

M^a I. Hernández¹
M. A. González²

Perfil psicológico en niños con baja estatura por acondroplasia

1 Psicóloga Clínica
2 Médico especialista en Rehabilitación

Psychological profile of acondroplastic children

Correspondencia:

M. A. González
Servicio de Rehabilitación
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Carretera del Canyet s/n. Apartado correos 72. 08916 Badalona

RESUMEN

Se estudian las características psicológicas en niños diagnosticados de acondroplasia que se someterán a un alargamiento quirúrgico óseo de sus extremidades.

Se analizó el perfil psicológico, cociente intelectual e integración social de estos niños de baja estatura, cuyas edades oscilan entre los 7 y 12 años, para ello se ha realizado una valoración psicológica previa a la intervención, mediante pruebas de inteligencia WISC-R, pruebas proyectivas, cuestionario de adaptación, una entrevista semiestructurada y el cuestionario Child Behavior Checklist a los padres, además del informe escolar.

Los resultados obtenidos han permitido observar tendencias psicológicas características en los niños de baja estatura, encontrándose que aparecen más inseguros, dependientes, introvertidos, retraídos, con una baja autoestima y autodesvalorización, y con tendencia a la tiranización, en comparación con el grupo control.

La media obtenida en el cociente intelectual estaba dentro de los límites de la normalidad.

PALABRAS CLAVES: Infancia; Acondroplasia; Perfil psicológico; Cociente intelectual.

ABSTRACT

This study aimed to determine the psychological characteristics of children with a diagnosis of Achondroplasia that underwent osseus lengthening surgery in their limbs. Particularly, we studied the psychological profile, IQ, and social adjustment of achondroplastic children aged 7 - 12 years. All children were given measures of intelligence (WISC-R), projective tests, an adjustment questionnaire, and a semi-structured interview before undergoing surgery. In addition, the parents were given a questionnaire (CBC). Results suggested that, compared to control subjects, achondroplastic children tended to be more insecure, dependent, introverted, to have lower self-esteem, and a tendency to tyrannize.

KEY WORDS: *Infancy; Achondroplasia; Psychological Profile; Intelligence quotient.*

INTRODUCCIÓN

Las personas de baja talla, pero de forma específica los acondroplásicos, se desenvuelven con dificultad en el entorno, debido al acortamiento rizomélico de sus extre-

88 midades que además de la discapacidad que representa, dificulta de alguna forma su proceso de socialización y de integración en el ambiente laboral.

Nos encontramos ante una persona con una discapacidad producida por su baja talla, que a su vez provoca una minusvalía, que no es otra cosa que la expresión social -ambiente familiar, escolar, lúdico, laboral- de su discapacidad².

El modo personal de reacción, la excitabilidad, la receptividad a las sensaciones, la tendencia a la fatiga y la capacidad de recuperación son variaciones interindividuales y vienen dadas por el fenotipo y la personalidad. Esta constituye un elemento de diferenciación y se basa en la experiencia de cada individuo y está condicionada por los acontecimientos.

En los acondroplásicos una parte de la experiencia es similar a la de los sujetos de talla normal, pero hay otra diferente derivada del enfrentamiento a los problemas provocados por la baja talla³.

El temperamento, susceptible de plasticidad, depende tanto de la vitalidad, como de las circunstancias del medio.

El niño tiene una particular satisfacción en que se ocupe de él y el sujeto acondroplásico tiene plena conciencia que necesita ayuda y manifiesta que el entorno físico es incómodo, cuando no hostil.

El ambiente limita su autonomía; es decir, tienen un grado de minusvalía y presentan dificultades para el intercambio social y a medida que crecen las frustraciones son cada vez mayores, especialmente en la vida actual donde la actividad y la movilidad son valores en alza y la complejidad de los medios y aparatos para obtenerlas ofrecen múltiples ocasiones para desmostrarle las dificultades a las que se enfrenta³.

Los adolescentes necesitan autonomía que les permita ir en grupo, en otras palabras, socializarse y autoafirmarse, y la baja talla patológica plantea problemas a los acondroplásicos para hacerlo efectivo.

