, los mayores porcentajes se sitúan en los niveles de adaptación normal y buena, para la adaptación a la salud

44 **Tabla 6: Porcentajes para los cinco niveles de adaptación**

Adaptación	Familiar		Salud		Social		Emocional		Profesional		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mala	0	0	2	2,2	2	2,2	0	0	1	1,1	0	0
No satisfactoria	6	6,7	8	8,9	17	18,9	5	5,6	7	7,8	9	10,0
Normal	26	28,9	22	24,4	29	32,2	11	12,2	26	28,9	25	27,8
Buena	39	43,3	34	37,8	29	32,2	47	52,2	16	17,8	22	24,4
Excelente	19	21,1	24	26,7	13	14,4	27	30,0	26	28,9	20	22,2
Total	90	100,0	90	100,0	90	100,0	90	100,0	76	84,4	76	84,4

y emocional, en buena y excelente, para la profesional en normal y excelente, y para la total en normal. Como se puede observar en dicha tabla, en la escala profesional y total nos encontramos con 14 valores perdidos, ya que las personas que no trabajan no obtienen puntuación en adaptación profesional y por tanto no pueden obtener una puntuación total (Tabla 6).

Relación entre características sociodemográficas y adaptación

Se analizaron las relaciones entre las variables sociodemográficas y los dos tipos de puntuaciones obtenidas en adaptación: categóricas (que nos informaban del nivel de adaptación del adulto en los distintos ámbitos evaluados) y directas. A continuación se presentan por separado los resultados obtenidos con cada tipo de puntuación.

1.- Clasificación categórica en adaptación

Con el fin de analizar posibles diferencias en las cinco categorías de adaptación (excelente, buena, normal, no satisfactoria y mala) para cada una de las seis escalas en función de las variables sociodemográficas estudiadas, se llevó a cabo una prueba *Ji-cuadrado*.

Respecto a la variable *género*, el contraste $\chi^2(3)$ puso de manifiesto una relación estadísticamente significativa entre el género y la adaptación *familiar* ($\chi^2(3, N=90)=21,58, p<0,01$ y $V=0,489$). Los valores absolutos de los residuos tipificados corregidos indicaron la existencia de un mayor número de solicitantes hombres de los explicados por el azar en las categorías *no satisfactoria* (2,1) y *excelente* (3,6), mientras que un mayor número de solicitantes mujeres en la categoría *normal* (2,8).

Respecto a la variable *edad*, a partir de la distribución de edades de los solicitantes presentada en la tabla 1, se crearon dos categorías de edad: 1) Menores 30 años-40 años y 2) 41 años-65 años. El contraste $\chi^2(4)$ reveló una relación estadísticamente significativa entre el grupo de

edad y la adaptación *profesional* ($\chi^2(4, N=76)=13,28, p<0,05$ y $V=0,418$). Los residuos tipificados (valor absoluto=3,4) pusieron de manifiesto la existencia de un mayor número de solicitantes de *41 años-65 años con excelente adaptación profesional*.

En cuanto a la variable *nivel de estudios*, el contraste $\chi^2(6)$ puso de manifiesto la existencia de una relación estadísticamente significativa

entre dicha variable y la *adaptación emocional* ($\chi^2(6, N=90)=15,76, p<0,05$ y $V=0,418$). Los valores de los residuos tipificados corregidos indicaron la existencia de mayor número de solicitantes con *estudios Primarios* (2,4) con adaptación emocional no satisfactoria, y de un menor número de estos solicitantes (3,3) con adaptación *excelente*. Por otra parte, también indicaron la presencia de un mayor número de solicitantes con *estudios Superiores* (2,8) en la categoría adaptación emocional *excelente*.

Respecto a la variable *situación laboral*, se encontraron relaciones estadísticamente significativas en la *adaptación a la salud* ($\chi^2(3, N=90)=15,76, p<0,05$ y $V=0,418$): encontrándose un mayor número de solicitantes en situación de desempleado (3,7) con una adaptación a la *salud mala*, y un mayor número de pensionistas (2,4) con una adaptación a la *salud normal*.

En cuanto a la *situación geográfica*, el contraste $\chi^2(4)$ puso de relieve la existencia de una relación significativa entre esta variable y la *adaptación social*. Los valores de los residuos tipificados señalaron un mayor número de solicitantes (2,5) que residen en una localidad rural en la categoría *adaptación social buena*, mientras que un mayor número de solicitantes del ámbito urbano (2) con *adaptación social no satisfactoria*.

En cuanto al *número de hijos* presentes en el hogar familiar, el contraste χ^2 no reveló la existencia de relaciones significativas en función del nivel de adaptación en cada una de las seis escalas y la escala total.

2.- Puntuaciones directas en adaptación

Para poder comparar a los solicitantes en las medias obtenidas en los distintos factores de adaptación en función del género, se llevó a cabo una prueba *t de Student* para dos muestras independientes.

El contraste *t de Student* reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los y las soli-

Tabla 7: Contraste t de Student para la adaptación familiar según el grupo de edad

Grupo de edad	N	Familiar		
		Media	Desv. típ.	T (g.l.)
Menor 30 años-40 años	40	4,08	3,21	1,84*
41 años-65 años	50	2,62	2,73	(88)

* $p < 0,05$

Tabla 8: Contraste t de Student para la adaptación profesional y total según el grupo de edad

Grupo de edad	N	Profesional			Total		
		Media	Desv. típ.	T (g.l.)	Media	Desv. típ.	T (g.l.)
Menor 30 años-40 años	38	6,00	3,70	2,202*	29,26	11,64	2,474*
41 años-65 años	38	3,97	4,30	(74)	22,68	11,54	(74)

* $p < 0,05$

Tabla 9: Tabla resumen relación variables sociodemográficas y adaptación

Variables Sociodemográficas	Adaptación	
	Categorías	Directas
Género	✓ (Familiar)	✓ (Emocional)
Edad	✓ (Profesional)	✓ (Familiar, Profesional, Total)
Nivel de estudios	✓ (Emocional)	✓ (Emocional)
Situación laboral	✓ (A la salud)	✓ ✗
Situación geográfica	✓ (Social)	✗
Número de hijos	✗	✗

citantes en las medias obtenidas en el factor *adaptación emocional* ($t(88) = -2,099, p < 0,05$); obteniendo las solicitantes mayores puntuaciones (Media=5,77) que los solicitantes (Media=3,97). Si tenemos en cuenta que a mayor puntuación directa en las escalas menor nivel de adaptación, estos resultados indicarían que los solicitantes informarían de mejor adaptación emocional.

Respecto a la variable *edad*, también se llevó a cabo una prueba t de Student para dos muestras independientes (dos grupos de edad: Menor 30 años-40 años y 41 años-65 años). El estadístico t puso de relieve la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos de edad en tres escalas de adaptación: *familiar*, *profesional* y *total*. En las tablas 7 y 8 se presentan los estadísticos

descriptivos y el estadístico t de Student. Como se puede observar en dichas tablas el grupo de menor edad obtiene las mayores puntuaciones en las tres escalas de adaptación, indicando que tendrían menor nivel de adaptación familiar, profesional y total que los de mayor edad (Tablas 7 y 8).

Para analizar la relación entre el *nivel de estudios* y las distintas escalas de adaptación, se realizaron análisis de varianza (estadístico Brown-Forsythe ya que no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas), con el nivel de estudios como factor con tres niveles. Asimismo se realizaron contrastes a posteriori (Games-Howell) para conocer las posibles diferencias entre los distintos niveles de estudios en cada medida de adaptación.

El contraste Brown-Forsythe reveló diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de estudios en la escala *adaptación emocional* ($B-F(2, 70,925) = 0,040, p < 0,05$). El contraste a posteriori señaló que los solicitantes con estudios primarios obtenían significativamente mayores puntuaciones en adaptación emocional que los solicitantes con estudios superiores. Por consiguiente, los solicitantes con estudios primarios informarían de menores niveles de adaptación emocional que los de estudios superiores.

En cuanto a la variable *situación laboral*, el estadístico de contraste F de Fisher no reveló la existencia de diferencias significativas en las distintas escalas de adaptación en función de esta variable.

Respecto a la *situación geográfica*, el estadístico de contraste t de Student para dos muestras independientes (ámbito rural/urbano) no reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las medias obtenidas por los solicitantes en cada una de las seis escalas de adaptación estudiadas en función de su pertenencia a un área rural o urbana.

En cuanto al *número de hijos*, el contraste F no puso de relieve la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias en los distintos ámbitos de adaptación en función del número de hijos presentes en el hogar de los solicitantes.

En la tabla 9 se presenta un resumen de los resultados obtenidos mediante ambos tipos de puntuaciones (Tabla 9).

Como podemos observar en la tabla anterior hay dos resultados que se obtienen tanto a partir de las puntuaciones categóricas como las directas de adaptación: 1) los

46 solicitantes de 41 a 65 años tienen mayor adaptación profesional que los de 30 a 40 años; y 2) los solicitantes con estudios superiores tienen mejor adaptación emocional que los que tienen estudios primarios.

Respecto al género podemos observar algunas diferencias: a partir de la clasificación categórica obtenemos que las solicitantes mujeres tienen mejor adaptación familiar que los varones, mientras que las puntuaciones directas nos informan que estos últimos tienen mejor adaptación emocional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio hemos analizado determinadas variables que nos permiten realizar algunas consideraciones sobre las personas que solicitan incorporarse al programa de acogimiento familiar.

