

Año 2000
Nº2

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



Risperdal ^{TRADEMARK} 6mg

RISPERIDONA

*Ahora, la dosis óptima en
un solo comprimido*



**Nueva
Presentación**

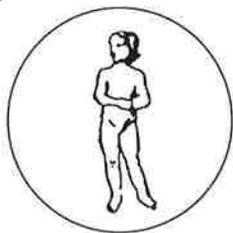


**DOSIS
UNICA
DIARIA**



JANSSEN-CILAG, S.A.
Paseo de las Doce Estrellas, 5 - 7
28042 - Madrid

Número 2/2000



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción

Sr. Salvador Arxé i Closa
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª
08012 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



Comunidad de Castilla-La Mancha, 3
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: (91) 636 05 53
Fax: (91) 640 63 29
E-mail: siglo@pulso.com

Copyright 1999

©Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil
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

*Asociación fundada en 1950
Revista fundada en 1983
Revista indexada en el Índice Médico Español*

Comité de Redacción:

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: *A. Agüero Juan*
T.J. Cantó Díez
M.D. Domínguez Santos
X. Gastaminza Pérez
J.L. Pedreira Massa
P. Rodríguez-Ramos
C. de la Rosa Fox
L. Sordo Sordo
M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.L. Alcázar Fernández*
Vice-presidente: *Mª C. Ballesteros Alcalde*
Secretaria: *M.I. Palanca Maresca*
Tesorero: *C. Antolín Diego*
Vocal: *F. Rey Sánchez*

Asesor de Junta: *J. Tomás i Vilaltella*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez
J. de Moragas Gallisa
C. Vázquez Velasco
L. Folch i Camarasa
A. Serrate Torrente
F.J. Mendiguchía Quijada
M. de Linares Pezzi
V. López-Ibor Camós
J. Rom i Font
J. Rodríguez Sacristán
J. Tomás i Vilaltella

**Revista indexada en
Bibliomed**

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	In Memoriam: Lluís Folch i Camarasa <i>J. Rom</i>	61
Artículos originales	Tentativa de suicidio en adolescentes <i>H. Alvarado, X. Gastaminza, M. Bargadá, R. Vacas, J. Tomás</i>	64
	Relación entre abuso sexual en la infancia y sobreingesta medicamentosa en la edad adulta <i>X. Coll, F. Law, A. Tobías, K. Hawton, J. Tomás</i>	74
	Perfil psicológico en niños con baja estatura por acondroplasia <i>M^a I. Hernández, M. A. González</i>	87
	Validación inicial de la versión gallega del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) <i>P. García, J. A. mazaira, R. Goodman</i>	95
Artículos de revisión	Evaluación del trastorno de ansiedad en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios <i>X. Xicoy, E. Masdeu, M^a C. Jané, E. Domènech-Llavería</i>	101
Galería de Figuras históricas		113
Caso Clínico		116
Reseñas Terapéuticas		118
Agenda		120

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Short commentary	In Memoriam: Lluís Folch i Camarasa <i>J. Rom</i>	61
Original articles	Attempted suicide in adolescence <i>H. Alvarado, X. Gastaminza, M. Bargadá, R. Vacas, J. Tomás</i>	64
	The relationship between sexual abuse in childhood and overdoses in adulthood <i>X. Coll, F. Law, A. Tobías, K. Hawton, J. Tomás</i>	74
	Psychological profile of acondroplasia children <i>M^a I. Hernández, M. A. González</i>	87
	The initial validation study of the gallego version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) <i>P. García, J. A. mazaira, R. Goodman</i>	95
Review articles	The anxiety disorders in preschoolers instruments evaluation: review of questionnaires, scales and inventory <i>X. Xicoy, E. Masdeu, M^a C. Jané, E. Domènech-Llaveria</i>	101
Gallery of historical figures		113
Clinical case		116
Therapeutical summary		118
Calender		120

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

*Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría
Infanto-Juvenil*
4 números al año

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 2000

IMPORTE SUSCRIPCIÓN

ESPAÑA 8.500 PTS

ESTUDIANTES/MIRES 5.600 PTS

EXTRANJERO 150 \$

Tef: 93 253 05 17. Fax: 93 253 05 15

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Editorial SIGLO

Comunidad de Castilla La Mancha, 3-3º

28230 Las Rozas (Madrid)

Tel.: 91 636 05 53

Fax: 91 640 63 29

E-mail: siglo@pulso.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

ORDEN DE PAGO. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Entidad Oficina D.C. C/C

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Editorial SIGLO (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil)

..... de de 2000

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

J. Rom

In Memoriam: Lluís Folch i Camarasa

In Memoriam: Lluís Folch i Camarasa

Correspondencia:

J. Rom i Font
C/ Roger de Lauria, 10.
43850 Cambrils. Tarragona

Ante todo quiero agradecer al Presidente de nuestra Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil el que se me encomendara dirigirles unas palabras en este homenaje al Dr. Lluís Folch i Camarasa.

Me cupo el honor en el homenaje que le rindió el Institut d'Estudis Catalans que se me designara, como representante de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, para glosar lo que representó el Dr. Folch en la psiquiatría de niños y adolescentes. Desde ya mucho antes de aquel homenaje, y a partir de entonces, han sido numerosos los actos que, como el de hoy, se le han dedicado en vida y póstumos.

Se han dicho muchas cosas de Él y quisiera resaltar algunas de ellas: "No se puede contemplar la historia de la psiquiatría de niños y adolescentes en Catalunya y España sin analizar la personalidad de Lluís Folch i Camarasa, es un referente", "Fue maestro de la psiquiatría infantil, teórico y práctico", "Fue el psiquiatra del sentido común", "Vivía intensamente lo que hacía",

"Corredor de fondo que hasta el fin de sus días ha corrido detrás de la persona humana: los niños, los familiares, los adolescentes, los jóvenes y la gente mayor", "Hombre recto que bajo la apariencia de una potencia realmente avasalladora de su personalidad fue un hombre extraordinariamente bondadoso", "Hacia crecer a todos los que estaban a su alrededor", "Se caracterizaba por su vivacidad, porque era un hombre activo, estaba en todas las actividades, tenía ganas de transmitir", "Sentías que quería hacer saber", "Estuvo abierto a todos los horizontes", "Todo le interesaba. Hasta el último momento quiso aprender", "Fue un formidable comunicador", "Un pedagogo nato", "Definía las cosas complejas con gran sencillez y las hacía claras y asequibles", "Cuando hablaba iluminaba todo lo que decía con referencias personales que daban certeza y fuerza por la sencillez con que lo decía", "Poseía una gran capacidad de valoración interdisciplinaria. Su lenguaje permitía hacerse entender por todo el mundo, fuese la que fuese su formación de origen", "Era una voz de síntesis", "No ha publicado libros, quizás lo que más le interesaba y le motivaba era el diálogo profundo y directo con la personas", "Los grandes maestros no son los que más escriben, sino los que más enseñan".

Podría seguir enumerando muchísimas más cualidades y atributos, además de las mencionadas, que le hacen

Nota de redacción: Discurso realizado en el Homenaje en memoria del Profesor Dr. Lluís Folch i Camarasa, durante la celebración de la 37ª Reunión Anual de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil; Gerona mayo del 2000.

62 referencia y seguro que aún nos dejaríamos muchas otras; pero lo que si quiero afirmar es que después de haber transcurrido casi cuarenta años desde que descubrí al Dr. Folch, suscribo todas y que sobre cualesquiera de ellas encontraríamos justificación suficiente para glosar su personalidad.

Quisiera aportar aquí una visión personal de lo que para mí, como síntesis, ha representado y he vivenciado al Dr. Folch i Camarasa tal como hice y dije en la sede del Institut d'Estudis Catalans cuando en el año 1993, en razón de su octogésimo aniversario, se le rindió homenaje declarándole Socio de Honor de dicha institución. Aquel día partiendo de las definiciones que nos proporciona la Enciclopedia Catalana, decía: "Profesor: individuo que se dedica a la enseñanza de un arte, una ciencia o una lengua, etc.. Se aplica preferentemente al personal docente de un nivel superior". "Maestro: persona que enseña una ciencia, arte u oficio, o tiene el título para hacerlo. Persona de quien uno es discípulo, de quien se toma una norma, enseñanza (Él ha sido mi guía, mi maestro). Persona con suficiente conocimiento de una ciencia, arte, etc., para enseñarla, para ser tomado como modelo".