El intenso deseo de crecer que tienen los pacientes y sus familias, con la esperanza de disponer de un mayor grado de autonomía, al objeto de lograr una mayor integración social y ante el aumento de las demandas por parte de las familias y de los usuarios afectados de talla baja patológica de una intervención quirúrgica que permita una elongación ósea y de alguna manera normalice la misma, la mejora de la técnica quirúrgica que lo permite, la aparición de un mayor número de facultativos interesados en realizarla, las complicaciones que aparecen durante el proceso de elongación en esta patología⁴, debido a la gran demanda de cm. que precisan y también las complicaciones^{5,6} que se presentan posteriormente a la

finalización del proceso de elongación, a veces en forma de discapacidad e incremento de la minusvalía, el coste elevado de las intervenciones, junto al largo proceso de rehabilitación, hace necesario un equipo multidisciplinario formado por: pediatras, médicos rehabilitadores, cirujanos ortopédicos, psiquiatras y psicólogos que permitan un abordaje integral del problema⁷.

Hemos de tener en cuenta que uno de los objetivos fundamentales es lograr una mejoría de la funcionalidad de los pacientes, y no siempre la cirugía que posibilita la elongación puede conseguirlo, a veces serán necesarias intervenciones añadidas, de tal forma que la estética queda en un segundo plano, porque función y estética, aunque no son términos antagónicos, en ocasiones son divergentes.

No debería abordarse ningún programa de elongación ósea en la acondroplasia sin que se cumplieran unos requisitos mínimos, como es la presencia de un equipo multidisciplinario⁷ que tuviera claro el diagnóstico causal de la baja talla, que conociera la talla final esperada, porque no sería de recibo el iniciar ninguna actuación para conseguir únicamente un enanismo de mayor talla, si no para intentar adecuar la talla al límite bajo de la normalidad.

Partiendo de la premisa de un diagnóstico correcto y de una talla final conocida, es necesario que la familia y el sujeto conozcan qué se va a hacer en relación con la cirugía para corregir su hipometría, contar con su adhesión, no solo al objetivo, si no también al programa, puesto que el tiempo mínimo que van a llevar el aparato de distracción para la elongación es de tantos meses como centímetros alargados, a los que deberán añadirse el tiempo posterior de rehabilitación.

No debemos olvidar lo penoso que puede ser en el tiempo este largo proceso, amén de las interferencias que pueden producirse, según el programa que sigamos, en la socialización y escolarización.

No debe valorarse tan solo el interés del sujeto y la familia, también debemos valorar el ambiente socio familiar y escolar, porque ni éstos pueden interferir en el proceso de elongación, ni la elongación en aquellos. El equipo multidisciplinario debe disponer, por tanto, de cauces de comunicación suficientes, tanto con la familia como con el sujeto que necesita la elongación y también con las asociaciones que agrupan a estos pacientes, para que antes del inicio del tratamiento los usuarios dispongan de información suficientemente contrastada, que evite frustraciones, a veces por las demandas exageradas y poco realistas⁸, otras por información excesivamente optimista de los cirujanos, por la tendencia a competir en

cm., y a veces por las complicaciones que pueden presentarse.

Está claro que el acercamiento al problema de la acondroplasia es diferente a ambos lados del Atlántico. Para los médicos de este lado del océano lo primordial ha sido durante muchos años el alargamiento, a veces desgraciadamente sin diagnósticos adecuados y con resultados pobres, cuando no catastróficos. Los del otro lado han puesto el acento en la discapacidad y minusvalía que provoca esta patología, porque esas sociedades, Canadá y EE.UU., tienen un gran desarrollo legislativo en materia de integración social y laboral de los discapacitados y minusválidos y no han valorado en su justa medida la elongación ósea.

El objetivo de este estudio ha sido conocer las diferencias psicológicas que existen entre la población afectada de acondroplasia y la población normal, para ofertar a la familia y al sujeto actuaciones que disminuyan o reduzcan las diferencias previsibles previas al acto quirúrgico de elongación ósea.

MÉTODO

Sujetos

La investigación se llevó a cabo con un total de 19 niños diagnosticados de acondroplasia, los cuales forman nuestro *grupo experimental* y que pertenecen a la Unidad de Displasias óseas del Hospital Germans Trias i Pujol y que estaban pendientes de practicárseles una intervención quirúrgica de alargamiento óseo en menos de un año.