Las características sociodemográficas de los solicitantes coinciden con los datos de otros estudios que se refieren al acogimiento familiar, en cuanto a edad, género, estudios realizados, profesión y número de hijos. La mayor parte de los solicitantes (el 82%) están en el tramo de edad comprendido entre los 31 y los 50 años, con una edad media de 42 años; su nivel de estudios oscila entre superiores (41%), medios (27%) y primarios (32%), y la situación laboral que predomina es en activo (80%). La residencia geográfica se distribuye entre capitales de provincia (43%) y pueblos y ciudades (57%); y la presencia de hijos biológicos en las familias solicitantes se acerca al 70%. Por lo tanto, podemos indicar que la respuesta a las campañas de difusión del programa de acogimiento familiar mantiene un perfil de solicitantes que corresponde con los factores sociodemográficos de las familias que están acogiendo; y este perfil está en consonancia con las conclusiones de los estudios sobre las características que favorecen la continuidad y la satisfacción con los acogimientos⁴.

Concluimos este primer apartado focalizando la atención en las campañas de difusión del programa de acogimiento familiar, cuya eficiencia puede determinarse centrando el contenido de la información y la dirección a personas que se encuadren en este perfil sociodemográfico. Pero creemos que estas campañas de difusión podrán dirigirse, de manera específica, a otros grupos sociales para conseguir sensibilizar y captar familias con diferentes perfiles, que puedan desarrollar nuevas modalidades de acogimiento familiar.

Por lo que respecta a la relación entre el perfil sociodemográfico y la adaptación al medio ambiente, encontramos que existen diferencias significativas entre los y

las solicitantes en el ámbito emocional, con una mejor adaptación de los solicitantes, cuando se tiene en cuenta la puntuación directa, y en el ámbito familiar cuando se considera la clasificación categórica. En este último caso, la relación significativa se sitúa entre las categorías extremas (no satisfactoria y excelente) en los solicitantes y la categoría media (normal) en las solicitantes; se puede establecer el carácter más conservador en las respuestas de las mujeres cuando se trata de temas relacionados con el contexto familiar, mientras que los hombres se posicionan entre buena y mala al definir su situación familiar.

La edad también determina diferencias; así considerando las puntuaciones directas encontramos diferencias estadísticamente significativas en los ámbitos familiar, profesional y la adaptación total, mostrando un mejor nivel de adaptación los mayores de 40 años. Si se considera la clasificación categórica, las diferencias significativas aparecen en el ámbito profesional con una mejor adaptación del grupo de más de 40 años. Las personas que se encuentran en una etapa evolutiva de madurez, mantienen un equilibrio adaptativo en los ámbitos estudiados, especialmente en el área laboral donde expresan un grado de satisfacción en lo que se refiere a su ocupación.

Respecto del nivel de estudios, tanto en la clasificación categórica como en las puntuaciones directas, se determina que los solicitantes con estudios superiores tienen un mejor nivel de adaptación emocional que los que tienen estudios primarios, situándose en las categorías excelente en el caso del grupo con estudios superiores, y no satisfactorio en el grupo de estudios primarios. La formación académica puede representar un factor de influencia en la estabilidad emocional de las personas.

Por su parte, la situación laboral de los solicitantes aparece relacionada con la adaptación a la salud, siendo los desempleados los que presentan una mala adaptación a la salud.

La ubicación geográfica es otra variable con diferencias estadísticamente significativas entre los residentes en el ámbito rural, que presentan una buena adaptación social, y los residentes en capitales de provincia que tienen una adaptación social no satisfactoria. En este aspecto, los núcleos pequeños de población favorecen las relaciones sociales estableciendo redes de interacción y apoyo más cercanas; por su parte, en las zonas urbanas se tiende más al aislamiento social encontrando personas con dificultades para establecer contactos con los demás de forma satisfactoria.

En definitiva, podemos decir que los solicitantes que

quieren formar parte del programa de acogimiento familiar mantienen un nivel de adaptación muy positivo en los factores analizados. De este modo la distribución por categorías se sitúa en los niveles de excelente, bueno y normal para el conjunto de los participantes.

Sería interesante realizar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de los solicitantes en el programa de acogimiento familiar, y poder determinar las variables que predicen la satisfacción y la continuidad en el proceso del acogimiento.

REFERENCIAS

1. Lowe, K. (1990). Teenagers in foster care: a survey by the National Foster Care Association. London: National Foster Care Association.
2. Martin, J.A. (2000). Foster family care. Theory and practice. Boston, MS: Allyn and Bacon.
3. Amorós, P.; Palacios, J.; Fuentes, N.; León, E., y Mesas, A. (2003). Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia. Barcelona: Fundación La Caixa.
4. Amorós, P., y Palacios, J. (2004). Acogimiento familiar. Madrid: Alianza Ensayo.
5. Berridge, D. (1997). Foster care. A research review. London: HMSO.
6. Redding, R.E.; Fried, C., y Britner, P.A. (2000). Predictors of placement outcomes in treatment foster care: implications for foster parent selection and service delivery. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 425-447.
7. Sanderson, H.W., y Crawley, M. (1982). Characteristics of successful family-care parents. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 519-525.
8. Del Valle, J.F.; López, M.; Montserrat, C., y Bravo, A. (2008). El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
9. Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza (2002). I bambini e gli adolescenti in affidamento familiare. Rassegna tematica e riscontri empirici. Firenze: Istituto degli Innocenti. www.minori.it
10. Quinton, D.; Rushton, A.; Dance, Ch., y Mayes, D. (1998). Joining new families. A study of adoption and fostering in middle childhood. London: Wiley.
11. James Bell Associates (1993). The national survey of current and former foster parents. Washington, DC: James Bell Associates.
12. Ray, J., y Homer, W.C. (1990). Correlates of effective therapeutic foster parenting. *Residential Treatment for Children and Youth*, 7, 57-69.

R. Martín*,
S. Hernández*,
M.Á. Alonso**,
M. Izquierdo*,
P. González-Pérez*,
J. Bravo*

*Dpto. Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento

**Dpto. Psicología Básica, Social y Organizacional
Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Tenerife.

Correspondencia:

Sergio Hernández Expósito.
Facultad de Psicología, Campus de Guajara,
38071 La Laguna, Tenerife.
E-mail: sexposit@ull.es

Procesos psicológicos complejos
en niños con trastorno por déficit
de atención con hiperactividad:
una perspectiva neuropsicológica

*Complex psychological processes
in children with attention deficit
hyperactivity disorder:
a neuropsychological perspective*

*La preparación de este trabajo se ha realizado, en parte,
gracias a la ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación,
Proyecto PSI2008-05607/PSIC*

RESUMEN

Las alteraciones anatomofuncionales frontoestriatales clásicamente identificadas como razón etiológica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) representan también, por extensión, el substrato anatomopatológico del déficit ejecutivo identificado en esta población. Desde la Neuropsicología, disciplina científica interesada por el estudio de la relación entre la corteza y los circuitos cortico-corticales y cortico-subcorticales con los procesos psicológicos complejos, existe un gran interés por fundamentar la naturaleza de los déficits neuropsicológicos que acontecen en el TDAH en un intento de identificar posibles endofenotipos que caractericen a esta población, interés que adquiere toda su dimensión si tenemos en cuenta la inexistencia de un marcador biológico para el TDAH. El objetivo de la presente revisión es una actualización teórica sobre el conocimiento acumulado desde la Neuropsicología como marco conceptual de referencia, acerca de las alteraciones en Memoria y en Funciones Ejecutivas de la población con TDAH. Consideramos que poner en valor los hallazgos neuropsicológicos en TDAH debe ser un componente esencial tanto en el diagnóstico como en la rehabilitación de un desorden multicomponencial como es el TDAH.

Palabras clave: Funciones Ejecutivas, Memoria, Neuropsicología, TDAH

ABSTRACT

Anatomofunctional frontostriatal abnormalities classically identified as the etiologic reason for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) are also, by extension, the anatomopathological substrate of executive deficits found in this population. From Neuropsychology, scientific discipline interested in the study of the relationship between cortex and cortico-cortical and cortico-subcortical loops with complex psychological processes, there is a great interest to substantiate the nature of neuropsychological deficits that occur in ADHD, in an attempt to identify potential endophenotypes that characterize this population; an interest that acquires its full dimension due to the fact that there is no biological marker for ADHD. The AIM of this review is an update on theoretical knowledge accumulated, from Neuropsychology as a conceptual framework of reference, about deficits in memory and executive functions in ADHD population. We believe that highlighting the value of neuropsychological findings in ADHD should be an essential component in both the diagnosis and rehabilitation of a multicomponential disorder as ADHD is.