Me permití entonces, y hoy voy a hacerlo también, unas disquisiciones personales, en las que pienso podría estar de acuerdo: El profesor te lo encuentran, te lo ponen, te lo imponen; el maestro lo escoges. Al profesor lo puedes llegar a aceptar, respetar, admirar; al maestro le aceptas, respetas, admiras y quieres. El profesor suele marcar una impronta racionalizada ante necesidades específicas; el maestro marca una impronta que va más allá de la racionalización, una impronta más profunda, más penetrante que despierta contenidos emocionales y afectivos. El profesor atrae por el contenido de sus exposiciones y experiencias, materias de enseñanza, y ello hace que quieras estar cerca de él, dentro de su entorno, para aprender lo que pueda enseñarte de acuerdo con las necesidades; un profesor puede ser sustituido por otro que tenga características semejantes; el maestro además de reunir las características anteriores tiene "Algo" que hace que no solo quieras estar cerca de él para satisfacer necesidades específicas; el maestro es difícilmente sustituible.

Acabaría estas licencias añadiendo lo que tantas veces hemos escuchado: "Para ser un buen profesor se precisan tres cualidades: saber para decir, saber como decirlo y saber a quién decirle". Añadiría que un profesor, e incluso un buen profesor, puede no ser un buen maestro, pero sí que un maestro ha de ser un buen profesor.

Para darse cuenta que el Dr. Folch i Camarasa fué un profesor, un buen profesor, un gran profesor, solo sería

necesario hacer una exposición de su reseña personal y docente que nos ocuparía más tiempo del que disponemos, pero que resumiré en una breve síntesis: Fué Médico, Psiquiatra, Psicólogo, y Maestro especializado en toda clase de trastornos psiquiátricos, psicológicos, sociales y educativos de niños y adolescentes. Dió más de cuatro mil conferencias de todos los niveles y categorías a profesores, estudiantes, padres, jóvenes... y en ambientes tan diversos como desde los suburbios hasta los lugares de más prominencia científica especializada, sabiendo llegar siempre su mensaje. Ha sido Profesor de Psicopatología de la Infancia y de la Juventud en la Universidad de Barcelona; Profesor de las Escuelas Universitarias de Psicología, Criminología y de la de Formación de Profesores de Pedagogía Terapéutica entre otras más que también omitimos por cuestión de tiempo. Ponente, Comunicante y elemento activísimo en las discusiones en tal número de congresos, reuniones, seminarios, simposiums nacionales, estatales e internacionales de psiquiatría infanto-juvenil, psicología, pedagogía, etc., cuya enumeración me resulta imposible de aportar.

Creo que lo anteriormente expuesto sería suficiente para demostrar que el Dr. Folch fué no solo un profesor que limitaba su tarea a unas ramas limitadas de una parte de la ciencia, sino que demostró su gran capacidad para permanecer abierto a campos a veces muy diferenciados, y ello justifica el que podamos afirmar que fué no solo un profesor sino un EXCELENTE profesor. Confirmación de ello sería el manifestar su nombramiento como Presidente de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Socio de Honor de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Sociedad Española de Pediatría, Médico de Honor del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo de Barcelona, Miembro de Honor de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Socio de Honor de la Asociación Española de Profesores de Pedagogía Terapéutica y Miembro de Honor del Institut d'Estudis Catalans.

Aún quedando varias distinciones honoríficas sin mencionar, no quisiera dejar en el olvido que la Societat Catalana de Psiquiatría Infantil, juntamente con la Española, le manifestaron su reconocimiento en un homenaje ya el siete de diciembre de 1987, participando numerosas personas y profesores "importantes" pertenecientes a los campos de la Psiquiatría, Psicología, Pedagogía y del Derecho. Para completar, recordar que el reconocimiento al Dr. Folch se hizo una vez más evidente al llevar su nombre el último congreso de nuestra Asociación celebrado en Barcelona en 1998.

Casi recién iniciada esta mi aportación hacía unas distinciones semánticas y conceptuales entre los términos de Profesor y Maestro. Todos los que hace años desarrollamos nuestras inquietudes y actividades en el campo de la psiquiatría, y más propiamente en la problemática infanto-juvenil, tenemos la seguridad de que el Dr. Folch fué un buen, un excelente profesor. Sus conocimientos e información eran tan amplios que era difícilísimo encontrarle fuera de juego y si lo estaba, su reacción era rápida: "¿Donde has encontrado eso?, ¿de donde lo has sacado?, ¿puedes darme información?". No se le caían los anillos por pedir y como un principiante inquieto seguro que la próxima vez no le encontrabas en "off-side". También estábamos seguros, los psiquiatras infantiles, que cuando teníamos que hacer llegar nuestros mensajes a personas y ambientes muy diversos Él lo conseguiría.

La Psiquiatría Infantil ha tenido en Catalunya y en España profesores, por desgracia no muchos, de la categoría del Dr. Folch; pero como decía en mi introducción, no todo e incluso un buen profesor reúne los méritos para ser un "Maestro" en el sentido de que la impronta que deja el Maestro va más allá de la racionalización, llegando a las profundidades de los sentimientos y de la afectividad.

Sabemos todos los profesionales diversos de la psiquiatría infanto-juvenil española que en nuestros congresos, reuniones, simposiums o jornadas, la presencia del Dr. Folch fué tan constante, y vivida como una añoranza, que casi diría que la primera pregunta que formulábamos si no le veíamos enseguida, era "¿el Dr. Folch no ha llegado aún?". Los actos científicos, pero, afortunadamente no se acababan en las salas de conferencias y exposiciones; en los tiempos de descanso donde Él se hallaba seguro que encontrábamos a su alrededor muchos de los asistentes, desde los de más edad a los más jóvenes; en las comidas de trabajo, a veces, podíamos encontrar algunas mesas semivacías, pero seguro que en la que Él se sentaba siempre estaba llena y la animación era constante; en los momentos del ágape de

despedida, conforme generalmente suele hacerse, según transcurría el tiempo las miradas se dirigían, casi inconscientemente, hacia el Dr. Folch y le pedíamos sus palabras que constituían el broche con el que finalizar nuestros encuentros; a punto de partir son naturales las saluciones de despedida más o menos afectuosas entre los participantes, pero una exclamación era casi general "¿dónde está el Dr. Folch? quiero despedirme de él".

Tal vez alguien justificaría que todo lo que acabo de exponer puede ser debido a un aspecto reverencial al hombre mayor y más aún ahora que físicamente nos ha dejado. No creo que sea así, no fué el paso del tiempo ni la costumbre. Los más jóvenes que le conocían estaban con Él como los que hacía años que le conocíamos.

¿Cómo explicar este fenómeno? La única explicación es que en el Dr. Folch los significativos que exige la palabra Maestro -persona que enseña, persona con suficientes conocimientos para enseñar y ser tomado como modelo, persona de quién uno es discípulo, de quién uno toma como norma- estaban presentes.

Debemos un agradecimiento a sus familiares, especialmente a su esposa Mercedes, la "Mercé", a la que siempre encontrábamos a su lado; así como a sus hijos e incluso nietos por el tiempo que nos dedicó el Maestro, que tuvo que ser en detrimento de su dedicación familiar, a pesar de su gran capacidad de estar en todas partes.

Quisiera acabar estas palabras agradeciendo a la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil el que me haya hecho el honor de poder dirigirme a todos ustedes en este homenaje póstumo al Dr. Lluís Folch i Camarasa, así como agradecer a esta Asociación el que durante tantos años hayamos podido tener la suerte de descubrir un Maestro y disfrutarlo.

En el homenaje del año 1993, con el Dr. Folch presente, terminaba mi participación diciéndole "una abraçada, Mestre, ens veurem segur a Valencia"; hoy lo hago diciéndole "os han obligado a dejarnos huérfanos, pero vuestro recuerdo es imborrable".

H. Alvarado
X. Gastaminza
M. Bargadá
R. Vacas
J. Tomàs

Tentativa de suicidio en adolescentes

Unidad de Paidopsiquiatría.
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona

Attempted suicide in adolescence

Correspondencia:

X. Gastaminza.
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón.
Paseo Vall d'Hebrón 119-129, 08035, Barcelona

RESUMEN

El propósito de este estudio es realizar una revisión general sobre el suicidio en la adolescencia, junto a una valoración de los aspectos clínicos y epidemiológicos de intentos de suicidio frustrado en una población de adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, en una muestra de 25 casos estudiados en nuestra unidad y obtenidos en el periodo comprendido entre abril de 1996 y marzo de 1997.