Para establecer el *grupo control*, se recurrió a una población escolar, escogida al azar dentro de un colectivo de niños con un nivel académico situado en 4º y 5º de E.G.B., pertenecientes al colegio Sant Josep de Barcelona, con el mismo número de niños y la misma distribución de edad y sexo que en el grupo experimental.

Material

Todos los datos obtenidos para el grupo experimental fueron recogidos a través de una entrevista semiestructurada a los padres, donde se recogió información sobre pautas de sociabilidad, relación y afectividad, y el cuestionario Child Behavior Checklist (CBC) de Achenbach, diseñado para ser cumplimentado por los padres, y evaluar la percepción que éstos tienen de la conducta de sus hijos en el nivel de habilidades sociales y/o posibles problemas de conducta (depresión, agresividad, retraimiento

social, quejas somáticas, esquizoide-obsesivo, hiperactividad, delincuencia).

Se obtuvo información adicional sobre el rendimiento y el comportamiento escolar a través de un informe ofrecido por el colegio.

A los niños se les realizó un estudio psicológico individual que constaba de las siguientes pruebas: a nivel proyectivo: HTP (House, Tree, Person), el test del dibujo de la Familia de L. Corman y el dibujo de la Familia real, el Test Pata Negra (PN) y el test gráfico Autoimagen, de los cuales se extraían las características de personalidad de cada niño. También fue administrado el Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) que evalúa las diferentes áreas de adaptación: personal, escolar, social y familiar, así como las actitudes educadoras de los padres y por último la escala de inteligencia para niños revisada WISC-R.

Para el grupo control se tuvo en cuenta las notas obtenidas en el curso como indicadores únicamente del C.I., y aunque sabemos que estrictamente no es fiable, nos vimos obligados a realizar esta abstracción ante la imposibilidad de realizar la prueba WISC-R. También se administró el HTP, el test del dibujo de la Familia de L. Corman, el dibujo de la Familia real y el Autoimagen a nivel proyectivo, y el cuestionario TAMAI.

Nos centramos en una serie de características psicológicas, las cuales pretendíamos describir como variables diferenciadoras para comparar los dos grupos de niños estudiados.

Análisis estadístico

Se realizó una prueba de regresión logística la cual nos predice la pertenencia o no de un sujeto a uno de los dos grupos, es decir, pretende realizar una selección de variables que nos permitan diferenciar entre niños con baja estatura y estatura normal por las características de personalidad.

Para seguir verificando nuestros resultados se realizó un análisis factorial que determina subconjuntos claramente diferenciados de variables en los que, por un lado, dentro de cada subgrupo las variables están muy relacionadas entre sí, y por otro las variables de los grupos diferentes que no presenten ninguna relación.

RESULTADOS

Las edades de los niños estaban comprendidas entre los 7 y los 12 años y, la media de edad era de 9,8 años, de los cuales 7 eran niñas y 12 niños.

90 El porcentaje por edades de dicho grupo experimental se reflejan en la tabla 1 y en la figura 1.

Tabla 1 Porcentaje de edades para el grupo experimental

edad	frecuencia	%
7	1	5,3
8	2	10,5
9	5	26,3
10	5	26,3
11	3	15,8
12	3	15,8
Total	19	100

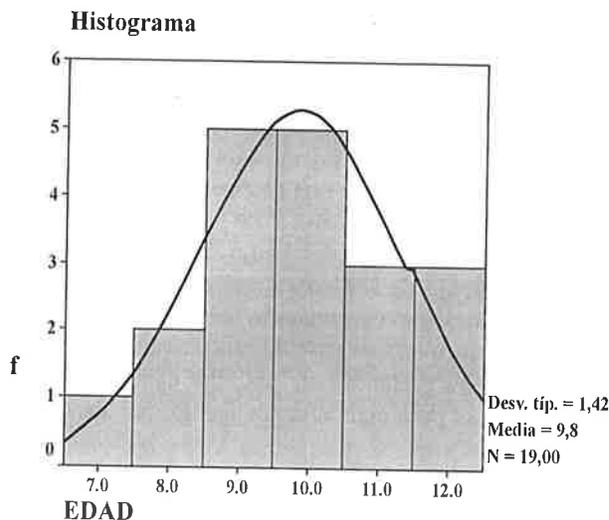


Figura 1. Histograma de frecuencias sobre el porcentaje de edades en el grupo experimental