Key Words: ADHD, Executive Functions, Memory, Neuropsychology

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las patologías neuroconductuales más comunes en la infancia caracterizada por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales¹ este patrón, debe durar más de seis meses y ser más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de la misma edad y de un nivel de desarrollo similar, afectando de forma considerable el desarrollo de la vida diaria de éste⁶. Los síntomas del TDAH suelen ser estables, pero pueden variar entre el hogar y el colegio en función de lo estructurado de la situación, la presencia de otras personas y la intensidad de la tarea^{42,47}. Las manifestaciones clínicas del trastorno varían en función de la etapa evolutiva en que se encuentre el niño. Esto es, mientras que en los alumnos de primaria se aprecia tanto la inquietud motora como los déficits atencionales, en la adolescencia se observa una reducción de la inquietud motora y la persistencia del déficit atencional. Este mismo patrón se observa también en la vida adulta cuyos síntomas pueden perdurar en un porcentaje que varía entre un 40% y 60% de los casos⁹. En la actualidad es clásico distinguir tres subtipos: el subtipo con predominio del déficit de atención; el subtipo con predominio hiperactivo/impulsivo y el subtipo combinado, que compartiría características comunes de los dos anteriores. En el subtipo con predominio del déficit de atención, sobresale la lentitud en el procesamiento de la información. Se caracteriza por un estado de alerta y vigilancia inconsistente, especialmente cuando la información es presentada auditivamente. Este es el subtipo que más se asocia con las dificultades del aprendizaje. El subtipo con predominio hiperactivo/impulsivo es más común en los niños preescolares, siendo probablemente el precursor del tipo. Dentro de este grupo, el 80% de los casos está asociado a problemas de conducta. Este subtipo ha sido clásicamente relacionado con la dificultad en la socialización e interacción del niño con el medio. Por último, en el subtipo combinado los principales problemas se producen en el control inhibitorio, que repercute negativamente en el manejo de los recursos atencionales. Es el subtipo de mayor gravedad, pues se ven afectados tanto el comportamiento como el aprendizaje³¹.

Desde los acercamientos neurobiológicos, estudios de neuroimagen ponen de manifiesto datos neuroanatómicos relacionados con este trastorno. Así, se observa un decremento del volumen cerebral global en niños con TDAH comparados con controles relacionados en edad y

género^{22,28}; una disminución de la corteza prefrontal derecha¹²; alteraciones en los ganglios basales, específicamente en el núcleo caudado¹¹ y menor volumen del cerebelo⁷. Estamos por lo tanto ante un trastorno neurobiológico, donde los mejores candidatos a explicar dichas alteraciones parecen ser los genes reguladores de la dopamina. Así, se asocia el TDAH a alteraciones en los sistemas de neurotransmisión catecolaminérgicos, incluyendo a la dopamina (DA) y la noradrenalina (NE) estableciéndose como una posible razón etiológica que el TDAH está causado por una disfunción de los circuitos noradrenérgicos y dopaminérgicos fronto-estriatales²³.

El estudio de la repercusión cognitivo-conductual que el conjunto de anomalías anatomofuncionales descritas anteriormente tiene en el TDAH, representa el objetivo central de los estudios neuropsicológicos de esta población. La identificación de las funciones alteradas y preservadas que muestran los niños con TDAH contribuiría de forma considerable a la clarificación diagnóstica de la patología. De este modo salvaríamos lo que parece ser una dificultad inherente a las investigaciones sobre el TDAH, puesto que su diagnóstico se realiza apelando únicamente a criterios o descriptores conductuales, algunas veces solapados con otras patologías³³. Sin embargo, la revisión de la literatura pone de manifiesto un alto nivel de inconsistencias en las alteraciones neuropsicológicas identificadas en esta población. Por lo que respecta a la memoria, si bien los problemas en esta función no representan un síntoma central en el TDAH, no siendo una característica definitoria del mismo, en la actualidad las investigaciones evidencian un déficit mnésico asociado al funcionamiento ejecutivo. Por tanto, la presente situación nos lleva a considerar en mayor profundidad los déficits más claramente definidos en esta población, esto es, los déficits en funciones ejecutivas y su repercusión en el rendimiento mnésico.

FUNCIONES EJECUTIVAS Y TDAH

Las funciones ejecutivas podemos entenderlas como “*las capacidades mentales necesarias para la formulación de objetivos y la planificación de estrategias idóneas para alcanzar dichos objetivos, optimizando el rendimiento*”²⁹. Representan el nivel supraordinado del funcionamiento cognitivo⁴⁸ y está vinculado a la actividad de la corteza prefrontal y a las conexiones que ésta establece^{23,37}.

Uno de los aspectos a considerar en el estudio de las funciones ejecutivas en el TDAH es que la propia definición conceptual del constructo “*funciones ejecutivas*” no

50 está exenta de controversia. Así, varía de acuerdo a la disciplina académica, la habilidad específica identificada y el autor, lo que lleva a que existan unas 33 definiciones en la literatura⁴⁰. Sin embargo, todas ellas están de acuerdo en que las funciones ejecutivas representan las capacidades que se sitúan en el nivel más elevado de la jerarquía cognitiva y están presentes en prácticamente la totalidad de las actividades de la vida cotidiana. De esta manera, implican el desempeño de las siguientes funciones: la capacidad para establecer metas; capacidad para planificar conductas dirigidas a la obtención de la meta establecida; la monitorización de la puesta en marcha del plan para comprobar su ajuste al objetivo y a las estrategias iniciales; la capacidad para dirigir y mantener nuestra atención hacia un estímulo relevante, tanto interno como externo; la capacidad de controlar la interferencia que producen los estímulos irrelevantes; la flexibilidad para corregir errores o incorporar conductas nuevas en función de los estímulos del entorno, la fluidez verbal y de diseño y la memoria de trabajo³⁹.

El proceso de adquisición de las funciones ejecutivas está vinculado al desarrollo madurativo alcanzado por la corteza prefrontal. Así, será necesario que esta región cortical haya establecido las adecuadas conexiones sinápticas y que el proceso de mielinización se haya completado para que, a nivel conductual, se observe un adecuado rendimiento en tareas ejecutivas. La adquisición de estas funciones muestra un comienzo alrededor de los 12 meses de edad y a partir de entonces se desarrolla lentamente con dos picos importantes, a los 4 y a los 18 años¹⁷. Las funciones ejecutivas se investigan generalmente utilizando pruebas y tests neuropsicológicos de diversa naturaleza. A continuación se describe las distintas funciones que constituyen el constructo de funciones ejecutivas y algunas de las pruebas que se utilizan para su estudio.

La *Planificación* se entiende como la determinación y organización de los pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una acción o la consecución de una meta. El plan debe concebir en su estructura posibles alternativas, la importancia de las mismas, y el poder realizar cambios si es necesario. Toda esta actividad conceptual implica a su vez la participación de la atención sostenida²⁹. El área rostral anterior del cortex frontal parece estar especialmente implicada en las tareas de planificación²⁴. Entre las pruebas más tradicionalmente utilizadas como medidas de planificación están la Torre de Londres y la Torre de Hanoi. Así mismo, el tipo de reproducción del Test de la Figura Compleja de Rey o los Laberintos de Porteus

y/o el subtest de Laberintos del WISC-R, dan un indicador de esta función.

Atención Selectiva y Sostenida. Los déficits atencionales, tanto en atención selectiva como sostenida, representan uno de los síntomas nucleares del TDAH. Estas capacidades parecen estar distribuidas en distintos sistemas neurales a lo largo del encéfalo. Por lo que respecta a la atención dirigida hacia estímulos externos, una de las áreas implicadas es el cortex cingulado anterior; mientras que la capacidad para mantener la atención en el tiempo se relaciona con regiones corticales posteriores, concretamente con la actividad del lóbulo parietal³⁶. Los estudios muestran que los niños TDAH presentan más errores de omisión en pruebas de atención sostenida que los niños controles. Este síntoma de inatención permanece estable a lo largo de la vida de la persona⁸. Para evaluar la atención sostenida se usan pruebas como el Test de Atención d2¹⁰, la tarea de vigilancia continua⁴⁶ (Test de la "A") o el Continuous Performance Test (CPT)¹³, entre otros.

La Inhibición, o los procesos inhibitorios, representan la capacidad para frenar y/o retirar una respuesta saliente o una respuesta en marcha, no memorizar información irrelevante, inhibir interferencias mediadas por eventos previos y reducir la distractibilidad. Desde el punto de vista neuroanatómico, dichos procesos se asocian a la actividad de la región ventrolateral derecha del cortex prefrontal³⁵. Los errores en pruebas que miden inhibición muestran que los TDAH comparados con controles cometen más errores de comisión, esto es, responder al ítem cuando deben inhibir la respuesta⁴³. Entre las pruebas para medir la inhibición se cuenta con el test de interferencia de Stroop, las pruebas de Stop-task y las tareas go-no-go²⁹.

La Flexibilidad Cognitiva se entiende como la capacidad de cambiar el curso del pensamiento o la acción que estamos llevando a cabo en función de las demandas del medio²⁹. Aunque los resultados no son concluyentes, parece ser que el sustrato neural que se asocia a esta función integra el giro cingulado izquierdo, el cual se activa durante las tareas de formación o cambio de categorías; y las áreas dorsolaterales izquierdas, las cuales se activarían durante el transcurso de toda la tarea, se den o no cambios de categorías²⁰. Una de las pruebas neuropsicológicas para evaluar la flexibilidad cognitiva es el test de clasificación de cartas de Wisconsin⁴⁰.