Las variables estudiadas son: edad, sexo, CI, modalidad de la tentativa, personas con las que convive, relaciones matrimoniales entre los padres, número de hermanos, lugar en la familia, nivel socio-económico, desencadenante, número de tentativas, grado de afectación clínica y fecha de la tentativa.

PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio; adolescencia.

ABSTRACT

The intention of this study is to make a general overhaul on the suicide in the adolescence, as well an eva-

luation of the clinical aspects and epidemiologists on attempts of suicide attempted in a population of adolescents of between ages 12 and 17, in a sample of 25 cases studied in our unit and obtained in the period between april of 1996 and march of 1997.

The variables that were studied are: age, sex, IQ, attempted method of suicide, people they live with, relations between the parents, number of brothers, birth order, socioeconomic status, cause, number of attempts, degree of clinical effect and date of the attempt.

KEY WORDS

Suicide attempt; adolescence.

INTRODUCCIÓN

El intento de suicidio en adolescentes es un problema de salud de gran importancia. Informaciones recientes aluden a un aumento dramático en la frecuencia del intento de suicidio y del suicidio consumado en esta población.

Cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos. El suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes comprendidos entre los

15 y los 24 años de edad, y es la sexta causa de muerte para los de entre 5 y 14 años (AACAP, 1998).

Según Hidalgo (1992), muchos factores de riesgo actúan entre sí para afectar a los adolescentes que atentan contra su vida: desórdenes afectivos, sociopáticos, drogas, alcohol, trastornos de conducta, estrés prolongado, pérdidas, abuso físico o sexual, proceso escolar, familias caóticas, alcohólicas y conflictivas y muy frecuentemente la depresión. Factores genéticos y biológicos están también implicados. En la mayoría de los casos se suman dos o tres factores.

El suicidio es más frecuente en el sexo masculino en una proporción 3:1 con relación al sexo femenino. El intento suicida es más frecuente en este último en una proporción 3:1 con relación al sexo masculino. Por cada suicidio se manifiestan de 8 a 10 intentos suicidas. Los hombres tienden a utilizar los métodos violentos con más frecuencia que las mujeres.

Nos proponemos estudiar las tentativas de suicidio del adolescente sobre una muestra de 25 casos.

Concepto

La definición de Durkheim (1897) sobre el suicidio es posiblemente la más citada. El autor alude al término de la siguiente manera "*Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte*". Esta definición supone una primera delimitación de la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte mediante las características de finalidad intencional por un lado y de autoprovocación por otro, siendo la tentativa de suicidio un fracaso material de dicha intencionalidad.

Sin embargo, las investigaciones llevaron progresivamente a cuestionar la definición citada ya que, por un lado, los datos clínicos descubrían que la intencionalidad de la conducta de los "suicidas" no siempre era la de matarse, y, a veces, ni siquiera la de hacerse daño (Hendin, 1965; Menninger, 1972).

Los intentos de unificar la terminología llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, a proponer como ayuda a la investigación unos términos muy concretos, muy útiles como base común para la designación:

- *Acto suicida*: hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

- *Suicidio*: muerte que resulta de un acto suicida
- *Intento de suicidio*: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Por otra parte está también la ideación suicida, referida a los pensamientos, planes o deseos persistentes de un sujeto a cometer suicidio (Beck y cols. 1985). Stengel, en 1980 ya planteó la cuestión de la unidad de los actos suicidas -independientemente de su letalidad y situación que aparezca en un primer plano- por la intencionalidad de morir, distinguiéndolos de otras formas de comportamiento autodestructivo, por el hecho de que en ésta últimas no está presente la intención de morir, ni siquiera ambiguamente, como en las tentativas (Suarez y cols., 1997).

MÉTODO

Se estudian 25 casos de adolescentes que han realizado, durante el periodo comprendido de abril de 1996 a mayo de 1997, una o más tentativas de suicidio. El grupo está comprendido entre los 12 y los 17 años, todos ellos residentes en Cataluña, correspondiendo a 21 chicas y únicamente 4 chicos, del total de casos atendidos que fue de 983.

Procedencia: El 100% de los casos fueron atendidos por los facultativos del Servicio de Paidopsiquiatría del Hospital Materno-Infantil Vall d' Hebrón.

RESULTADOS

Los 25 casos corresponden a tentativas individuales. Las variables examinadas son: Edad, sexo, nivel intelectual, medio familiar (padres, relaciones de los padres, conflictividad, patria: número de hermanos, y lugar y nivel social), desencadenante, número de tentativas, grado de afectación clínica y fecha de la tentativa.

Tentativa de suicidio y edad

Uno de los hechos básicos que se relacionan con el suicidio, es que el riesgo de dicha conducta se incrementa con la edad, siendo un hecho menos común los casos de suicidio en menores de 12 años, comenzando a ser un hecho mucho más frecuente tras la pubertad.

En lo que se refiere a tentativas de suicidio, los jóvenes son el grupo de edad en el que esta conducta es más frecuente, sobre todo en el sexo femenino. Según Duché la edad correspondiente al intervalo de los 14-16 años es la más propicia a los intentos de suicidio.

En nuestra muestra, los rangos en función de la edad son los siguientes:

Tabla 1

Rango	Edad	Nº de casos
1º	17 a.	8
2º	16 a.	5
2º	15 a.	5
4º	14 a.	4
5º	12 a.	2
6º	13 a.	1

La representación gráfica (Figura 1) muestra una curva en sentido ascendente (exceptuando los 13 años) a medida que aumenta la edad, encontrándose el pico mayor a los 17 años. La edad de 18 años fue descartada de la muestra por falta de casos, por cuanto a que a partir de los 18 años de edad los pacientes pasan a ser atendidos por los Servicios de Psiquiatría General para adultos. Por tanto, a partir de los datos obtenidos de nuestra muestra podemos concluir que existe un claro predominio de la conducta suicida en la segunda etapa de la adolescencia (72% de los casos), lo que coincide con la práctica totalidad de los autores consultados.

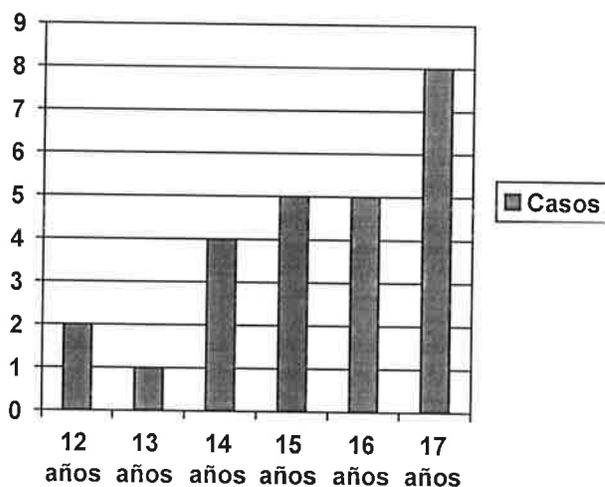


Figura 1. Tentativa de suicidio y edad

Tentativa de suicidio y sexo

De las 25 observaciones, 21 corresponden al sexo femenino y 4 a varones.

A. En las mujeres

La distribución por edades de las adolescentes mujeres, fue la siguiente:

Tabla 2

Edad	Nº de casos	Porcentaje
12	1	4,76
13	0	0
14	4	19,05
15	4	19,05
16	5	23,81
17	7	33,3

La representación gráfica de las mujeres muestra un ascenso igual al de la muestra total, no habiéndose encontrado sin embargo, ningún caso de intento autolítico a la edad de 13 años.