Las variables estudiadas ansiedad, inseguridad, dependencia, sentimiento de culpa, tiranización, sentimientos de baja autoestima, introversión y inhibición, tristeza, impulsividad, agresividad se muestran en la tabla 2.

Las variables que se muestran más importantes, es decir con un nivel de acierto en la predicción del 87,50% a nivel de significación son: los sentimientos de culpa por un lado, con más puntuación en los niños del grupo control, y tiranización, con puntuación más elevada en los niños con baja estatura (tabla 3).

Los resultados obtenidos del análisis factorial nos permite observar la presencia de cuatro factores.

En el primer factor obtenemos las siguientes variables: baja autoestima, inseguridad, introversión, inhibición, dependencia con 32,4%.

Tabla 2 Estadísticos descriptivos para las madres estudiadas

	ESTADÍSTICOS		
	Media	Desviación típica	N análisis
ansiedad	,63	,49	38
inseguridad	,65	,48	38
dependencia	,48	,51	38
sentimientos de culpa	,10	,30	38
tiranización	,35	,48	38
baja autoestima	,48	,51	38
introversión	,45	,50	38
tristeza	,38	,49	38
impulsividad	,33	,47	38
agresividad	,38	,49	38

Tabla 3 Tabla de clasificación y resultados del análisis de regresión logística

Observado	Predicho		% correcto
	acondro	control	
Acondro	a 16	c 3	84,21%
control	c 2	17	90,48%
	Media		87,5%

Variables en la ecuación

Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig	R
ansiedad	,3072	1,5144	,0412	1	,8392	,0000
inseguridad	2,0314	1,6983	1,4308	1	,2316	,0000
dependencia	2,0391	1,6285	1,5678	1	,2105	,0000
sentimientos de culpa	-9,2995	5,4104	2,9543	1	,0856	-,1313
tiranización	4,0007	2,0998	3,6302	1	,0567	,1716
baja autoestima	22,2640	44,4631	,2507	1	,6166	,0000
introversión	,0023	1,9812	,0000	1	,9991	,0000
tristeza	-14,0778	43,7141	,1037	1	,7474	,0000
impulsividad	-4,7250	3,6540	1,6721	1	,1960	,0000
agresividad	4,9049	3,3507	2,1429	1	,1432	,0508
constant	-6,8805	7,4575	,8513	1	,3562	

En el segundo factor: impulsividad, agresividad, tiranización con 15,8%.

En el tercer factor: sentimiento de culpa, tristeza con 12,8%.

Y por último, en el 4º factor: ansiedad con 9,3%.

Las variables presentan valores muy altos en los factores 1 y 2, relacionados con los niños acondroplásicos. Es decir estos niños presentan: una autoestima más baja, con autodesvalorización, inseguridad, introversión, inhibición y dependencia (factor 1).

Son más impulsivos, agresivos y tiranos (factor 2).

En relación con el grupo control, éste muestra resultados muy elevados en las variables de los grupos 3 y 4, por lo tanto son niños que tienen más sentimientos de culpa, más tristeza (factor 3) y ansiedad (factor 4).

El tanto por ciento de varianza explicada facilitada por cada factor aparece reflejada en la tabla 4 y la distribución por factores aparece representada en la figura 2 y en la tabla 5.