La Fluidez Verbal y Fluidez de Diseño representan un componente importante de las funciones ejecutivas. Se definen como la capacidad para evocar respuestas apropiadas ante un estímulo determinado en un tiempo concreto. Por lo general, como estímulo elicitor se utilizan letras,

categorías y diseños. Los procesos cognitivos que demanda esta tarea, incluyen: velocidad de procesamiento, conocimiento de vocabulario, memoria semántica, memoria de trabajo, inhibición y atención sostenida⁴⁰. Generalmente se considera que la corteza prefrontal dorsolateral sería la base neuronal de la fluidez. Algunos autores plantean la existencia de asimetría cerebral en esta capacidad, otorgando a la corteza prefrontal dorsolateral izquierda la fluidez verbal²⁹, mientras que la corteza prefrontal dorsolateral derecha sería la responsable de la fluidez de diseño⁴⁸. Una de las pruebas más utilizada para medir la fluidez verbal es el Controlled Oral Word Association Test (COWAT). Esta prueba incluye la producción oral y/o escrita de palabras que empiecen por F, A o S (consignas fonéticas), y palabras de una determinada categoría semántica (ej., animales, alimentos). Por lo que se refiere a la fluidez de diseño, se suele utilizar la producción gráfica de dibujos sin sentido durante un tiempo determinado.

Por último, la *Memoria de Trabajo* es el tipo de memoria que usamos para mantener dígitos, palabras, nombres u otros ítems en nuestra mente durante un breve periodo de tiempo²⁷. Entre las pruebas que con mayor frecuencia se utilizan para medir la memoria de trabajo, podemos citar: Prueba de Memoria de Trabajo de Siegel y Ryan⁴¹, tarea de Brown-Peterson y el Paced Auditory Serial-Addition Task (PASAT). Así mismo, en ocasiones se ha empleado el subtest de dígitos (directos e inversos) pertenecientes a las escalas de inteligencia de Wechsler para evaluar la memoria de trabajo de naturaleza verbal y el Test de Corsi y la prueba de localización espacial de la WMS-III para medir la memoria de trabajo visoespacial.

En resumen, se ha puesto de manifiesto que el término “funciones ejecutivas” representa una forma de operar “top-down” que se nutre de un número importante de funciones asociadas que operaría en forma “bottom-up”. La corteza prefrontal y las conexiones que ésta establece con los ganglios basales y otras regiones córtico-subcor-



Figura 1. Bases neuroanatómicas de los diversos tipos de memoria (adaptado de Squire y Zola-Morgan⁴⁴).

tales parecen necesarias para el adecuado rendimiento ejecutivo. Los niños con TDAH presentan problemas en este rendimiento ejecutivo. Así, tienen dificultades en la capacidad para *planificar* y llevar a cabo un objetivo; *inhibir conductas*; *cambiar de estrategias* ante la demanda del medio y en *fluidez verbal*³⁰.

DÉFICIT DE MEMORIA EN TDAH

Estudios con sujetos neurológicamente normales, estudios clínicos e investigaciones con animales han puesto de manifiesto la existencia de múltiples tipos de memoria que se sustentan en el adecuado funcionamiento de diversos sistemas neuronales⁴⁵. El conjunto de estructuras cerebrales que participan en los procesos de memoria está profusamente difundido en el cerebro, participando tanto estructuras corticales como subcorticales. En la figura 1 se recoge las vinculaciones que Squire y Zola-Morgan hacen entre tipos de memoria y regiones cerebrales.

El esquema de la figura 1 hace mención a lo que se considera memoria a largo plazo. Sin embargo, para que ésta se pueda dar, nuestro cerebro necesita de la entrada de estímulos que debemos seleccionar, mantener, codificar y transferir a ese almacén o memoria a largo plazo. Todas esas funciones se realizan en otra estructura de memoria denominada memoria a corto plazo (MCP) o memoria de trabajo (MT). Siguiendo el Modelo Modal de Atkinson y Shiffrin², la MCP se encuentra entre el

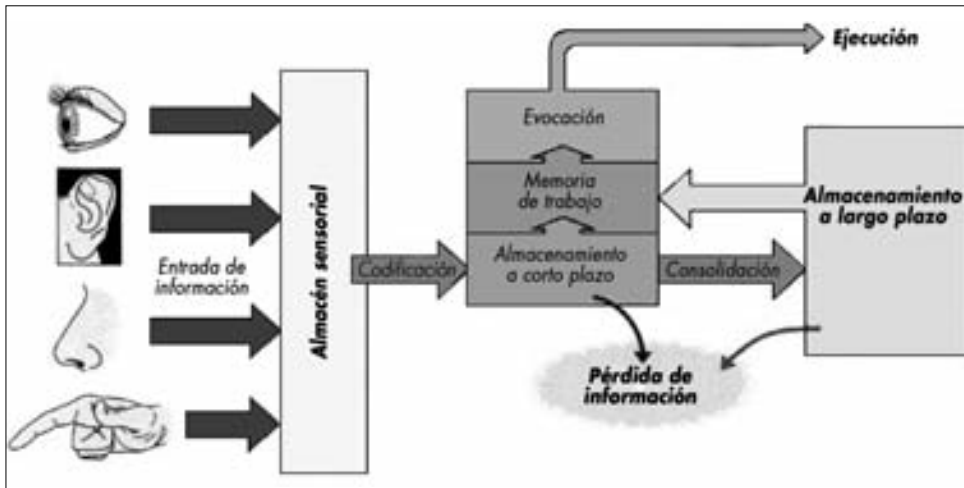


Figura 2. Proceso de formación de la memoria tiempo-dependiente.

almacén sensorial y la memoria a largo plazo. La información en MCP decae rápidamente y su información no puede transferirse a MLP a menos que se utilicen procesos de atención y funciones ejecutivas. Por tanto, el curso del procesamiento sería el siguiente. La información accede a nuestro cerebro a través de los distintos sistemas sensoriales, constituyendo de esta forma, y para algunos autores, la primera huella mnésica del material adquirido¹⁵. Posteriormente, la información es codificada en lo que podríamos denominar memoria a corto plazo, algunas veces denominada memoria de trabajo²⁷. La consolidación a largo plazo de la información codificada, así como la evocación inmediata de la misma, parecen ser funciones altamente dependientes de la memoria de trabajo. Al mismo tiempo, se observa que hacemos uso de la memoria de trabajo cuando evocamos información retenida a largo plazo. La figura 2 recoge la representación gráfica de dicho procesamiento.

La memoria de trabajo es una extensión de un concepto anterior de MCP ejemplificado en el modelo modal de Atkinson y Shiffrin. Baddeley y Hitch⁵ promueven reemplazar el concepto de sistema a corto plazo unitario por un sistema múltiple. Así la memoria de trabajo (MT) está formada por tres componentes que son el *Ejecutivo Central* y dos sistemas de almacenamiento: *La Agenda Visoespacial* y *el Bucle Fonológico*. El ejecutivo central es un sistema de control atencional y coordinador de los subsistemas “esclavos”³⁻⁴. El bucle fonológico estaría implicado en la información auditiva y relacionado con el habla, es responsable del almacenamiento temporal de información

verbal para su uso. Por último, la agenda visoespacial estaría relacionada con el mantenimiento y manipulación de información espacial y visual, responsable del almacenamiento temporal de información no verbal. Así pues, la memoria de trabajo, con sus tres subsistemas, posee capacidad limitada, y es la encargada de almacenar y manipular información.

La formulación de la memoria de trabajo en los términos planteados por Baddeley ha incentivado, desde la neuropsicología,

la búsqueda de correlatos anatómicos a cada uno de los componentes. Así, parece que el cortex prefrontal es la estructura responsable de la integración de los distintos componentes de la memoria de trabajo. Las regiones que contribuyen a esta función son múltiples. El ejecutivo central estaría regulado por la corteza prefrontal; el bucle fonológico estaría vinculado a regiones temporoparietales izquierdas, así como áreas motoras y premotoras del hemisferio izquierdo; y la agenda visoespacial está regulada por regiones parieto-occipitales derechas⁴. La figura 3 recoge la representación gráfica de lo expuesto con anterioridad.

En resumen, parece que no hay un único tipo de memoria ni un único sistema neural subyacente a ésta. Al contrario, existen estructuras de memoria y múltiples sistemas neurales que los sustentan³².