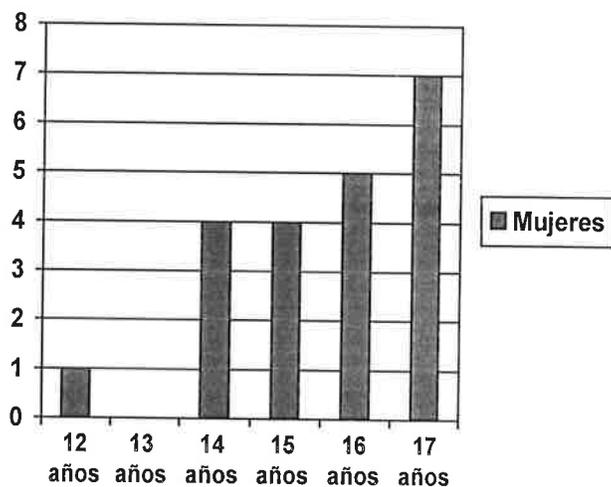


Figura 2. Tentativa de suicidio de adolescentes mujeres

B. En los varones

En el sexo masculino, el 16% del total de la muestra, las frecuencias de casos se reparte así en función de la edad:

Tabla 3

Edad	Nº de casos	Porcentaje
12	1	25
13	1	25
14	0	0
15	1	25
16	0	0
17	1	25

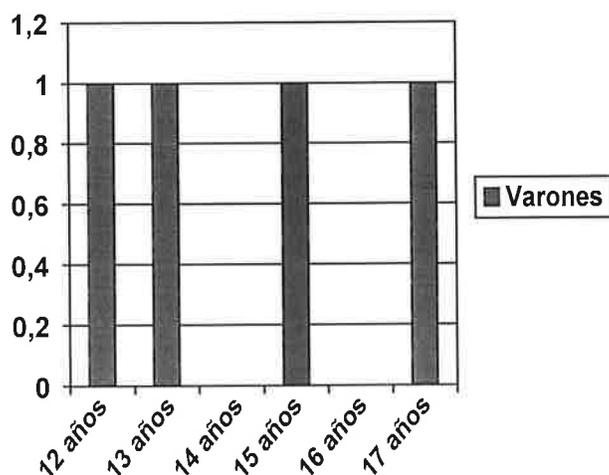


Figura 3. Tentativa de suicidio en adolescentes varones

Globalmente existe una mayor proporción de tentativas en las chicas (84% de la muestra total). Nuestros resultados indican una incidencia mayor en ellas de 5 a 1. Estos datos correlacionan con los obtenidos por Iancu I., Laufer N., Dannon P., y Zohar R, en un estudio epidemiológico realizado en 1997 sobre una muestra de 404 casos.

En cuanto a la representación gráfica, ambos sexos siguen una distribución similar, aunque en los varones encontramos un caso de 12 y 13 años, cifra equiparable a otras edades más avanzadas en la adolescencia, mientras que en las chicas la proporción de tentativa de suicidio es más elevada cuanto mayor sea la edad.

Tentativa de suicidio y C.I.

Se estableció el C.I. en 20 de los 25 casos de la muestra. Más de la mitad de los adolescentes valorados pertenecen al grupo medio en lo que se refiere a su capacidad intelectual. Seis corresponden al intervalo medio-alto, dos obtuvieron un C.I. superior y únicamente uno de ellos, el único adolescente de 13 años (varón) obtuvo un C.I. límite (borderline).

Se les aplicó la Escala de Inteligencia General WISC-R y WAIS en función de la edad. A continuación se expone la clasificación de la inteligencia (C.I.) extraída del manual de la escala de inteligencia Weschler Revisada (1996):

Tabla 4

C.I.	Clasificación	% teórico (curva normal)
130 y más	Muy superior	2,2
120-129	Superior	6,7
110-119	Media-alta	16,1
90-109	Media	50
80-89	Media-baja	16,1
70-79	Baja	6,7
69 y menos	Muy baja (deficiente)	2,2

La distribución de nuestra muestra es la siguiente:

Tabla 5

C.I.	Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
130 y más	Muy superior	0	0
120-129	Superior	2	10
110-119	Media-alta	6	30
90-109	Media	11	55
80-89	Media-baja	0	0
70-79	Baja	1	5
69 y menos	Muy baja	0	0

En función del sexo obtenemos los siguientes resultados

A. Mujeres

Tabla 6

C.I.	Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
130 y más	Muy superior	0	0
120-129	Superior	2	0
110-119	Media-alta	3	21
90-109	Media	11	79
80-89	Media-baja	0	0
70-79	Baja	0	0
69 y menos	Muy baja	0	0

C. Varones

Tabla 7

C.I.	Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
130 y más	Muy superior	0	0
120-129	Superior	0	0
110-119	Media-alta	3	75
90-109	Media	0	0
80-89	Media-baja	0	0
70-79	Baja	1	25
69 y menos	Muy baja	0	0

68 Correlacionando las variables Cociente Intelectual y sexo, los resultados señalan una proporción mayor de CI medio en las mujeres, a diferencia de los varones, cuya proporción es más elevada en el CI medio-alto.

Modalidad de la tentativa de suicidio

En lo que a tentativas de suicidio se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la ingesta de fármacos es el método más utilizado en la población general. Estos datos son corroborados en el estudio realizado por la OMS, que pone de manifiesto que la intoxicación medicamentosa fue el método más utilizado (64% de los varones y 80% de las mujeres).

En nuestra muestra estos datos son también corroborados, aunque los porcentajes varían ligeramente.

Tabla 8

Modalidad	Nº de Casos	varones	mujeres	% Total
Intoxicación	21	2	19	84
Precipitación	1	1	0	4
Arma blanca	2	0	2	8
Varios métodos	0	0	0	0
Ahorcamiento	1	1	0	4
Gas	0	0	0	0

En función del sexo, la modalidad de la tentativa varía, encontrando métodos más violentos en los adolescentes varones que en las adolescentes mujeres. La representación gráfica nos muestra este hecho:

A. Mujeres

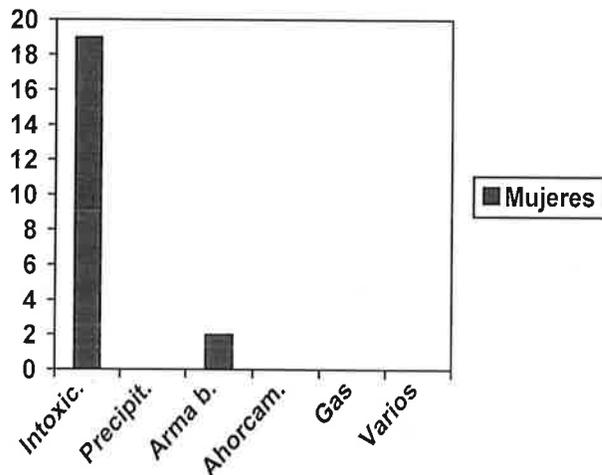


Figura 4. Modalidad de la tentativa en adolescentes mujeres

B. Varones

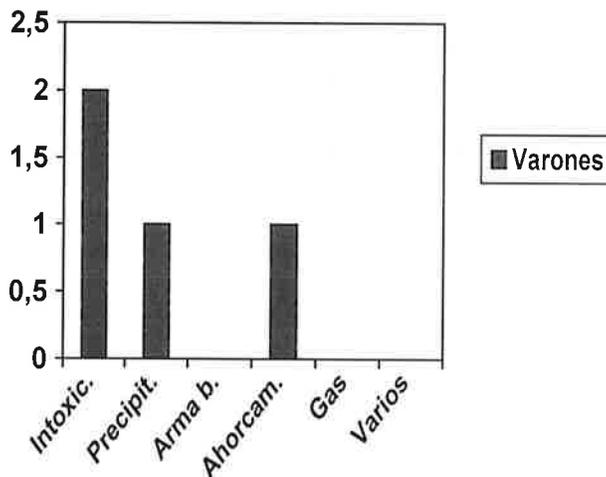


Figura 5. Modalidad de la tentativa en adolescentes varones

El uso de la intoxicación en función de la edad es el siguiente:

Tabla 9

Edad	Varones	Mujeres	Total	% por edad
12	0	1	1	50
13	0	0	0	0
14	0	3	3	75
15	1	4	5	80
16	0	5	5	100
17	1	6	7	87,5

Elementos usados en la intoxicación: Nuestros resultados indican que la ingesta de tóxicos es el procedimiento más utilizado en la adolescencia (84%), siendo mayor su frecuencia en las mujeres (90%) que en los varones (50%). Otro aspecto destacable es que la intoxicación medicamentosa no muestra diferencias significativas con respecto a la edad.

Tabla 10

Elementos de intoxicación	Nº Casos	% Total
Hipoanalgésicos y analgésicos	4	19,05
Antidepresivos	3	14,28
Neurolépticos y tranquilizantes	6	28,57
Antidepresivos + Tranquilizantes	2	9,52
Tranquilizantes + Alcohol	1	4,76
Varios conjuntamente	1	4,76
Otros	2	9,52
Desconocido	2	9,52

En nuestra muestra los varones utilizaron métodos más violentos que las mujeres (precipitación y ahorcamiento). Sin embargo, ninguno de ellos utilizó arma blanca para realizar la tentativa, cosa que si ocurrió en el 8% de los casos de las adolescentes (flebotomía).

