

Estudio psicológico preliminar de pacientes con IGHD

M. Bargada**; M^lL. Teixido**; I. Quiles**; J. Tomás***; N. Calvo*

RESUMEN

El presente estudio es un avance preliminar de una investigación que se está realizando con jóvenes adultos con IGHD que fueron tratados con hormona de crecimiento en la infancia, para determinar las características psíquicas y el ajuste social de los mismos.

Se informa sobre 16 pacientes, cuyas edades oscilan entre 16-27 años, entre ellos 12 son varones y 4 hembras, siendo la edad media para los varones: $X = 21,9$, y la edad media de las hembras $X = 19,5$, lo que significa una edad global media de $X = 21,3$.

Todos han sido tratados y seguidos en el mismo Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron de Barcelona. Proviene del mismo medio social y geográfico y la educación ha sido similar a la de sus hermanos y a la de sus iguales.

La información se ha recogido mediante entrevista semiestructurada y entrevista libre.

Para medir la inteligencia se ha empleado el Test de Matrices Progresivas. Para mensurar las características psicológicas, se ha usado el MMPI, el STAI, Hamilton, CIMEC-V. Los resultados han sido: el nivel intelectual es representativo de la población general. En cuanto al nivel de conocimientos, la mayoría no ha alcanzado el graduado escolar. El % de desempleo es superior al de sus hermanos.

Las puntuaciones brutas de los pacientes que han obtenido escalas significativas en el MMPI están entre 60-80, siendo las que puntúan, la desviación psicopática, la de hipochondriasis y la de dependencia. En un 25% aparece ansiedad, extraída de la escala de la psicastenia y de la combinación con otras escalas, coincidiendo con el 25% que aparece en el STAI. La escala de la depresión aparece representada en otro 25% de los pacientes, igual sucede en el Hamilton. En el MEC aparece una baja autoestima de la imagen corporal en general.

En cuatro casos ha habido consultas previas psiquiátricas. Del total, tres presentan problemas de tartamudez y tres están actualmente en tratamiento psiquiátrico.

Todo esto hace pensar en la necesidad de un abordaje multidisciplinario de estos pacientes ya en la infancia.

Palabras clave: IGHD. Psicopatología. Terapéutica hormonal. Desarrollo y características psíquico y social.

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del tratamiento con hormona de crecimiento es conseguir incrementar la altura del niño, pero el éxito del tratamiento no sólo se puede medir en términos de estatura final del adulto, sino en términos de ajuste psíquico y social.

***Jefe Clínico; **Adjunto; *Colaborador
Hosp. Univ. Mater-Inf. Vall D'Hebron. Barcelona

Los conflictos de estos pacientes empiezan en la infancia. La mayoría de las dificultades que se dan en este grupo son la baja autoestima, la inmadurez, dependencia, timidez e hiperactividad, pero quizás el sentimiento más doloroso que experimentan es el rechazo psicosocial.

Bryniarski¹, de una lista de 7 ítems que pasó a 100 madres de niños bajos y a 100 de niños altos, obtuvo que las madres de los bajos notificaban que sus hijos no conseguían ser independientes, que se iban menos con otros niños, que lloraban cuando eran frustrados y que obedecían más a las mismas instrucciones, que las madres de los niños altos.

Björk et al.², estudiaron a 23 adultos con GHD y notaron que estos individuos tenían una calidad de vida más pobre que los individuos normales y un alto grado de ansiedad y de humor depresivo.

McGauley³, observó que los adultos con GHD tenían una elevada preocupación por su salud.

Ranke⁴, nos informa de una mala adaptación social en un grupo de 14 pacientes con GHD de 25 a 64 años, de la República Federal Alemana.

Dean et al.⁵, entrevistaron a 116 adultos en Canadá, y encontraron que más de 1/3 no tenía trabajo, que sólo 15 estaban casados, 90 no tenían escolaridad y 70 vivían con sus padres.

Como se va a exponer a continuación, nosotros hemos encontrado dificultades semejantes en los sujetos de este estudio preliminar.

Estos pacientes fueron tratados con hormona de crecimiento en la infancia, durante muchos años, y pocos de ellos asistidos desde un punto de vista psiquiátrico; este es uno de los motivos que nos ha movido a explorar sus características psicosociales, a fin de poder desarrollar estrategias que permitan una ayuda pronta en los comienzos de su tratamiento hormonal.