Tabla 4 Varianza explicada por cada factor en el análisis factorial

Factores	Autovalores		
	total	% de varianza explicada	%acumulado
1	3,89	32,42	32,42
2	1,90	15,83	48,26
3	1,54	12,87	61,13
4	1,12	9,38	70,51
5	0,76	6,35	76,87
6	0,61	5,13	82,01
7	0,54	4,52	86,54
8	0,45	3,82	90,37
9	0,39	3,29	93,66
10	0,36	3,03	96,69
11	0,26	2,22	98,92
12	0,12	1,07	100

Tabla 5 Matriz de coeficientes para el cálculo de los componentes del análisis factorial

	1	2	3	4
ansiedad	,077	,045	-,133	,559
inseguridad	,226	,031	-,025	-,018
dependencia	,305	-,119	-,371	-,123
sentimiento de culpa	-,076	-,064	,548	-,072
tiranización	-,146	,381	,231	-,153
baja autoestima	,225	-,015	,106	,039
introversión	,218	,072	-,050	-,046
tristeza	,065	-,018	,404	,074
impulsividad	,052	,440	-,265	,219
agresividad	,010	,398	-,046	-,018

Método de extracción: análisis de componentes
 Método de rotación: Normalización de Varimax con Kaiser

La comparación de las características psicológicas medidas en los niños del grupo experimental y los del grupo control, confirmado a través de las diferentes pruebas estadísticas realizadas, nos dio el siguiente *perfil psicológico de los niños con baja estatura*: niños más inse-

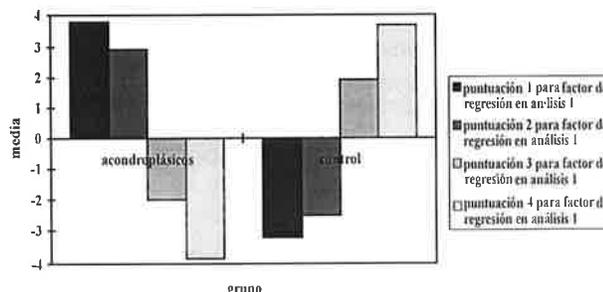


Figura 2. Media de las puntuaciones de los factores de regresión en los dos grupos de estudio

guros, dependientes, inhibidos e introvertidos, con sentimientos de baja autoestima y autodesvalorización, más impulsivos y agresivos ante la intolerancia a la frustración y con una marcada tendencia a la tiranización.

De las diferentes pruebas realizadas por estos niños, observamos de una forma más directa en las pruebas de Autoimagen y en el cuestionario TAMAI, una difícil adaptación personal y social, son conscientes a estas edades de sus imposibilidades para realizar según que actividades y de las respuestas del grupo de sus iguales hacia ellos, y eso puede crearles dificultades de integración social.

Son niños que tienden a negar la realidad que les angustia y que piensan que no pueden modificar, sin embargo observando los dibujos del autoimagen se aprecia una no aceptación de sí mismos¹². Los niños de su edad realizan muchas más actividades que ellos y estos quedan desplazados por sus mismos compañeros o por decisión propia del grupo, viendo al resto de niños superiores. Existen sentimientos de inferioridad y autodesvalorización, anhelando y deseando ser diferentes, cambiando su aspecto físico, manifestando un rechazo de su imagen corporal.

En las pruebas de inteligencia se pasó el WISC-R, escala de inteligencia de Wechsler revisada para niños, donde el grupo experimental obtiene una media de 95,7, puntuación que se sitúa dentro de los límites de la normalidad (90-109).

En las tablas 6 y 7 quedan reflejados los estadísticos y las puntuaciones relacionados con el cociente intelectual (WISC-R). En la figura 3 se representa el histograma de frecuencias para el cociente intelectual.

Se ha realizado una comparación interescalas de la prueba de Wechsler. Se comprueba que las puntuaciones del C.I. verbal son más bajas que las del C.I. manipulativo. Un 57,54% obtiene un C.I. verbal inferior al término

92

Tabla 6 Estadísticos descriptivos para el grupo experimental

	N	mínimo	máximo	media	desv.est.
Cociente intelectual	19	68	117	95,7	11,42
Edad	19	7	12	9,84	1,42
N válida	19				

Tabla 7 Frecuencias y porcentaje del cociente intelectual para el grupo experimental

puntuaciones en la escala WISC-R	f	%
68	1	5,3
80	2	10,5
84	1	5,3
90	1	5,3
93	1	5,3
94	1	5,3
97	1	5,3
98	2	10,5
100	5	26,3
104	1	5,3
107	1	5,3
108	1	5,3
117	1	5,3
Total	19	100,0

medio, un 33,37% un resultado medio y un 9,09% un resultado superior a la media. Es importante señalar que dicha diferencia puede ser el reflejo, probablemente, de la facilitación que estos niños tienen en su colegio, ya que las pruebas verbales están muy afectadas por la influencia del bajo rendimiento escolar. A través de las entrevistas con los padres se confirma que existe un 57,9% de los mismos que afirman llevar a cabo conductas de facilitación a sus hijos, con un 73,7% que afirman que existe sobreprotección tanto a nivel familiar como escolar (tabla 8).