En cuanto a la tentativa de suicidio por medio de la ingestión de tóxicos la distribución por tipo de fármacos utilizados nos indica que los neurolépticos y tranquilizantes son los más utilizados (28,57%), seguido de los analgésicos (19,05%), los antidepresivos (14,28%) y de antidepresivos y tranquilizantes combinados (9,52%). El último porcentaje fue obtenido a su vez por otro tipo de fármacos. Dos de los casos, tal como indica la muestra, corresponden a farmacología desconocida. Uno de los casos estudiados combinó tranquilizantes con alcohol.

En función del sexo, los resultados de la muestra de mujeres coincide con la muestra general obtenida, mientras que en el caso de los varones la muestra queda reducida únicamente a dos casos, uno con ingesta de tranquilizantes y el otro de etiología desconocida.

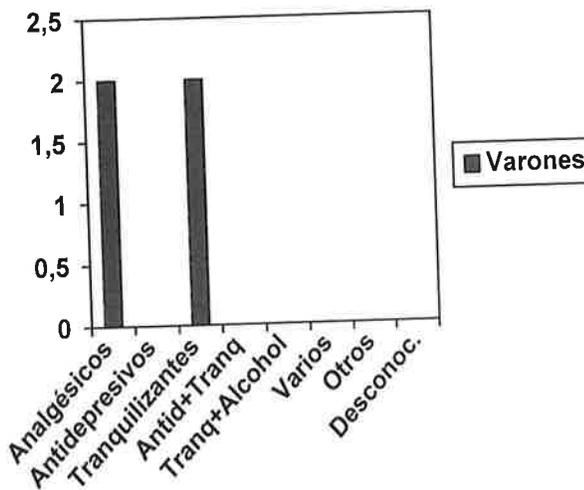


Figura 7. Modalidad de la intoxicación en adolescentes varones

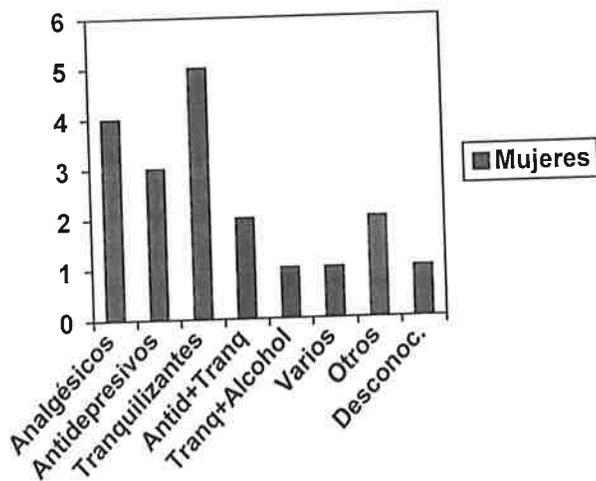


Figura 6. Uso de la intoxicación en adolescentes mujeres

Medio familiar

Son numerosos los trabajos que se refieren al medio familiar de los adolescentes con historia de tentativa de suicidio. Según González Seijo (1996) los factores familiares que incrementan significativamente el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes de nuestro medio social son principalmente: las pérdidas parentales, enfermedad psiquiátrica del padre, enfermedad psiquiátrica de la madre, enfermedad psiquiátrica de los hermanos, las

relaciones familiares conflictivas, la no convivencia con ambos padres y la adaptación familiar insatisfactoria.

Entre la psicopatología prevalente en las familias de los adolescentes suicidas o con intento de suicidio, dentro de los pocos datos de referencia que existen, destacan: abuso de drogas y alcohol, presencia de enfermedad mental u orgánica, historia de antecedente de suicidio, violencia, maltratos físicos (destacando el abuso sexual) y absentismo familiar del hogar.

El adolescente puede sentirse en situación de agobio, con sentimientos de impotencia frente a los problemas familiares y al déficit de comunicación, junto a los abusos contra la dignidad que le llevan a una falta de autoestima. (Tomás, J.; Gastaminza, X.; Bielsa, A., 1993).

Dentro de este apartado estudiaremos: las personas con las cuales convive el adolescente, las relaciones de los padres entre sí, el número de elementos que constituyen la familia y el lugar que ocupa en ella.

Personas con las que convive

A través del análisis de los datos obtenemos que el 84% de nuestra muestra convive con los dos padres, resultado alto que corresponde a la situación real en el momento de la tentativa, pero que no descarta posibles vivencias o sentimientos de pérdida experimentados. Los 4 restantes conviven con la madre o el padre por viudez, separación o divorcio. No existe ningún caso donde el adolescente en el momento de la tentativa no conviviera con ninguno de los dos padres.

70 *Relaciones matrimoniales de los padres*

En nuestra muestra, las relaciones matrimoniales fueron clasificadas en función de tres tipos: alteradas, inexistentes (incluyendo los casos de separación o divorcio donde los padres no mantienen ningún tipo de contacto, y los casos de viudez de uno de los dos conyuges) y armónicas.

El 72% de los padres mantienen unas relaciones matrimoniales alteradas, en un 28% las relaciones son armónicas, y en el 8% restante la relación entre ambos cónyuges es inexistente.

Más de la mitad de la población estudiada mostraban una relación conflictiva entre ambos progenitores, lo que, consecuentemente deriva en un ambiente familiar conflictivo, factor de riesgo de la población adolescente en lo referente a la tentativa autolítica.

Fatria

De las 25 observaciones, la distribución de nuestra muestra en función del lugar ocupado dentro de la fatria fue el siguiente:

Tabla 11

Nº de Hermanos	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
1	4	0	11	44
2	8	3	6	24
3	6	0	2	8
4	2	0	2	8
5	1	1	2	8

El lugar en la fatria queda reflejado en la siguiente tabla:

Tabla 12

Lugar	Nº de Casos	Porcentaje
Hijos únicos	3	12
Primogénitos	8	32
Benjamines	11	44
Posición Intermedia	3	12

Y en función del sexo, nuestra muestra sigue esta distribución:

Tabla 13

Lugar fatria	Mujeres	Varones	% Mujeres	% Varones
Hijos únicos	3	0	12	0
Primogénitos	7	1	28	25
Benjamines	8	3	32	75
Intermedio	3	0	12	0

Los resultados indican una mayor prevalencia de la fatria formada por dos hermanos (44%), seguida a cierta distancia de la fatria formada por tres hermanos (24%), no coincidiendo con la opinión de Marcelli quien señala la predominancia de las familias numerosas, ni con la idea de mayor incidencia en los hijos únicos. Por otro lado se recoge un predominio ligeramente superior en los benjamines (44%), seguido de los hijos primogénitos (32%), obteniendo finalmente la misma incidencia los adolescentes en posición intermedia o hijos únicos (12%).

Tentativa de suicidio y clase social

Estudiamos la clase social a la que pertenecían los adolescentes de nuestra muestra, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 14

Clase	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Alta	2	0	2	8
Media	6	2	8	32
Obrera	13	2	15	60

Los resultados reflejan una mayor prevalencia de tentativa de suicidio en la clase social obrera que en las restantes.

Desencadenante

Hemos dividido el desencadenante del intento de suicidio en función de las causas encontradas en nuestra población adolescente. Los motivos aparentes conocidos incluyen problemas familiares, rupturas sentimentales, dificultades escolares, problemas relacionales (en el ámbito social) y causas inespecíficas.

Tabla 15

Desencadenantes	Nº de Casos	Porcentaje
Problemas Familiares	9	36
Rupturas Sentimentales	5	20
Dificultades Escolares	6	24
Problemas Relacionales	1	4
Inespecíficos	4	16

Hablamos de causas desencadenantes por cuanto son solamente precipitantes de la tentativa autolítica. Los resultados nos indican una mayor prevalencia de los problemas familiares como desencadenante (36%), seguido de las dificultades escolares (24%) y de la problemática de pérdida de pareja (20%).

En función del sexo los resultados avalan una mayor proporción de problemas familiares y de rupturas sentimentales como factores desencadenantes significativos en la muestra de mujeres, en contraposición con los resultados obtenidos por los varones que apuntan a una prevalencia mayor hacia las dificultades escolares como precipitante de la tentativa de suicidio.

Tabla 16

Desencadenante	Mujeres	Varones	% Mujeres	% Varones	% Total
Prob. Familiares	8	1	38,1	25	36
Ruptura sentim.	5	0	23,8	0	20
Dific. Escolares	4	2	19,04	50	24
Prob. Relacional	1	0	4,76	0	4
Inespecíficos	3	1	14,28	25	16

Número de Tentativa

La distribución del número de tentativas realizadas por nuestra muestra de adolescentes es la siguiente:

Tabla 17

Nº de tentativas	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Una tentativa	18	4	22	88
Dos tentativas	2	0	2	8
Más de dos tentativas	1	0	1	4

La probabilidad de realizar una nueva tentativa de suicidio, en función de los resultados obtenidos en nuestra muestra se eleva a un 12%. Las repeticiones suelen ser con el mismo método. En función del sexo, los cuatro casos de adolescentes varones (100%) realizaron únicamente una tentativa autolítica.