Las investigaciones realizadas sobre memoria en niños con TDAH muestran resultados inconsistentes, encontrándose diferencias en memoria en algunos estudios pero no en otros. Así, Kaplan et al²⁵ administraron la batería de memoria WRAML (Wide Range Assessment of Memory and Learning) a niños con TDAH y controles. Dicha batería está formada por distintos subtests que miden memoria verbal (memoria de historias, memoria de frases y memoria de números y letras), memoria visual (memoria de imágenes, memoria de diseños) y aprendizaje (verbal, de sonidos y visual). Los resultados mostraron que los niños con TDAH tenían un peor rendimiento que el grupo control en memoria de frases y memoria de números y letras. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la

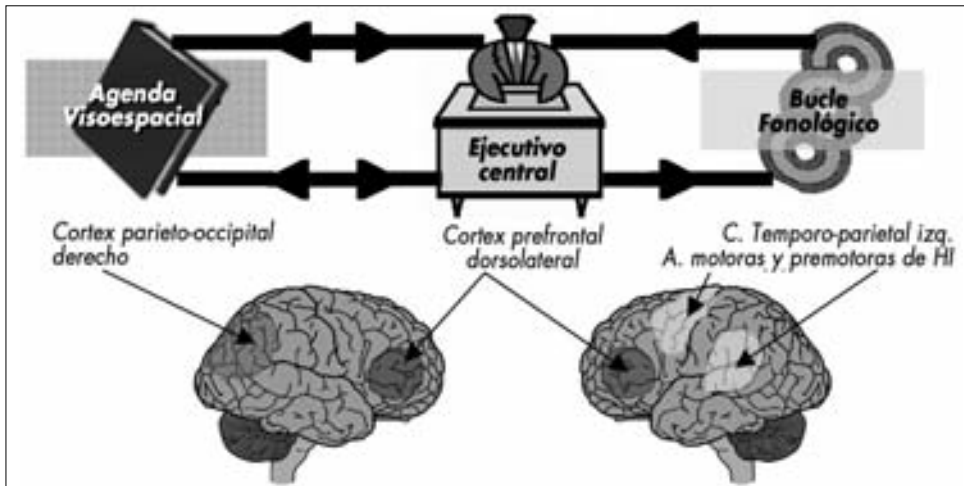


Figura 3. Representación esquemática de la Memoria de Trabajo conceptualizada por Baddeley y correlato anatómico propuesto.

memoria de historias, ni a corto ni a largo plazo. Por lo que respecta a la memoria visual, no se encontraron diferencias significativas entre TDAH comparado con controles en memoria de imágenes y de diseño. Así como tampoco se encontraron diferencias en los subtests que medían aprendizaje verbal, visual y de sonidos. Para el grupo de Kaplan, estos resultados ponen de manifiesto que los déficits de memoria verbal no son una característica definitoria del trastorno por déficit de atención con hiperactividad dado que en la prueba de memoria de historias no se encontraron diferencias entre ambos grupos, sino que los niños TDAH tienen dificultades en los procesos de atención empleados para almacenar la información como se pone de manifiesto en las diferencias encontradas en las pruebas de memoria de frases, números y letras, pruebas especialmente sensibles a los procesos de atención/concentración.

Por otra parte, Ott y Lyman³⁴ no encuentran diferencias significativas entre TDAH y controles en una prueba de memoria espacial, aunque los sujetos con TDAH lograron en el recuerdo libre algunos ítems menos que el grupo control.

Resultados en la misma línea son aportados también por Kitazawa, Hirabayashi y Kobayashi²⁶ quienes examinaron el rendimiento de niños con TDAH y controles en el *Auditory Verbal Learning Test (AVLT)*, y en el *Rey-Osterrieth Complex Figure Test (RCFT)*, además de tareas de memoria extraídas de las baterías WISC-III y K-ABC, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos. Cornoldi, Barbieri, Gaiani y Zocchi¹⁴ exa-

minaron las estrategias de memoria de un grupo de niños controles y TDAH. En una serie de tres experimentos a los participantes se les administraron pruebas de recuerdo libre utilizando materiales algunos de los cuales podían categorizarse y otros estaban repetidos. Los resultados mostraron que los niños con TDAH presentaban un menor recuerdo de los materiales y un mayor número de intrusiones comparado con los niños del grupo control. Sin embargo, cuando se les prestaba ayuda para

que utilizaran estrategias, que consistían en organizar el material semánticamente, su nivel de ejecución era similar al del grupo control. Un análisis pormenorizado de sus resultados reveló que el patrón de déficit mostrado por los TDAH era indicativo de déficit en el funcionamiento ejecutivo, no en el conocimiento. En la misma línea se sitúan los trabajos de Ott y Lyman³⁴ quienes encontraron un peor rendimiento en el grupo de niños TDAH en pruebas de recuerdo libre y las investigaciones de Douglas y Benezra¹⁹ que mostraron que los TDAH presentan déficits en tareas de memoria que requieren organización y repetición deliberada de la información.

Los niños TDAH según Douglas¹⁸ tienen déficits en el procesamiento ejecutivo responsable de la organización y monitorización del procesamiento de la información, la movilización de la atención, el esfuerzo y la inhibición de la respuesta inapropiada. En esta misma línea se expresa Denckla¹⁶ para quien los déficits de memoria observados en TDAH no son tanto de *atención* sino de *intención*, enfatizando nuevamente el papel que desempeñan las funciones ejecutivas en el rendimiento en memoria.

Los estudios anteriores muestran inconsistencia en los resultados en memoria en TDAH. Sin embargo, la memoria de trabajo no es una única estructura, sino que está compuesta por tres componentes como son el ejecutivo central, el bucle fonológico y la agenda visoespacial, y por tanto esta población puede presentar problemas en una subestructura concreta de la memoria de trabajo y tener otras intactas. O lo que es lo mismo, el déficit mné-

54 sico no es cuestión de todo o nada, y los niños TDAH pueden rendir igual que los controles en alguna prueba y presentar problemas en otras. Así, se ha encontrado que los niños TDAH no presentan dificultades cuando los estímulos que se les presentan son visuales o en forma de figuras como por ejemplo la Figura Compleja de Rey o los que aparecen en la Escala Wechsler de Memoria. Sin embargo, cuando las pruebas utilizadas presentan material verbal como listas de palabras o pares asociados como las incluidas en el Test de Aprendizaje Verbal California sí se encuentran diferencias entre TDAH y controles. Incluso en el subtest de span o amplitud de dígitos de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños se ha encontrado una menor amplitud en niños TDAH comparado con controles.

Resultados en esta misma línea de investigación han sido encontrados recientemente por nuestro grupo de investigación³⁰. Así, administramos pruebas de memoria verbal, visual y memoria de trabajo a una muestra de niños con TDAH y niños controles. Cuando la prueba consistía en aprender una lista de palabras (medida con la AVLT- Rey) no se encontraron diferencias significativas en recuerdo libre entre los grupos en el primer ensayo de aprendizaje, pero sí en los cuatro ensayos posteriores. Tampoco se encontraron diferencias en el recuerdo de la lista de interferencia, ni en la prueba de reconocimiento. Sin embargo, sí se encontraron diferencias entre ambos grupos cuando la prueba de recuerdo se realizaba tras la presentación de la lista de interferencia y tras un intervalo de 30 minutos. Cuando la prueba requería el recuerdo de una historia (Memoria de Historias del TOMAL³⁸) no se encontraron diferencias entre niños TDAH y controles en recuerdo libre inmediato, pero sí en el recuerdo demorado. En las pruebas de material visual, tanto visoperceptivo (medido con la Figura Compleja de Rey) como visoespacial (medido con Recuerdo Selectivo Visual del TOMAL) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en memoria visual. Finalmente, en la memoria de trabajo verbal (medida con la prueba de Memoria de Trabajo de Frases) se encontraron diferencias entre los grupos; sin embargo, cuando la misma función fue medida con la prueba Dígitos del WISC-R en la versión inversa no se encontraron tales diferencias. Tampoco se encontraron diferencias en la memoria de trabajo visoespacial (medida con la prueba de localización espacial de la Wechsler Memory Scale III).

En resumen, en lo referente a memoria verbal, no se encontraron diferencias entre los niños con TDAH y los

controles para la adquisición de información y, en cambio, sí se objetivaron diferencias en el recuerdo libre, tanto inmediato como demorado. Indicando la presencia de dificultades en la búsqueda espontánea de información que ha sido previamente almacenada junto a beneficio cuando la prueba les facilita claves o ayudas. Esto muestra que las dificultades son de evocación espontánea. De esta manera, los niños con TDAH tienen déficit en las estrategias de organización, búsqueda, selección y/o recuperación de la información de naturaleza verbal, reflejando este perfil de resultados un rendimiento ejecutivo deficiente. Con respecto a la memoria visual, los resultados ponen de manifiesto que el rendimiento del grupo TDAH es similar al grupo control, es decir parecen no tener dificultades en la recuperación espontánea de información de naturaleza visual, ni para material visoperceptivo ni visoespacial. Por lo que respecta a la amplitud de memoria, tanto directa como inversa, no se encontraron diferencias entre los grupos ni para material verbal ni visual. Sin embargo, sí se encontraron diferencias en la amplitud de la memoria de trabajo medida con la prueba de Memoria de Trabajo de Frases. Estudios realizados con tomografía por emisión de positrones muestran que los niños TDAH usan regiones de su cerebro asociadas con tareas visuales (región occipital) cuando están realizando tareas en la memoria de trabajo, en mayor medida que el cortex prefrontal que utilizan los sujetos controles²¹.

La conclusión a la que se puede llegar es que los datos obtenidos en la población TDAH son consistentes con un déficit en el funcionamiento del bucle fonológico y del ejecutivo central, dos estructuras importantes de la memoria de trabajo. Por lo que respecta a la agenda visoespacial, estructura encargada del mantenimiento y manipulación de información visual y espacial, los niños TDAH no presentan problemas. Siguiendo la propuesta de localización de Baddeley⁴, esto haría esperable la existencia de alteraciones en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral, temporoparietal izquierda y motora y premotora también izquierdas. Dado que los componentes del bucle fonológico son críticos para el reconocimiento de palabras, el desarrollo del lenguaje y las habilidades lectoras es importante su estudio para una mejor comprensión del TDAH que facilite la intervención en aquellos aspectos más deteriorados en esta población.