SUJETOS Y MÉTODOS

Dieciséis pacientes con IGHD que fueron

tratados con hormona de crecimiento en la infancia en el mismo Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron de Barcelona. Las edades oscilan entre 16-27 años; entre ellos 12 son varones y 4 hembras, siendo la edad media para el varón $X = 21,9$ años y para las hembras $X = 19,5$ años. La media global sería, pues $X = 21,3$ años. El tratamiento duró entre 8-16 años, siendo la duración media global $X = 12,8$ años. La talla media final alcanzada para varones es $X = 1,61$ m y para las mujeres $X = 1,50,2$. La talla global media es, $X = 1,58$ m.

Todos provienen del mismo medio social y geográfico y la educación ha sido similar a la de sus hermanos y a la de sus iguales.

Técnicas. La información se ha recogido mediante entrevista semiestructurada y libre, incluyendo preguntas relacionadas con el impacto positivo o negativo de su altura en la escuela, efectos percibidos por los pacientes a causa de su altura, relaciones establecidas con padres, hermanos y amigos, expectativas del tratamiento, consultas previas psiquiátricas y/o tratamientos psiquiátricos en el momento de la entrevista.

El test de Matrices Progresivas ha sido empleado para obtener un nivel intelectual de los pacientes.

Con el nuevo enfoque de descripción conductual del MMPI, que es posible generar descripciones e inferencias a partir de los perfiles de los individuos, hemos obtenido una valoración de nuestros pacientes. Con el STAI se ha mensurado la ansiedad rasgo-estado. El Hamilton ha señalado los síntomas depresivos. Y el CIMEC nos da una visión cualitativa de la autoestima de su imagen corporal.

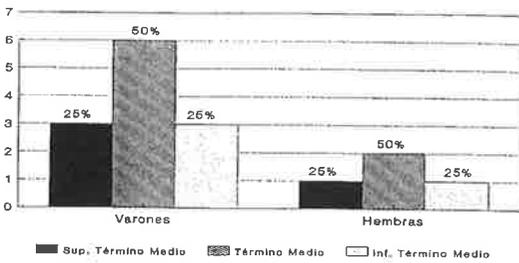
RESULTADOS

- Los **Coefficientes Intelectuales** de la muestra son representativos de la población general.

- La primera área que evaluaba la entrevista semiestructurada era qué **Impacto** recordaban, había tenido su pequeña estatura, cuando iban a la escuela, tanto desde el punto de vista de la

Fig. 1

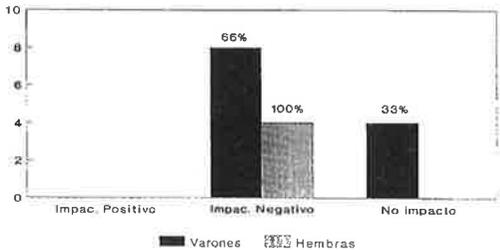
Nivel intelectual



propia vivencia de los pacientes como por la de sus padres. Ningún paciente explicitó tener impacto positivo. El 33% de los varones decían no tener impacto, y el 66% de los varones y el 100% de las hembras tenerlo negativo. Esta información coincidió siempre con la de los padres.

Fig. 2

Impacto de baja estat. en escuela



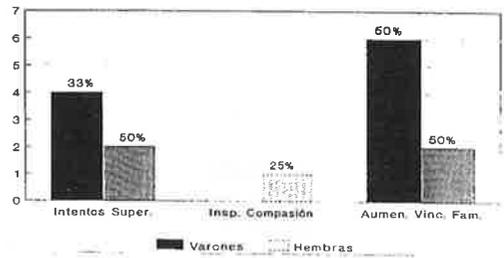
Asimismo, a la pregunta de si se les consideraba más pequeños que su edad cronológica, todos, pacientes y padres, contestaron que sí, añadiendo comentarios como que eran los «pifufos» de la clase o «los sabios», por ser tan pequeños y saber tanto, al mismo tiempo decían que aún ahora son tratados como más jóvenes.

– Las respuestas relativas a los **Sentimientos que inspiraban** y a los **Vínculos** que establecían con sus familias, los resultados fueron: el 33% de los varones y el 50% de las hembras hacían esfuerzos por superarse e informaban de sus actuales actividades en términos de gran importancia. El 25% de las

mujeres inspiraba compasión; una de ellas, que está en tratamiento psiquiátrico, ajeno a nuestro Hospital, por depresión, explica su enfermedad como consecuencia de estos sentimientos que percibía que inspiraba. En el 50% del total encontramos que la enfermedad aumentó los vínculos familiares.