Grado de Afectación Clínica

El grado de afectación clínica fue categorizado de esta manera: sin afectación, leve, grave, muy grave y mortal. La distribución es la siguiente:

Tabla 18

Grado de afectación	Nº de Casos	Porcentaje
Sin afectación	4	16
Leve	21	84
Grave	0	0
Muy Grave	0	0
Mortal	0	0

El 84% de los adolescentes presentaron un grado de afectación leve, mientras que el 16% restante no presentaron ningún tipo de afectación. No se encontró ningún caso donde el grado de afectación fuera grave, muy grave o mortal.

Fecha de la tentativa de suicidio

La muestra fue obtenida, tal como indicamos, en el periodo comprendido entre abril de 1996 y marzo de 1997. La distribución obtenida en función del año, mes y día es la siguiente:

Distribución de la muestra anual:

Tabla 19

Año	Nº de Casos	Porcentaje
1996	21	84
1997	4	16

Distribución de la muestra mensual.

Tabla 20

Mes	Nº de Casos	Porcentaje
Enero	3	12
Febrero	0	0
Marzo	1	4
Abril	6	24
Mayo	3	12
Junio	5	20
Julio	2	8
Agosto	0	0
Septiembre	0	0
Octubre	2	8
Noviembre	2	8
Diciembre	1	4

Distribución de la muestra en función del día del mes: (Desconocemos el día del mes de 12 de los 25 casos estudiados).

Tabla 21

Día del mes	Nº de casos	Porcentaje
1-5	1	7.69
6-10	2	15.38
11-15	3	23.08
16-20	2	15.38
21-25	5	38.46
26-31	0	0

72 Distribución de la muestra en función del día de la semana: (Desconocemos el día de la semana de 12 de los 25 casos de la muestra).

Tabla 22

Día de la semana	Nº de Casos	Porcentaje
Lunes	3	23.08
Martes	1	7.69
Miércoles	3	23.08
Jueves	2	15.38
Viernes	1	7.69
Sábado	1	7.69
Domingo	2	15.38

Vistos los resultados podríamos esbozar lo que sería la fecha más frecuente de la tentativa de suicidio, esta es un día laborable, preferentemente lunes o miércoles, pudiendo señalar los días entre el 20 y el 25 de cada mes como los de mayor incidencia. En cuanto a los meses del año, obtenemos una mayor incidencia durante el primer semestre (72% de los casos), especialmente en los meses de abril y de junio. En cuanto a la distribución anual, el 84% de los casos corresponden al año 1996, debido a que la muestra recoge 9 de los 12 meses de ese año y únicamente 3 meses del año 1997.

CONCLUSIONES

A través de los datos obtenidos podemos concluir que la edad de mayor riesgo se sitúa en la segunda parte de la adolescencia (72%). La mayoría de los adolescentes suicidas eran mujeres, un 84%, mientras que el 16% restante eran varones. Este hecho sitúa la proporción de mujeres en 5 por cada varón.

El Cociente Intelectual medio es el que más prevalece en la muestra estudiada. Sin embargo encontramos diferencias significativas en función del sexo. Mientras que la mayoría de las mujeres pertenecen al grupo medio (79%), el 75% de los adolescentes varones se sitúan en el grupo medio-alto, menos el 25% restante (1 caso) que corresponde a un C.I. borderline.

La intoxicación medicamentosa es el método más utilizado, en un 84% de los casos. Uno de los hechos más significativos es la alta utilización de farmacología psiquiátrica (ansiolíticos y/o antidepresivos) como medio de intoxicación (52,37%). Una de las hipótesis que podrían explicar esta causa es que actualmente la medicación psiquiátrica está más al alcance de la población general y, en consecuencia, de los adolescentes, que en la década anterior. Otro aspecto a resaltar es el hecho de que la muestra de varones utiliza métodos más violentos en la tentativa de suicidio.

El medio familiar conflictivo es frecuente en los adolescentes que realizan una o más tentativas de suicidio. En un 84% de los casos encontramos una relación entre los padres alterada. La mayor parte de la muestra estaba formada por una familia de dos hermanos (44%), y encontramos un predominio ligeramente superior en los benjamines (44%). En cuanto a la clase social, los datos reflejan una mayor prevalencia de intentos de suicidio en la clase obrera (60% de los casos).

El desencadenante de la tentativa autolítica varía en función del sexo. En general, los problemas familiares son el primer desencadenante de la tentativa en los adolescentes (36%). Sin embargo, a través del análisis de esta variable en función del sexo encontramos que mientras que el desencadenante principal de las mujeres son los problemas familiares (38,25%), en los varones son las dificultades escolares (50%) los principales precipitantes de la tentativa. Las rupturas sentimentales prevalecen en segundo lugar en la muestra perteneciente a las mujeres (23%), mientras que nosotros no encontramos ningún caso de adolescentes varones que hayan realizado la tentativa a causa de éstas.

El número de tentativas realizadas se reduce en la mayoría de los casos a una sola tentativa (88%), siendo únicamente tres los casos que realizan dos tentativas o más. A su vez, el 84% de la muestra tiene un grado de afectación clínica leve.

Finalmente, la especificación de la época del año más frecuente en lo referente a la tentativa de suicidio se sitúa en el primer semestre (72% de los casos), especialmente en los meses de abril y de junio. El día más común sería un lunes o un miércoles entre el 20 y el 25 de cada mes.

BIBLIOGRAFÍA

1. AACAP, Special Friends of Children Fund. P.O. Box 96106. Washington DC 20090. N° 2, Revisado 4/98.
2. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-563.
3. Durkheim, E (1897; v.e. 1989). *El suicidio*. Madrid, Akal Editora.
4. González Seijo JC, Ramos Vicente YM, Lastra Martínez I, De Dios Vega JL, Carbonell Masia C. Factores familiares en adolescentes con tentativa de suicidio. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1996 En-Feb; 21(1): 12-8
5. Iancu I, Laufer N, Dannon PN, Zohar-Kadouch R; Apter A; Zohor J. A general Hospital study of attempted suicide in adolescence; age and method of attempt. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 1997; 34(3): 228-234.
6. Stengel E. *Suicidio e Tentativa de suicidio*. Lisboa. Dom Quixote, 1980.
7. Suarez J, Saiz P, Bousoño, M, Botes, J. Concepto y clasificación de las conductas suicidas. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez P. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. pp 13-19.
8. Tomás J, Gastaminza X, Bielsa A. Suicidio y tentativa de suicidio en la infancia y adolescencia. *Rev Psiquiatría infanto-juvenil*, 1993; 3: 175-189.

X. Coll¹
F. Law²
A. Tobías³
K. Hawton⁴
J. Tomás⁵

- 1 Director, Heilig Touch Limited y Jefe del servicio de Psiquiatría infantil, Universidad de East Anglia, Norwich, Inglaterra.
- 2 Senior Registrar y Clinical Lecturer de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Bristol, University Walk, Bristol, BS8 1TD, Inglaterra.
- 3 Estadístico, Departamento de Epidemiología y Salud Pública, IMIM, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- 4 Catedrático de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford, Wamerford Hospital, Oxford, OX3 7JX, Inglaterra
- 5 Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Vall d'Hebron y Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

Correspondencia:

X. Coll, Director, Healing Touch Limited y Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil, Universidad de East Anglia, Bethel Centre, Mary Chapman House, Hotblack Road, Norwich, NR2 4HN, Inglaterra.
Tel: #44-1603-421993, FAX: #44-1603-421990
e-mail: xavier@xcoll.freereserve.co.uk

Relación entre abuso sexual en la infancia y sobreingesta medicamentosa en edad adulta

The relationship between sexual abuse in childhood and overdoses in adulthood

RESUMEN

Objetivo: Estudios caso-control han demostrado que los comportamientos parasuicidas son más frecuentes en personas que han sufrido abusos y maltratos, pero no existen estudios de este tipo que confirmen que las experiencias de abusos y maltratos son más comunes en poblaciones que muestren comportamientos parasuicidas. El objetivo principal de este estudio es demostrar que experiencias de abuso (sexual, físico, y psicológico) ocurren con mayor frecuencia en mujeres que han tomado una sobredosis de fármacos de manera intencionada, que en controles.