La revisión de la literatura realizada junto a los datos encontrados en nuestro propio laboratorio nos permite establecer las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

- 1.- El constructo “*funciones ejecutivas*” hace mención a un conjunto de funciones que nos posibilitan desde el establecimiento de metas hasta la realización del conjunto de estrategias conductuales necesarias para alcanzar los objetivos trazados. Datos clínicos y de neuroimagen funcional han puesto de manifiesto la importancia de los lóbulos frontales y las conexiones que esta estructura establece en la regulación de esta función.
- 2.- La población con TDAH evidencia importantes déficits en el funcionamiento ejecutivo. En efecto, cuando se estudia el rendimiento del grupo TDAH mediante pruebas y procedimientos neuropsicológicos que evalúan rendimiento ejecutivo, su ejecución es, generalmente, significativamente peor al evidenciado por el grupo control.
- 3.- El conocimiento de las alteraciones anatomofuncionales que subyacen al TDAH y que explican su sintomatología nuclear, nos proporciona una buena base neural que permite comprender los déficits ejecutivos encontrados en el TDAH. Asumiendo que los lóbulos frontales, específicamente la corteza prefrontal, desempeñan un papel preponderante en esta función y aceptando que los lóbulos frontales aparecen disfuncionales en el TDAH es posible colegir alteraciones ejecutivas en esta población.
- 4.- Como grupo, la población con TDAH no evidencia problemas de memoria exceptuando las alteraciones en memoria de trabajo. En efecto, tanto si atendemos a la memoria tiempo dependiente (corto plazo-largo plazo), como a la naturaleza del material a memorizar (verbal-visual), el rendimiento de la población con TDAH es equiparable al mostrado por la población normal igualada en edad, género y nivel de desarrollo. Desde el punto de vista anatómico éste es un resultado que no sorprende dado que son estructuras cerebrales posteriores, corteza temporomedial junto a hipocampo, las que desempeñan un papel preponderante en la memoria entendida como capacidad de retener información a corto y largo plazo.
- 5.- Sin embargo, tanto la retención de material como su evocación demandan la participación de las funciones ejecutivas y por lo tanto de los lóbulos frontales. Es decir, memorizar implica la puesta en marcha de un conjunto de estrategias que nos permitan clasificar el material de un modo determinado (ej. por semejanza categorial) y, al mismo tiempo,

po, evocar el material aprendido y memorizado demanda estrategias de búsqueda que nuevamente suponen la puesta en práctica del funcionamiento ejecutivo.

- 6.- En el contexto expuesto en la conclusión anterior podemos comprender que la población con TDAH muestra problemas de memoria que van más allá de las alteraciones en memoria de trabajo clásicamente encontradas. Si tal y como sugerimos, memorizar implica a las funciones ejecutivas y si, como parece aceptado, éstas dependen de la corteza prefrontal funcionalmente deficitaria en TDAH, es fácil colegir los déficits de memoria en TDAH. Este es un resultado encontrado en ocasiones en la literatura y evidenciado en nuestro propio laboratorio.
- 7.- La Neuropsicología, marco conceptual en el que se inserta el conjunto de investigaciones comentadas en la presente revisión, ha contribuido y está ampliando de forma significativa el conocimiento sobre la caracterización sintomatológica y etiológica del TDAH. El advenimiento de las técnicas de neuroimagen (Imagen por Resonancia Magnética Funcional-fMRI, Tomografía por Emisión de positrones-PET, Voxel-Based-Morphometry-VBM, Imagen por Tensor de Difusión-TDI) incrementará de forma exponencial las aportaciones de esta disciplina. Como meta se pretende, asumiendo su dificultad, la identificación de endofenotipos que contribuyan al diagnóstico de esta patología.
- 8.- La información recogida en la presente revisión tiene una implicación práctica evidente. Más allá del consabido entrenamiento en el control de la atención y la inhibición cognitiva y conductual, ahora estamos en disposición de afirmar que la memoria de los niños/as con TDAH puede beneficiarse sustancialmente si tenemos en consideración la vinculación demostrada entre funcionamiento ejecutivo y memoria. Dicho acercamiento maximizará los logros terapéuticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson. 2002.
2. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human memory: A proposed system and its control processes. En: KW Spence y JT Spence. The psychology of learning and motivation. Nueva York: Academic Press. 1968.

R. Martín P. González-Pérez
S. Hernández J. Bravo
MA. Alonso
M. Izquierdo

Procesos psicológicos complejos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva neuropsicológica

56

3. Baddeley A. Working memory. Oxford: Oxford University Press. 1986.
4. Baddeley A. Working memory: looking back and looking forward. *Nature Neuroscience*. 2003, 4: 829-839.
5. Baddeley AD, Hitch GJ. Working memory. En: GA Bower. *Psychology of learning and motivation*. Nueva York: Academic Press. 1974, 8: 47-90.
6. Barkley RA, DuPaul, GJ, McMurray, MB. A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990, 58: 775-789.
7. Berquin PC, Giedd JN, Jacobsen LK, Hamburger, SD, Krain AL, Rapoport JL, Castellanos FX. The cerebellum in attention deficit hyperactivity disorder: A morphometric study. *Neurology*. 1998, 50: 1087-1093.
8. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age dependent decline of ADHD symptoms revisited: Impact of remission definition and symptom subtype. *American Journal of Psychiatry* 2000, 157: 816-818.
9. Biederman J, Monuteaux C, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silba JM, Snyder LE, Faraone SV. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-years follow-up study. *Psychological Medicine*. 2006, 36: 167-179.
10. Brickenkamp R. *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Alemania: Hogrefe, Göttingen. 1962.
11. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal, JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002, 288: 1740-1748.
12. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarffati SE, Vauss YZ, Senell JW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Rajapakse JC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Archives General Psychiatry*. 1996, 53: 607-616.
13. Conners CK. *Conners' Continuous Performance Test Computer Program 3.0 User's Manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems. 1994a.
14. Cornoldi C, Barbieri A, Gaiani C, Zocchi S. Strategic memory deficits in attention deficit disorder with hyperactivity participants: The role of executive processes. *Developmental Neuropsychology*. 1999, 15 (1): 53-71.
15. Craik FIM, Lockhart RS. Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*. 1972, 11: 671-684.
16. Denckla MB. Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning-disability and attention deficit hyperactivity disorder? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1996, 17: 114-119.
17. Diamond A. Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: cognitive function, anatomy and biochemistry. En: Stuss DT & Knigh RT. *Principles of frontal lobe function*. London: Oxford University Press. 2002, 446-503.
18. Douglas VI. Attentional and cognitive problems. En: M Rutter. *Developmental Neuropsychiatry* Nueva York: Guildford. 1983, 280-328.
19. Douglas VI, Benezra E. Supraspan verbal memory in attention deficit hyperactivity disorder with hyperactivity normal and reading-disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1990, 18: 617-638.
20. Etchepareborda MC, Mulas F, Capilla-González A, Fernández-González S, Campo P, Maestú F. Sustrato neurofuncional de la rigidez cognitiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Resultados preliminares. *Revista de Neurología*. 2004, 38: 145-148.
21. Fine L. Research: Paying Attention. Ed Week. <http://www.edweek.org/ew/articles/2001/05/09/34adhd.h20.html>
22. Hill DE, Yeo RA, Campbell RA, Hart B, Vigil J, Brooks W. Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Neuropsychology*. 2003, 17: 496-506.
23. Himelstein J, Schulz KP, Newcorn JH, Halperin JM. The neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Bioscience*. 2000, 5: 461-478.
24. Humes GE, Welsh MC, Retzlaff P, Cookson N. Tower of Hanoi and London: reliability and validity of two executive function task. *Psychological Assessment*. 1997, 4: 249-257.
25. Kaplan BJ, Dewey D, Crawford SG, Fisher GC. Deficits in long-term memory are not characteristic of ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1998, 20 (4): 518-528.
26. Kitazawa S, Hirabayashi S, Kobayashi M. Memory functions in children with attention deficit/hyperactivity disorder: the effects of methylphenidate on them. *No To Hattatsu* 2004, 36 (1): 31-36.
27. Kolb B, Whishaw IQ. *Fundamentals of human neuropsychology*. New York: Worth Publishers. 2003.
28. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clinical Psychology Review*. 2006, 26 (4): 433-444.
29. Lezak M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press. 1995.
30. Martín-González R, González-Pérez PA, Izquierdo-Hernández M, Hernández-Expósito S, Alonso-Rodríguez MA, Quintero-Fuentes I, Rubio-Morell B. Evaluación neuropsicológica de la memoria en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: papel de las funciones ejecutivas. *Revista Neurología*. 2008, 47 (05):225-230.
31. Mulas F, Roselló B, Smeyers P, Hernández S. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: actualización diagnóstica y terapéutica. *Actualidad en TDAH*, Madrid: Laboratorios Rubió. 2002.
32. Nieto A, Hernández S. *Neuropsicología II. Guía Didáctica*. La Laguna: Arte. 2006.
33. Nigg JT. Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: The state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biology Psychiatry*. 2005, 57: 1424-1435.
34. Ott DA, Lyman RD. Automatic and effortful memory in children exhibiting attention-deficit hyperactivity disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1993, 22: 420-427.
35. Papazian O, Alfonso I, Luzondo RJ. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*. 2006, 42 (Supl 3): S45- S50.