Fig. 3

Efect. percibidos de baja estatura



– **Nivel de estudios:** El nivel de conocimientos adquiridos por los pacientes se ha comparado con el adquirido por los hermanos. El total de hermanos suman, casualmente coincidiendo, 16. De estos, dos están en edad escolar, y tres de los pacientes también. Los resultados son los siguientes:

Seis pacientes no tienen graduado escolar y un hermano no tiene graduado escolar; un solo paciente tiene el graduado y 3 de los hermanos han obtenido el graduado escolar. La FP ha sido emprendida por 6 pacientes y por 7 hermanos. A COU han llegado 2 pacientes y 3 hermanos y estudios universitarios los tiene un solo paciente y 3 hermanos.

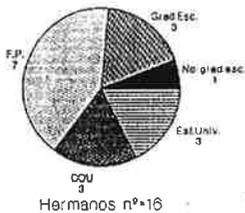
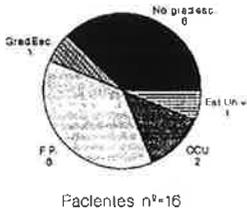
Por tanto, es superior el nivel alcanzado por los hermanos que por los pacientes.

– **Situación laboral:** La situación laboral también se ha comparado con la de los hermanos. De los 16 pacientes, tres estudian (23%), 10 trabajan (76%) y 3 están en paro (23%); en cambio en los hermanos, 2 estudian quedando 14 en edad laboral, de ellos 13 trabajan, o sea el 93% y uno está en paro, que es el 11%.

– **MMPI:** Las puntuaciones brutas de los pacientes que han obtenido escalas significativas en este cuestionario no sobrepasan de 80.

Fig. 4

Nivel de conocimientos
Comparación pacientes/hermanos

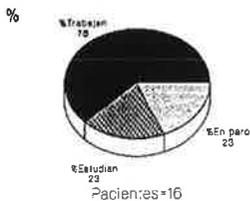


Las que puntúan más son:

La desviación psicopática. Esta escala se usa para diagnosticar pacientes con personalidad psicopática, pero sabemos que sus reactivos cubren un amplio rango de temas, incluyendo falta de satisfacción en la vida, problemas

Fig. 5

Situación laboral
Comparación pacientes/hnos.



familiares, sexuales, retraimiento social, inadaptación social. Asimismo, las puntuaciones bajas corresponden a sujetos pasivos, sumisos, tímidos. Por tanto, ambas puntuaciones nos han indicado problemas de inadaptación social, obteniendo 9 individuos que puntúan en esta escala, que representa el 56%.

Las quejas somáticas nos vienen dadas de la escala de la *hipocondriasis* y de la combinación de esta escala con la de la depresión: 7 (43%) de los pacientes presentan quejas somáticas; de éstos, 4 son varones y 3 hembras (33% y 75% respectivamente). *La ansiedad* se ha valorado a partir de la *escala de la psicastenia* y de la combinación de la *escala depresiva con la de esquizofrenia* y los resultados son los siguientes: puntúa en 4 varones (33%), no aparecen las hembras reflejadas.

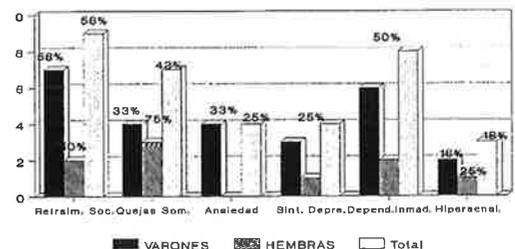
La escala de la depresión nos informa de sujetos que se sienten tristes, deprimidos, infelices y disfóricos. Encontramos un 25% del total de la muestra.

Las escalas adicionales se han empleado para obtener mayor información de los individuos, así la de *dependencia* nos da un 50% del total que tiene falta de confianza en sí mismo, indeciso, y necesidades intensas de dependencia.

La hipersensibilidad se ha extraído de la escala adicional de *prejuicio*, un 18% del total de siente aislado, no confía en los demás, teme hacer el ridículo, teme ser explotado. De éstos 2 son varones (16%) y una hembra (25%).