Método: La muestra analizada fueron 21 mujeres de las 36 que habían sido admitidas de manera consecutiva en un hospital general en Inglaterra después de una sobredosis intencionada de fármacos. Éstas, fueron apareadas con la siguiente admisión (por motivo diferente de una sobredosis) en el mismo hospital, controlando 5 variables: sexo, edad, zona de residencia, clase social, y estado civil. Utilizamos cuestionarios estandarizados de abusos sexual, físico y psicológico.

Resultados: Para las pacientes admitidas después de una sobredosis, era mucho más probable (razón de odds: 15,0 [intervalo de confianza del 95%: 2,0 a

113,6]) que hubieran sido abusadas sexualmente (tanto de manera intrafamiliar como extrafamiliar). También presentaban una mayor probabilidad de que hubieran sufrido maltratos físico (1,05 [1,00 a 1, 12]) y psicológico (1,02 [1,00 a 1,05]), y de que el abuso hubiera ocurrido a una edad más temprana (6,0 [1,3 a 26,8]).

Conclusiones: Cuando valoramos jóvenes y mujeres después de un intento de suicidio deberíamos incluir preguntas sobre la existencia de experiencias de abuso y maltratos.

PALABRAS CLAVE

Abuso; Sobredosis; Conductas autolesivas; Parasuicidio.

ABSTRACT

Objective: Controlled studies have shown deliberate self-harm to be more common in abused populations, but no controlled studies have shown abuse to be more common in self-harming populations. This is the first controlled study to determine whether abuse experiences (sexual, physical, and psychological) occur more commonly in women who take overdoses than in controls.

Method: The design was a matched (1:1) case-control study set in a district general hospital in England. The subjects were 21 women admitted following deliberate self-poisoning who were matched with the next non-overdose admission to the same hospital on 5 variables (sex, age, geographical locality, social class, marital status). The main outcome measures used were modified versions of standardised self-report questionnaires of sexual, physical, and psychological abuse.

Results: Women who had taken an overdose were more likely (odds ratio 15.0, 95% confidence interval 2.0 to 113.6) to have been sexually abused (both intra-familial and extrafamilial), and somewhat more likely to have been physically (1.05, 0.99 to 1.12) and psychologically (1.02, 1.00 to 1.05) abused. They also were more likely to have been abused at a younger age (6.0, 1.3 to 26.8).

Conclusions: The management of women presenting to hospital after self-poisoning should include assessment of abuse experiences, and instigation of appropriate treatment in those with significant effects of abuse.

KEY WORDS

Abuse; Overdose; Deliberate self-harm; Parasuicide.

INTRODUCCIÓN

El concepto de maltrato infantil aparece con asiduidad en el ámbito del estudio de los problemas psicosociales, pero no ha sido objeto de atención en el contexto internacional hasta después de 1970. Siendo un tema de tan reciente interés, es frecuente encontrar distorsiones en la forma en que es percibido por la sociedad en general. También existen dificultades para establecer una definición única y válida de lo que es el maltrato infantil. La vaguedad e imprecisión de muchas de las definiciones utilizadas hasta la fecha dificultan, en parte, el desarrollo del conocimiento sobre aspectos esenciales del problema, como su etiología, consecuencias, eficacia de los tratamientos, etc. (Arruabarrena y de Paúl, 1997).

El comportamiento parasuicida, un término que incluye sobredosis intencionadas y conductas auto-lesivas deliberadas (Hawton, 1996), es, desde los años sesenta, la causa más común de admisión médica urgente en mujeres en el Reino Unido (Hawton y Catalan, 1987). El Reino Unido también tiene la segunda proporción edad-específica más alta para intento de suicidio de los 13 paí-

ses incluidos en el estudio multicentro de la Organización Mundial de la Salud, el estudio WHO/EURO en parasuicidio (Schmidtke et al., 1996). La incertidumbre sobre la efectividad de las estrategias del tratamiento psicológico de los comportamientos parasuicidas (Hawton et al., 1998) resalta la necesidad de un examen profundo de sus posibles causas. Un factor potencialmente importante, particularmente en mujeres, es una historia de abuso, tanto sexual, como físico o psicológico.

Estudios utilizando metodologías diversas han demostrado que comportamientos parasuicidas son más frecuentes en mujeres que han sido abusadas (Yellowlees y Kaushik, 1994; Romans et al., 1995). También sabemos que las experiencias de abuso son más comunes en los pacientes que presentan comportamientos parasuicidas (de Wilde et al., 1992; Coll et al., 1998). El abuso sexual ha sido sugerido como un factor de predicción de cronicidad de las conductas parasuicidas (van Egmond et al., 1993; Yeo y Yeo, 1993), y era uno de los pocos factores que predijeron repetición en un estudio prospectivo de pacientes con comportamientos parasuicidas, pero sin una historia previa de estos (Hjelmeland y Polit, 1996). Dada esta evidencia es quizás sorprendente que no exista ningún estudio caso-control de abuso publicado en poblaciones con comportamientos parasuicidas.

El objetivo principal del estudio era determinar si la frecuencia de abuso sexual, físico y psicológico en mujeres admitidas a un hospital general después de una sobredosis medicamentosa intencionada era mayor que la de un grupo control apareado de pacientes admitido por otras razones. Un objetivo secundario era ver si dos problemas comunes en pacientes ingresados (experiencia de abuso de contacto y la sobredosis de fármacos), ocurren juntos con mayor frecuencia que la predecida en base al azar. Esto se hizo después de controlar para sexo, edad, origen étnico, estado matrimonial y clase social, todos ellos factores que han sido asociados estadísticamente con una historia de abuso (Yeo y Yeo, 1993; van Egmond et al., 1993; Romans et al., 1995).

MÉTODO

El diseño del estudio era de caso-control apareado (1:1), utilizando mujeres de un estudio más amplio de pacientes con comportamientos parasuicidas (Coll et al., 1998). Los Comités de Ética e Investigación del hospital y de las Universidades de Bristol y Oxford, Inglaterra, dieron su aprobación para la realización de este estudio.

76 La *Muestra* fueron las 36 mujeres (de una edad entre 18 y 50 años) que habían completado los cuestionarios de abuso (ver valoraciones), y que eran parte de los primeros 70 casos de un estudio más amplio (Coll et al, 1998). Dicho estudio consistió en 257 mujeres admitidas de manera consecutiva durante un periodo de un año en el Hospital Royal United de Bath, Inglaterra, durante 1992, y que vivían en el área de cobertura del Hospital. Intentamos aparear las 36 mujeres que constituyeron nuestra muestra con la siguiente admisión (por motivo diferente de una sobredosis o comportamientos autolesivos, y durante un periodo de tres meses) en el mismo hospital, controlando 5 variables: sexo, edad (+/- 5 años), origen étnico, clase social, y estado civil. Durante el periodo establecido de 3 meses, conseguimos aparear 21 de las 36 mujeres. Estos 36 casos originales reflejan una proporción de realización de encuesta del 51,4% para los primeros 70 casos del estudio original (Coll et al., 1998), una proporción que es la normal en estudios en los que se preguntan cuestiones personales (Russell, 1983; Wyatt, 1985).

Las mujeres fueron visitadas la mañana después de la admisión, normalmente de 3 a 5 horas antes de que se les diera de alta. El hospital tenía, en ese momento, una política de umbral de admisión bajo para los pacientes que habían ingerido una sobredosis medicamentosa. Ninguna mujer que cumplía el criterio para actuar como control se negó a tomar parte en el estudio.

Valoraciones

Una historia de comportamientos parasuicidas fue evaluada preguntando por los episodios anteriores de sobreingestas medicamentosas intencionadas.

El abuso sexual fue valorado con la versión inglesa (Coll et al., 1998) del Cuestionario de Experiencias Sexuales (CES, Apéndice 1), una versión modificada del *Sexual Life Events Inventory* (Oppenheimer et al., 1985). Las modificaciones realizadas, con la intención de aumentar su sensibilidad (Briere, 1992; Wyatt & Peters, 1986) fueron: (1) incrementar y ampliar el contenido de las preguntas sobre abuso sexual, con un aumento en número de 13 a 50; (2) facilitar la descripción de experiencias de abuso sexual mediante la supresión de un límite de experiencias de abuso que pueden ser descritas; (3) eliminar el solapamiento de preguntas; (4) dividir las experiencias de abuso en 4 categorías, dependiendo del grado de intrusión del contacto sexual descrito; (5) no presentar la opción de no contestar una pregunta determinada y, (6) aumentar el número de grupos de edades en

las que el abuso sucedió, pasando de tres a cuatro, mediante la inclusión de un grupo de edad adicional (de 0 a 7 años).