DISCUSION

Los resultados de la valoración psicológica permiten observar un *perfil psicológico común* en los niños acondroplásicos. Estos niños ante la presión y demanda social parecen mostrar dificultades de relación social, con timidez, inhibición e introversión y en su faceta personal, muestran sentimientos de baja autoestima e inseguridad, que de alguna manera intentan paliar manifestándose más dependientes y regresivos con su entorno más próximo, buscando así la facilitación y sobreprotección de la fami-

lia y del colegio para sentirse más seguros, y mostrarse más desinhibidos y menos retraídos. Exigen una relación en la que predomina la tiranización, la demanda de atención y una baja tolerancia a la frustración.

Parece obvio que en una sociedad planteada para individuos que sobrepasan una estatura media de 150 cm., personas que miden por debajo de 130 cm. padezcan problemas de todo tipo, familiares, escolares y sociales. Situaciones normales de la vida cotidiana como apretar los pulsadores del ascensor, usar el teléfono público, recoger la consumición de un mostrador, se convierten en hechos imposibles de realizar.

Por otra parte, estas personas sufren un rechazo social grave que les impide desarrollar una vida escolar, laboral⁹ o de relación normal³, con el consiguiente desarrollo de problemas psicológicos graves¹⁰. Dichas situaciones pueden condicionar en estos niños un tipo de personalidad más insegura, con baja autoestima y dependientes y así provocar problemas de adaptación tanto a nivel social como personal.

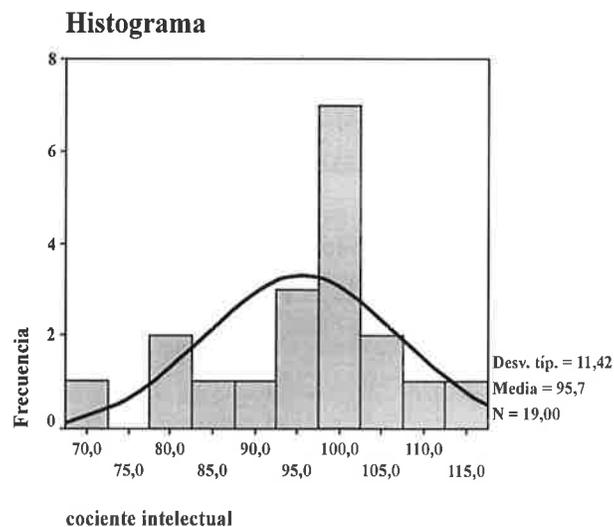


Figura 3. Histograma de frecuencias para el cociente intelectual en el grupo experimental

Tabla 8 Niveles de sobreprotección y facilitación paterna en el grupo experimental

	Sí	No
Facilitación	57,9%	42,1%
Sobreprotección	73,7%	26,3%

Algún autor¹¹ indica que la evolución futura de estos niños pueden variar por las circunstancias que los envuelven, relación, sentimientos, aceptación y actuaciones de los padres ante el hecho de haber tenido un hijo acondroplásico.

Otro hecho que puede influir es que en la familia haya otros hermanos, situación que en este estudio no se ha tenido en cuenta y que en próximos estudios sería interesante valorar.

Los padres y hermanos de un niño acondroplásico acostumbran a tomar dos posturas, una la sobreprotección, maximizando el cuidado de ese niño distinto, llegando incluso a prescindir de sus propias necesidades y hacer que sea totalmente dependiente al no tener que enfrentarse con los posibles obstáculos.