36. Posner MI, Raichle ME. Images of mind. New York: Scientific American Library. 1994.
37. Rebollo MA, Montiel S. Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología* 2006, 42 (Supl 2): S3-7.
38. Reynolds CR, Bigler ED. Test of memory and learning (TOMAL). Austin, TX: Pro-Ed. 1994.
39. Rubio-Morell B, Martín-González R, Herreros-Rodríguez O, González-Pérez P, Hernández-Expósito S, Quintero-Fuentes, I Gracia-Marco, R. Evaluación neuropsicológica de la eficacia del metilfenidato-OROS en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2008, 46 (10): 602-608.
40. Sergeant JA, Geurts H, Oosterlaan J. How specific is a deficit of executive functioning for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Behavioural Brain Research*. 2002, 130: 3-28.
41. Siegel L, Ryan EB. The development of working memory in normally achieving and subtypes of learning disabled children. *Child Development*. 1989, 60: 973-980.
42. Silver LB. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud. Barcelona: Ars Medica. 2004.
43. Smith A, Taylor E, Brammer M, Toone B, Rubia K. Task-specific hypoactivation in prefrontal and temporoparietal brain regions during motor inhibition and task switching in medication-naive children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*. 2006, 163(6): 1044-1051.
44. Squire LR, Zola-Morgan S. Memory: Brain systems and behavior. *Trends Neuroscience*. 1988, 11: 170-175.
45. Squire LR, Stark CE. Memory System. En: JR Pomerantz. *Topics in Integrative Neuroscience*. Cambridge: Cambridge University Press. 2008.
46. Strub RL, Black FW. The mental status examination in neurology. Philadelphia: FA Davis. 1986.
47. Szatmari P, Offord DR, Boyle, MH. Correlates, associated impairments, and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1989, 30: 205-217.
48. Tranel D, Anderson SW, Benton A. Development of the concept of "executive function" and its relationship to the frontal lobes. En: F. Boller J. Grafman. *Handbook of Neuropsychology*. Elsevier Science. 1994.

QUEEN BEES & WANNABES. Helping your daughter survive cliques, gossip, boyfriends, and the new realities of girl world

*Rosalind Wiseman, Three Rivers Press.
New York, 2ª edición. 2009.*

El pasado 13 de octubre de 2009 salió a la venta la segunda edición de este ya clásico bestseller, con información actualizada y revisada, incluyendo, en comparación con la edición previa, un apartado dedicado a los problemas relacionales entre las adolescentes más jóvenes, púberes, así como un enfoque específico en torno a los conflictos relacionales que surgen a través de las nuevas tecnologías (redes sociales en internet o teléfonos móviles).

Este libro, que ya lleva vendidas más de 400.000 copias, se está convirtiendo en el libro de cabecera de padres, profesores y, por qué no, profesionales de la Salud Mental que atienden a adolescentes.

Su autora, Rosalind Wiseman, describe con maestría, gran intuición, humor y empatía los conflictos y entresijos del mundo adolescente femenino. De lectura fácil y amena a la vez que llena de contenido, traduce en un lenguaje sencillo la psicopatología más compleja. Repasando todas las situaciones de la cotidiana vida social de las adolescentes, la autora va ofreciendo guía, consejo y grandes avisos (los más gráficos señalados con humor mediante el cartel de “zona minada”) para superar con éxito esta etapa tan crucial de la vida.

De especial mención me parecen su clasificación sobre los tipos de adolescentes según el rol que despliegan dentro del grupo social, y las tipologías de los padres de esas mismas jovencitas. Con nombres muy sugerentes, la tipología de estas adolescentes se conforma de Queen bee (la abeja reina que, como su autora menciona, es una mezcla de la Reina de Corazones de Alicia en el País de las Maravillas y Barbie), Sidekick (compinche, mano derecha de la Queen bee), Banker (la banquera cotilla, aquella que dispone de una moneda muy valiosa: la información), Messenger (mensajera, intenta reconciliar las partes en conflicto para ganar reconocimiento y poder social), Pleaser o Wannabe (la pelota que hace todo lo que sea preciso para ganar el favor de la abeja reina), Torn Bystander (la espectadora sufriente por el trato que el grupo da a la víctima, pero frágil para enfrentarse a las poderosas), Target (la víctima, diana de las ofensas

del grupo) y la Champion (la campeona, sana y con fuerte autoestima que no basa su valía en el hecho de cómo es aceptada en el grupo).

También muy interesante es la tipología de padres, tremendamente creativa pero realista. Mencionándolos brevemente: Lock-Her-in-a-Closet Parent (padres que creen posible tener controlada por completo a su hija, encerrada en el armario), Best-Friend Parent (los que creen ser el mejor amigo de sus hijas), Hip Parent (el padre “guay” que intenta agradar a su hija y a los amigos de ésta haciendo cualquier cosa), Believer Parent (inocente que cree todo lo que la menor le diga), You Mess with My Kid, You Mess with Me Parent (padres paranoicos que reaccionan precipitadamente si creen que alguien daña a su hija), Let’s Let Them Work It Out Parent (padre o madre pasota que deja hacer a su hija sin supervisión ni apoyo, bajo el lema “que entre ellos se arreglen”), Pushover Parent (padre ausente que anima a su hija a enfrentar el mundo, pero sin guía ni límites), Benign Neglect Parent (padres inseguros y pasivos que resultan ineficaces en la supervisión y cuidado de la menor), No-Excuses Parent (aquellos que insisten en afrontar siempre los problemas a sus hijas), The Private Parent (extrema la privacidad de los problemas familiares), The No-Privacy Parent (opuesto al anterior), The Don’t-Ask, Don’t-Tell Parent (el ignorar lo que ocurre tranquiliza a los padres, pero los aleja de la hija), The Overbearing Parent (el amor, ansiedad y miedo de los padres aboca a un sobrecontrol que favorece el enfrentamiento con la hija), y The Loving Hard-Ass Parent (los padres más competentes, amorosos pero firmes, que ayudan a su hija a enfrentar situaciones de modo constructivo pero sin miramientos).

Por lo tanto, un libro altamente recomendable, no sólo para padres y educadores, sino también para todos nosotros, puesto que nos aporta un modo de comprensión del mundo adolescente femenino que nos servirá no sólo para atender mejor a las menores de nuestras consultas, sino también para ayudarnos a utilizar su contenido como punto de vista de acercamiento y comunicación con ellas y con sus tan necesitados padres.

Aránzazu Fernández Rivas

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil,
Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto (Bilbao).
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

aranzazu.fernandezrivas@osakidetza.net

CONSULTA PSIQUIÁTRICA EN PEDIATRÍA. En niños y adolescentes con enfermedad orgánica

Shaw, Richard J. y de Maso, David R. 1ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2009. (Traducción de Diana Klajn; Mariano Scolari; Mariel Miguereles). 402 pp.

Una vez más, la Editorial Médica Panamericana nos ofrece un buen texto para la Paidopsiquiatría, y más en un área con escasas obras disponibles. La clásica Medicina Psicosomática (convertida en Interconsulta Psiquiátrica, luego Psiquiatría de Enlace, y que hoy aparece en la literatura con el propuesto nombre de Psiquiatría Psicosomática (Lobo et al, 2007) (en nuestro caso Paidopsiquiatría Psicosomática) tiene muy pocos textos actuales, y este es uno muy bueno. Concebido como un manual clínico, cumple plenamente su objetivo ofreciéndonos un texto útil y práctico que rezuma la experiencia clínica de sus dos autores. En resumen, una obra concisa que aborda los principales temas de la atención paidopsiquiátrica en el paciente pediátrico (niño o adolescente enfermo).

Roser L Vacas

MEYLER'S SIDE EFFECTS OF PSYCHIATRIC DRUGS

Aronson, Jeffrey K. (ed.). 1ª Edición. Elsevier. Amsterdam, 2009. 732 pp.

Los textos de consulta son clásicos que, como una herramienta de ayuda, han tenido y tienen su espacio en la práctica médica habitual. Con el rapidísimo y amplio desarrollo de la medicina también han ido variando con el tiempo. En efecto, han ido reduciendo la extensión de su campo para permitir una mayor profundidad y actualización, facilitando la cada día más difícil aprehensión del conocimiento. En este sentido, esta obra es un magnífico ejemplo de esta evolución: Un tratado, obra de consulta, que reúne los efectos secundarios de los fármacos utilizados en Psiquiatría y de las drogas de abuso, con un último capítulo que aborda los efectos adversos psicológicos y psiquiátricos de los tratamientos farmacológicos NO psicotrópicos.

Está basada en la 15ª edición, de 2006, de la obra completa: Meyler's Side Effects of Drugs: The International Encyclopedia of Adverse Drug Reactions and Interactions, en seis volúmenes.

TREATING CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSION

Rey, Joseph M. y Birmaher, Boris (eds.). 1ª ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2009. 360 pp.

Firman este libro 48 autores que Rey y Birmaher han coordinado con un excelente resultado. Han conseguido un libro que ha sabido unir rigor, sistematización, ciencia y conocimiento con experiencia y práctica, todo ello destinado a ofrecer un libro útil para el clínico en su quehacer cotidiano en el tratamiento de la depresión pediátrica.