Fig. 6

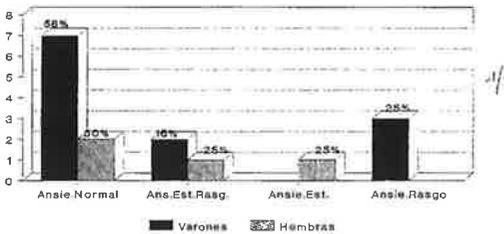
MMPI. Pt. entre 60-80



– **Stai:** Hay un 58% de varones, o sea 7, y un 50% de hembras, o sea 2, que puntúan en ansiedad normal. En ansiedad estado-rasgo, hay dos varones (16%) y una mujer (25%); en ansiedad rasgo, 3 varones (25%) y una hembra en ansiedad estado (25%). Estos resultados, comparados con la ansiedad que aparece en el MMPI coinciden, no apareciendo en ambos cuestionarios reflejadas las hembras. Esto podría hacer pensar que en el grupo femenino existen mecanismos de regresión y negación, y que hacen esfuerzos para conseguir una buena adaptación.

Fig. 7

Nivel de ansiedad. STAI



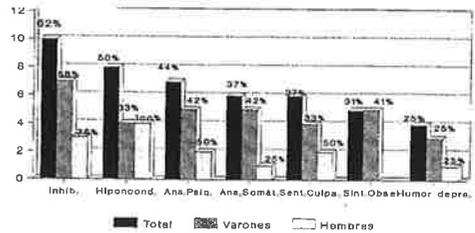
– **Hamilton:** Sólo se han contado los síntomas que puntúan con más frecuencia entre 1 y 4 no siendo frecuente hallar más de tres puntuaciones para un solo paciente. Los resultados son: el 62% del total señala síntomas de inhibición, 50% de hipocondría; la ansiedad psíquica y la ansiedad somática está reflejada en un 44% y 37% respectivamente. Dos hembras (50%) y 3 varones (33%) manifiestan síntomas de culpa. Los síntomas obsesivos puntúan sólo en 5 varones (41%) y el humor depresivo aparece en un 25% del total.

– **Cimec.** Es un cuestionario que hemos usado para valorar la autoestima de la imagen corporal. Las preguntas están orientadas hacia intereses de imagen física de hembras (CIMEC) y hacia intereses de imagen física de varones (CIMEC-V). Consta de 40 ítems, y las respuestas están estructuradas en escala cuantitativa.

No damos resultados, puesto que es una

Fig. 8

Síntomas depre. Hamilton



prueba que, en varones, aún no poseemos datos de la población general, pero sí podemos decir que las preguntas que han sido más veces señaladas en el 66%⁸, de los varones, son: «Ante muchachos u hombres jóvenes, ¿te fijas en ellos para ver si son fuertes y musculosos?», «¿crees que los muchachos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?».

Esta última cuestión y la de: «¿Envidias el cuerpo de bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?», ha aparecido en el 100%⁴ de las mujeres.

Quizás lo más representativo ha sido que los pacientes dan contestaciones que se podrían considerar significativas de baja autoestima en un 50% del total de las preguntas de cada cuestionario.

No llegaríamos a ninguna deducción, pero nos atreveríamos a decir que, valorado el cuestionario, cualitativamente para cada sujeto, todos, excepto uno, tiene una baja autoestima de su imagen corporal.

COMENTARIOS

Heather J. Dean, M.D. y otros⁶ nos informan que de un estudio realizado en Canadá, con 116 pacientes de un nivel sociocultural medio, sólo uno alcanzó estudios universitarios, 36 no tenían diploma de ninguna clase, 59 habían cursado enseñanza secundaria, pero no todos tenían titulación final, 17 estaban aún dentro de ella y tres en la enseñanza primaria. Esto

correspondería, dentro de nuestro sistema de enseñanza actual, con los resultados obtenidos de nuestros pacientes. No podemos decir por ahora si el bajo rendimiento es subsecuente al rechazo psicosocial o/y las conflictivas emocionales que pululan desde la infancia o/y si hay algún déficit que afecte a la inteligencia o a la cognición, como algunos autores apuntan, incluyendo que la administración de GH mejora ciertas funciones cognitivas⁷, o a algún otro factor. Lo cierto es que, en nuestra muestra, el rendimiento bajo escolar es evidente, y en los que han cursado FP, su instrucción ha ido por vías de oficio, como panadero. En cambio, en los hermanos, el nivel alcanzado es superior, sólo uno no ha obtenido el graduado escolar que, curiosamente, es un enfermo de IGHD.