En un ambiente muy protegido o cuando se agregan trastornos o deformidades concomitantes, el niño puede creer que dispone a su antojo de los demás y exigir cuidados mostrándose débil¹². Provocando así un tipo de personalidad más tirana y dependiente.

Otra la negación del problema que puede llevar a una desocupación total e inhibición de las responsabilidades o a la evasión dedicando todo el tiempo a otras actividades.

Si en la familia hay otros hermanos que no sean acondroplásicos puede que el niño afecto idealice a estos otros hermanos y por tanto que constantemente se infravalore o que aparezcan sentimientos de culpa por ser él el "causante de problemas".

En una familia con hermanos pequeños puede sentirse celoso, poco atendido y mostrarse hostil para pedir atención¹².

Como hemos observado, el resultado de la capacidad intelectual aparece en los intervalos considerados normales, aunque esas tendencias psicológicas pueden explicar algunas actuaciones, que posiblemente nos estén indicando la posible diferencia entre el C.I. Verbal y el Manipulativo, tendiendo a obtener mejores puntuaciones en pruebas de inteligencia lógica que en aquellas donde el factor escuela está influyendo. De este modo más del 50% tiene un nivel inferior al término medio en el C.I. Verbal, mientras que en el C.I. Manipulativo las puntuaciones están más equilibradas.

Además, hay que tener en cuenta que la integración de estos niños a la escuela puede resultar difícil, especialmente a partir del momento en que sean más conscientes de la diferencia de talla con los demás niños. Los demás niños pueden preguntar en exceso, e incluso reírse y desplazarlos y provocar alteraciones emocionales, problemas de comportamiento e incluso fobias escolares o desarrollar mecanismos de compensación y realizar comportamientos de llamada de atención con gracias o actuar

como mascotas de la clase, pudiendo desencadenar una angustia y tensión excesiva y producir graves trastornos de personalidad.

Otro hecho importante que puede afectar al rendimiento escolar es que, debido a las características anatómicas de sus cráneo, suelen tener otitis de repetición y problemas de audición que pueden alterar el desarrollo del lenguaje oral con dislalias; por ello es necesario un tratamiento logopédico paralelo y normalmente si las otitis son muy frecuentes deben ser intervenidos para colocarles un drenaje transtimpánico, además de las obvias faltas de asistencias escolares.

En otras investigaciones realizadas⁹ aparecen como características psicológicas en los niños acondroplásicos los conflictos de inhibición, las dificultades en sus relaciones sociales, aislamiento y dependencia, así como un cociente intelectual dentro de los límites de la normalidad⁶, aunque estos han sido valorados durante el proceso de rehabilitación, por lo tanto después de la intervención quirúrgica para el alargamiento óseo.

Destacamos que, a pesar de que para medir las variables psicológicas se ha empleado una escala de medida dicotómica y esto limita el tipo y número de técnicas de análisis estadístico utilizables, se han empleado técnicas que requieren una distribución normal de las variables ya que nuestras mediciones se ajustan a una distribución binomial que es una buena aproximación al modelo normal.

Remarcamos los resultados de la prueba factorial donde los factores obtenidos son completamente diferenciadores entre los dos grupos de niños. El factor 1 y 2 están relacionados con los niños acondroplásicos y el 3 y 4 con los niños del grupo control. Llama la atención que éstos últimos factores estén tan directamente relacionados con el grupo control, posiblemente la explicación radique en que en estos niños aparecen más sentimientos de culpa y ansiedad debido a que existe menos sobreprotección y facilitación, mostrando así una mayor conciencia de sus faltas.

La ansiedad más baja en los niños acondroplásicos puede deberse a una menor presión y mayor protección familiar y a una baja motivación por parte de los niños a realizar las tareas más complicadas.

Creemos conveniente que exista un apoyo psicológico tanto hacia los niños afectados de acondroplasia, que como hemos observado parecen tener unas características psicológicas que pueden favorecer el tener problemas psicológicos que dificulten el afrontamiento de las diferentes etapas evolutivas de forma adecuada, la inmadurez personal, falta de integración social, excesiva dependencia y

94 inseguridad, acompañados de posibles retrasos escolares, como a sus padres, ya que el hecho de aceptar el diagnóstico de acondroplasia es un hecho difícil y puede crear conflictos personales que dificulten la relación padres e hijos y afecten negativamente al desarrollo del niño, pudiéndose éstos mostrar demasiado sobreprotectores y facilitadores, negando o rechazando la enfermedad y expresar sentimientos de culpa.