Estructurado en tres secciones, en la primera (de 3 capítulos) se abordan las características generales de la depresión infantil, su etiología y su valoración. En la segunda sección (de 17 capítulos) se plantea en toda su extensión el abordaje, manejo y tratamiento de la depresión infanto-juvenil, dirigido y guiado por y para la práctica clínica. Finalmente, la tercera sección (de 4 capítulos) trata de la depresión infantil en grupos especiales, como la enfermedad crónica, las diferencias transculturales o las internacionales.

Todo ello se completa con una magnífica serie de prácticas tablas y figuras, así como, en la mayoría de los capítulos, una relación recursos para pacientes, familiares y profesionales. Un libro, pues, que reúne y enseña saber y saber hacer.

Roser L Vacas

PEDIATRIC AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY. A Practical Manual for Pediatricians

Greydanus, Donald E.; Calles, Joseph L. y Patel Dilip R.(eds.) 1ª ed. Cambridge University Press. Cambridge, 2008. 301 pp.

Escrito para todos los no psiquiatras que se encuentran atendiendo a niños y adolescentes que presentan trastornos psiquiátricos. Presentan los autores un libro de Psicofarmacología en niños y adolescentes básico, actualizado, claro y práctico. Una referencia para tener presente cuando, como ya probablemente en más de alguna ocasión le ha pasado, algún colega, (especialmente de Atención Primaria, Pediatra o Médico de familia, aunque también de otras especialidades como un internista, o Enfermera...) solicita un texto básico de calidad.

Roser L Vacas

60 OBESIDAD INFANTIL. Prevención, intervenciones y tratamiento en Atención Primaria

Sandra G. Hassink. Editorial Médica Panamericana, 2010 (traducción del original del año 2006). 334 pp.

La obesidad está afectando a cada vez más niños, en riesgo de sufrir trastornos asociados tales como la diabetes tipo 2, la esteatohepatitis no alcohólica, el síndrome del ovario poliquístico, la apnea del sueño, la enfermedad de Blount, etc. Corren también el riesgo de ser obesos toda la vida, con las consiguientes consecuencias médicas y psicológicas. Esta “epidemia” resulta de una interacción compleja entre la carga genética y el medio, el temperamento del niño, los estilos de crianza, la dinámica familiar y el ambiente del hogar, la escuela y la comunidad.

Este texto, conciso y práctico, incluye guías para los controles de salud seriados desde el nacimiento hasta la adolescencia y la adultez temprana, hojas de trabajo, cuestionarios, autoevaluaciones y otros materiales para que los padres puedan ayudar a sus hijos a alcanzar y mantener de manera segura un peso adecuado, folletos educativos para el paciente, ejemplos de dietas, formularios de seguimiento de la obesidad infantil para el médico, recomendaciones para la realización de actividad física, tablas de crecimiento desde el nacimiento hasta los 20 años, incluidos los percentiles para el índice de masa corporal y peso para la talla según la edad, etc.

Avalado por la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP), proporciona valiosa información, estrategias y sugerencias para encarar la prevención, las intervencio-

nes y el tratamiento de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Un texto, por tanto, básico pero utilísimo en el quehacer diario con el paciente pediátrico obeso, tan desafortunadamente mal tratado (¿maltratado?) en no pocas ocasiones.

Óscar Herreros
oherreros@gmail.com

A CLINICAL GUIDE TO PEDIATRIC WEIGHT MANAGEMENT AND OBESITY

Sandra G. Hassink. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2007. 205 pp.

Obra complementaria a la anterior, es una guía práctica y manejable que proporciona al clínico implicado en el tratamiento de niños y adolescentes obesos una completa aproximación a su manejo médico. Trata cuestiones desde la epidemiología y la patofisiología de la obesidad hasta la presentación clínica, el diagnóstico y, por supuesto, el tratamiento del paciente infanto-juvenil obeso. Incluye igualmente el desarrollo completo de sus complicaciones y comorbilidades habituales, tales como las respiratorias, cardiovasculares, endocrinológicas, metabólicas, ortopédicas, gastrointestinales, renales, neurológicas y, por supuesto, de salud mental, sin olvidar las urgencias relacionadas con este diagnóstico o los síndromes genéticos de los que puede formar parte. De lectura fácil, facilita la aproximación a la obesidad infantil desde la Psiquiatría sin olvidar sus causas y consecuencias somáticas.

Óscar Herreros
oherreros@gmail.com

La **REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL** se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y a las Normas de Vancouver, 1997: <http://www.infomed.sld.cu/instituciones/ipk/biblioweb/normas.htm>.

La Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil (abreviado: **Rev Psiquiatr Infanto-Juv**) tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y del adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde los distintos, y diversos, puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

Los originales para publicación deberán enviarse a la **Secretaría Técnica de la RPIJ**: Óscar Herreros Rodríguez. Secretaría Técnica de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Apartado de Correos 118. 38109 – Radazul (Tenerife), o al correo electrónico de la secretaria: direccion.revista@aepnya.org

Estas Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específicos debe consultarse los *Requisitos uniformes de los manuscritos enviados a revistas biomédicas*, publicados en Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2001, 3:32-44, o ver la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentarán por duplicado 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, la siguiente información:

- a) Título original (castellano e inglés)
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (si fuera posible, incluir una dirección de correo electrónico y un número de teléfono)

Además, es necesario enviar un disquete (o un correo electrónico a la Secretaría Técnica de la RPIJ: direccion.revista@aepnya.org) con el contenido completo del trabajo original escrito en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD).

Como normal general, cada sección del manuscrito debe

empezar en una página nueva y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia:

1. Resumen y Palabras claves (en castellano y en inglés)
2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
5. Discusión
6. Conclusiones, y
7. Bibliografía

Resumen: Se hará en castellano e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente y de tal manera que el trabajo pueda ser adecuadamente codificado a través de ellas.

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Comentarios Breves, Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios de Publicaciones y Cartas al Director.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los Artículos Originales o en los Artículos de Revisión se aconseja una extensión máxima de 25 folios con las Tablas y Figuras numeradas en folios aparte y con un máximo de 5 folios.

Las **tablas** deben estar numeradas independientemente, con números arábigos y deben contener el correspondiente título. Las fotografías deben enviarse en el número mínimo indispensable para la buena comprensión del texto. Se numerarán en su parte posterior, se indicará la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficos especiales que no se presenten en formato electrónico adecuado deberán hacerse con tinta negra. Las fotografías, dibujos y gráficos deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte. Las fotografías, dibujos y gráficos siempre que sea posible deben enviarse en formato electrónico utilizando los programas estándar para cada proceso. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la RPIJ para valorar la mejor solución.

Bibliografía: las referencias bibliográficas se presentarán todas al final del manuscrito, se numerarán por orden alfabético y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se utilizará en el texto (en forma de superíndice sin paréntesis) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.infomed.sld.cu/instituciones/ipk/biblioweb/normas.htm>):

- 1.- Artículo estándar: Apellido(s) e iniciales del autor/es (separados por una coma). Título del artículo en lengua original. Título completo o Abreviatura* internacional de la revista seguida del año de publicación; volumen (número)**: página inicial-final del artículo. Puig-Antich J, Perel JM, Lupatkin W, Chambers WJ, Tabrizi MA, King J, Goetz R, Davies M, Stiller RL. Imipramine in prepubertal major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1987; 44:81-89.

*Cuando el número de autores es muy elevado se mencionan los seis primeros autores seguidos de la abreviatura et al.

**Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>).

*** El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

- 2.- Libro: Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año.
- 3.- Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo. Toro Trallero J, Castro Fornieles J, García i Giral M, Lázaro García M. Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson; 1998. Birmaher B, William DT. Acquired brain Disorders. En: M Lewis. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.363-374.
- 4.- Citas electrónicas:
consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>.

Las **Cartas al Director** podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o a datos personales y, en el caso de que se relacionen con algún trabajo publicado, serán enviadas por la Redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta a la misma. La extensión de las cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 ó 4 citas bibliográficas y, si fuera necesario, una figura o tabla.

La sección de **Agenda** podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras activi-

dades que se consideren importantes para los lectores de la RPIJ.

Números Monográficos: Se podrán proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

La Secretaría de Redacción acusará recibí de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA:

Se envían ...?

- Duplicado
- Mecanografiados a doble espacio
- Con márgenes suficientes
- Hojas numeradas

Se cita la siguiente información ...?:

- Título original (castellano e inglés)
- Inicial del nombre y apellidos del autor/autores
- Nombre del Centro de trabajo
- Población
- Fecha de envío
- Dirección del autor

Se ha estructurado bajo la siguiente secuencia ...?:

- Resumen y Palabras claves
- Abstract y Key words
- Introducción
- Material y Métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones, y
- Bibliografía

Se ha especificado la Sección de la Revista ...?:

- Comentarios Breves
- Artículos Originales
- Artículos de Revisión
- Casos Clínicos
- Comentarios de Publicaciones
- Cartas al Director

Se han numerado adecuadamente ...?:

- Tablas
- Figuras
- Referencias bibliográficas

Formato de envío ...?

- Disquete
- Correo electrónico