En cuando al recuerdo que tienen los pacientes del impacto, positivo o negativo, de su estatura cuando iban a la escuela, coincide con lo que los padres contestaron cuando se les preguntó qué pensaban ellos al respecto, contrariamente a los resultados encontrados en la literatura, que dicen que los padres suelen tener más veces impacto negativo que los propios hijos⁶.

Parece ser que a la hora de encontrar trabajo, estos sujetos tengan más problemas que la población general. Hay un elevado número de ellos que trabaja, pero la mayoría lo hace en empresas familiares o similares. Existe, pero, una gran tendencia a negar estos problemas, tanto por parte de los pacientes, como por parte de los padres, y todos, económicamente, son dependientes de sus padres, con los que establecen unos vínculos muy estrechos, con sentimientos de culpa, porque saben que sus padres han sufrido por su problema, y con grandes deseos de restitución.

Por otra parte, es muy importante el retraimiento social, timidez, dependencia y miedo a enfermar, que presentan estos sujetos. Hemos visto que tres pacientes están en tratamiento psiquiátrico, uno por depresión, los otros dos por problemas de inhibición y tartamudez. Otro paciente, sin tratamiento psiquiátrico, también presenta un problema de tartamudez.

Cuatro, que no coinciden con los tres en tratamiento actual, habían consultado durante su infancia al psiquiatra y el motivo de consulta era «Fracaso Escolar». Revisadas sus historias clínicas, ya que fueron asistidos en nuestra Unidad de Psiquiatría, en todas aparecían problemas de inadaptación social, timidez, dependencia.

El CIMEC nos ha servido para tener una visión cualitativamente de la autoestima de su imagen corporal. Los cuestionarios de todos los individuos, menos de uno, son indicativos de su preocupación por la tendencia a aumentar de peso. Algunos rehúyen el mirarse al espejo porque les angustia su imagen. De todas maneras, por ahora, no sabemos la significación de estos resultados, ya que no se pueden comparar con los de la población general, como ya antes hemos mencionado. Esto sí coincidiría con los resultados del estudio de Robert M. Blizzard⁷, que de 100 pacientes, el 80% tenía un autoconcepto negativo.

Todos estos resultados evidencian la necesidad de desarrollar estrategias que permitan una más satisfactoria integración psicosocial de los pacientes con IGHD en la vida adulta e indicaríamos la necesidad de atenderles e informarles prontamente en la infancia.

Bibliografía

1. EISEBERG, N., ROTH, K., BRYNIARSKI, K.A. y MURRAY, E.: Sex differences in the relationship of height to children's actual and attributed social and cognitive competencies. *Sex Roles* 11: 719-34, 1984.
2. BJÖRK, S., JOHNSON, B., WESTPHAL, O., LEVIN, J.E.: Quality of life adults with growth hormone deficiency: a controlled study. *Acta Paediatr. Scand* 356: 5, 1989.
3. MCGAULEY, G.A.: Quality of life assessment before and after growth hormone treatment in adults with growth hormone deficiency. *Acta Paediatr. Scand* 356: 70-2, 1989.
4. RANKE, M.B.: Note on adults with growth hormone deficiency. *Acta Paediatr. Scand* 331: 80-2, 1987.
5. DEAN, H.J., McTAGGERT, T.L., FISH, D.G., FRIESEN, H.G.: The educational, and marital status of growth hormone deficient adults treated with growth hormone during childhood. *Am J Dis Child* 139: 1105-10, 1985.
6. HEATHER, J. DEAN, M.D., TERRI L.: *The educational*,

- vocational, and marital status of growth hormone-Deficient adult treated with growth hormone during childhood. *AJDC*-Vol. 139, nov. 1985.
7. ROBERT, M., BLIZZARD, SUSAN JOYCE, TINA MITCHELL.: Psychosocial impact of long-term growth hormone therapy. *Am. Acad. Child Psychiatry* 16: 412.
 8. DAVIS, E.: Short stature in children. *Current in opinion in Pediatrics*, 3: 602-608, 1991.
 9. STABLER: Growth Hormone Insufficiency During Childhood has implications for later life. *Acta Paediatr. Scand (Suppl)* 377; 9-13, 1991.
 10. SIEGEL, P.T., CLOPPER, R. and STABLER.: Psychological impact of significantly short stature. *Acta Paediatr. Scand. (Suppl)* 377; 14-18, 1991.