El hecho de poder atenderles psicológicamente, tanto a padres como a hijos, puede prevenir dichos problemas.

Es necesario recordar que en nuestra investigación, estos niños acondroplásicos están a las puertas de realizar una intervención quirúrgica de alargamiento óseo y que un buen conocimiento de las características psicológicas ayudará a trabajar psicológicamente estos aspectos y así mejorar el arduo y lento tratamiento posterior a la intervención quirúrgica y conocer la tolerancia al dolor y la

frustración, su integración socio-familiar, su actitud ante su problema.

El dolor es uno de los síntomas que normalmente se presenta y que en ocasiones se acompaña con astenia y anorexia, como consecuencia del proceso que impide un correcto descanso por la noche^{5,12,13}.

En ocasiones se produce una situación social y familiar difícil que puede provocar problemas psicológicos que precisan de psicoterapia^{5,12,13}.

Los objetivos del alargamiento para corregir la hipometría simétrica son mejorar al individuo desde el punto de vista funcional y cosmético, lo que de forma secundaria aminorará o evitará la aparición de trastornos psicológicos.

Mejorar la función significa la posibilidad de realizar actividades fuera del alcance de un individuo de talla muy baja y mejorar la cosmética significa mejorar la proporcionalidad del enanismo¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shakespeare WG. Social implications of achondroplasia. A public health view. En: Human achondroplasia. A multidisciplinary approach. Nicoletti B, Kopits SE, Ascani E, McKusick VA. Plenum, New York 1988:453-455.
2. Vetere C. Social implications of achondroplasia. A public health review. En: Human achondroplasia. A multidisciplinary approach. Nicoletti B, Kopits SE, Ascani E, McKusick VA. Plenum, New York 1988:457-459.
3. Siegel PT, Clopper RR, Stoppani C. The psychological adjustment of short children and normal controls. En: Growth stature and adaptation. Stabler B, Underood CE, (eds). Durham University of North Caroline 1994:123-134.
4. Ganel A, Horosowsky H. Limb lengthening in children with achondroplasia Clin Orthop 1996;332:179-183.
5. Lavini F, Renzi-Brivo L, De Bastiani G. Psychologic, vascular and physiologic aspects of lower limb lengthening in achondroplastic. Clin Orthop 1990;250:138-142.
6. Eldridge JC, Bell DF. Problems with substancial limb lengthening. Orthop Clin North Am 1991;22:225-631.
7. Saleh M, Burton M. Leg lengthening: Patient selection and management in Achondroplasia. Orthop Clin North Am 1991; 22: 589-599.
8. Molinari E, Mazzeti M, Peri G. The experience and expectation of achondroplastic subjects during the period of surgical lengthening. En: Human achondroplasia. A multidisciplinary approach. Nicoletti B, Kopits SE, Ascani E, McKusick VA. Plenum, New York 1988:445-446.
9. Roizen N, Ekwo E, Gosselink C. Comparison of education and occupation of adults with achondroplasia with same-sex sibs. Am J Med Genet 1990;35:257-260.
10. Olivan G, Bueno M. Alargamiento de las extremidades en las osteocondrodisplasias. Annal Esp Pediatría 1990;32:281-285.
11. Ancona L. The psychodynamics of achondroplasia. En: Human achondroplasia. A multidisciplinary approach. Nicoletti B, Kopits SE, Ascani E, McKusick VA. Plenum, New York 1988:447-452.
12. Aguirre, M: Aspectos psicológicos de las personas de baja estatura. En: De Pablos J y Cañadell J (Eds): Elongación ósea. Estado actual y controversias. Pamplona: Servicio de Publicaciones Universidad de Navarra. 1990: 361-364.
13. Hrutkay, JM. Y Eilert, RE: Operative lengthening of lower extremity and associated psychological aspects: The Children's Hospital experience. J. Pediatr Orthop, 10:373, 1990.