El abuso sexual se definió operacionalmente como cualquier contacto sexual, deseado o no deseado, o intento de contacto (tanto físico, como verbal o visual) en el que hubiera una diferencia de edad de cinco años o más entre el autor del abuso y la víctima, y que ocurrió antes de la edad de 13 años; o cualquier contacto no deseado a partir de los 13 años de edad. Las experiencias de abuso sexual fueron divididas en abuso sexual sin contacto físico (mediante habla, gesto o contacto visual) y abuso sexual de contacto (contacto físico con o sin penetración, o intento de penetración). La presencia y grado de abuso físico y psicológico fueron definidos operacionalmente por los resultados en cuestionarios adaptados de las *Maltreatment Scales* de Briere y Runtz (Briere y Runtz, 1988).

Un cuestionario diseñado por los dos primeros autores de este artículo se utilizó para recoger información de características sociodemográficas, clase social por ocupación (HMSO, 1991), y otra información de relevancia, como el estado civil. Por lo que hace referencia a la clase social, ésta se codificó de la siguiente manera: Trabajos que entran dentro de los grupos I y II (HMSO, 1991), se consideraron clase social alta. Grupo III se consideró clase social media, mientras los grupos IV y V se codificaron como clase social baja.

También tuvimos en cuenta la duración de la admisión de las pacientes que habían tomado una sobredosis, y la dividimos en tres grupos: una noche, dos noches, y tres o más noches.

Análisis estadístico

Comprobamos las diferencias entre casos y controles para las variables continuas utilizando la prueba de la *t* de Student para datos apareados, mientras que para las variables categóricas se utilizó la prueba de McNemar. Las diferencias obtenidas se cuantificaron calculando la razón de odds, y su intervalo de confianza del 95%, a través del método de Mantel-Haenszel y de modelos de regresión logística condicional. Los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico Stata, versión 5.0 (StataCorp., 1997).

RESULTADOS

Una comparación de las características de aquellas mujeres que habían tomado una sobredosis y fueron

emparejadas, aquéllas que no pudieron ser emparejadas, y de las primeras 70 del estudio inicial admitidas después de una sobredosis de fármacos, no reveló ninguna diferencia significativa en su edad, número total de sobredosis ingeridas, clase social, estado civil, o duración de la admisión (Tabla 1).

Tabla 1 Comparación de las características de las mujeres que habían tomado una sobredosis y fueron emparejadas (muestra apareada, n=21) y de aquellas que no pudieron ser emparejadas (n=15)

	Apareada n (%)	Sin aparear n (%)
Edad [media (ds)]	34,5 (11,3)	34,8 (9,8)
Estado civil		
Casada	5 (23,8)	4 (26,6)
Otro	16 (76,2)	11 (73,3)
Clase social		
Alta	4 (19,0)	3 (20,0)
Media	6 (28,6)	4 (26,7)
Baja	11 (52,4)	8 (53,3)
Número total de sobredosis		
1	11 (52,4)	8 (53,3)
de 2 a 4	8 (38,1)	6 (40,0)
más de 5	2 (9,5)	1 (6,7)
Duración de la admisión		
1 noche	14 (66,7)	10 (66,7)
2 noches	5 (23,8)	4 (26,6)
3 ó más	2 (9,5)	1 (6,7)

Las mujeres admitidas después de tomar una sobredosis tenían una probabilidad de 12-15 veces más alta que las controles de haber sufrido abuso sexual de contacto (razón de odds: 15,0 [intervalo de confianza de 95%: 2,0 a 113,6]), abuso sexual sin contacto (12,0 [1,6 a 92,3]) y ambos tipos de abuso (13,0 [1,7 a 94,0]) (Tabla 2).

De las cinco mujeres en el grupo control que habían sufrido abuso sexual de contacto, todas ellas tenían una historia de comportamientos parasuicidas (tres mediante conductas auto-lesivas, y dos con sobredosis de fármacos). Esto es muy significativo cuando lo comparamos con sólo una de las 16 mujeres sin una historia de abuso sexual de contacto ($p < 0,01$).

Además, las mujeres admitidas después de una sobredosis de fármacos tenían una probabilidad 4 veces mayor de haber sufrido tanto abuso extrafamiliar (4,0 [1,1 a 14,2]), como intrafamiliar (4,5 [0,9 a 20,8]), aunque este último resultado está al límite de la significación estadística ($p = 0,054$). También tenían una probabilidad 6 veces más alta de haber sido abusadas por primera vez a una edad más temprana (<13 años) (6,0 [1,3 a 26,8]), y de haber experimentado tanto maltratos psicológicos (1,02

[1,0 a 1,05]) como físicos (1,05 [0,99 a 1,12]), aunque de nuevo esta asociación se encuentra en el límite de la significación estadística ($p = 0,081$) (Tabla 2).

Tabla 2 Comparación de casos y controles en términos de historia de abuso sexual, físico y psicológico en la infancia. Cuantificación en razón de odds (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%)

	Casos		OR	(IC 95%)
	Expuestos Controles si/no	No-expuestos Controles si/no		
Abuso sexual				
De contacto	4/15	1/1	15,0	(2,0-113,6)**
De no-contacto	5/12	1/3	12,0	(1,6-92,3)**
De cualquier tipo	6/13	1/1	13,0	(1,7-94,0)**
Primera experiencia				
Antes de los 13 años	2/12	2/5	6,0	(1,3-26,8)*
Después de los 13 años	1/4	1/15	4,0	(0,5-35,8)
Intrafamiliar	1/9	2/9	4,5	(0,9-20,8)*
Extrafamiliar	1/12	3/5	4,0	(1,1-14,2)*
Abuso físico [media (sd)]	72 (67)	15 (28)	1,05	(0,99-1,12)
Abuso psicológico [media (sd)]	214 (105)	34 (61)	1,02	(1,00-1,05)*

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio caso-control que muestra que las experiencias de abuso en una población de mujeres que presentan comportamientos parasuicidas son más comunes que en controles emparejados. La relación tenía más peso estadístico en el caso del abuso sexual, pero también era estadísticamente significativa para los abusos físico y psicológico. La primera experiencia de abuso sexual ocurrió a una edad más joven (<13 años) en el grupo que había sido admitido después de una sobredosis (casos). Todas estas asociaciones deben ser interpretadas con cautela, y teniendo en cuenta que este estudio consiste de 21 pares, implicando un bajo poder estadístico. Sin embargo, nosotros creemos que los resultados son clínicamente muy importantes, ya que es el primer estudio caso-control apareado que se diseñó para determinar si las experiencias de abuso ocurren más frecuentemente

78 en mujeres que toman sobredosis de fármacos, que en controles. Así, a pesar de que los resultados confirman la opinión general de que las experiencias de abuso son más comunes en personas que presentan comportamientos parasuicidas, nuestro estudio tiene valor desde un punto de vista descriptivo, más que confirmatorio.

El hallazgo de una mayor proporción de abusos tanto intrafamiliares como extrafamiliares en el grupo de mujeres admitidas después de tomar una sobredosis de fármacos, es estadísticamente menos robusto, pero es consistente con los resultados de otros estudios (Romans et al., 1995; Coll et al., 1998). Las experiencias de abuso sexual de contacto y comportamientos parasuicidas también ocurrieron juntos con mayor frecuencia que lo predecido en base al azar, cuando lo comparamos con el grupo control. Los resultados de este estudio agregan a la evidencia acumulada, sugiriendo que puede haber una asociación causal entre el abuso sexual en la niñez y los comportamientos parasuicidas subsecuentes (Romans et al., 1995; Law et al., 1998).

Uno de las principales ventajas de este estudio es que la mayoría de las variables que sabemos que influyen en la relación entre el abuso y los comportamientos parasuicidas (edad, sexo, clase social, estado civil y zona de residencia) fueron controladas intrínsecamente por el diseño apareado del estudio. La posibilidad de sesgo debido a un error en la recolección también fue minimizado usando una encuesta estructurada con criterio regularizado y estandarizado de las experiencias que recoge una serie de experiencias que están agrupadas de acuerdo con su severidad.

Una posible limitación del estudio es que debido a las proporciones altas de abuso de contacto (90%) en las mujeres que habían tomado sobredosis, no podemos asegurar si la asociación entre el abuso y la conducta parasuicida también se extiende a mujeres que han sufrido sólo abuso sexual sin contacto. Otra posible limitación es un sesgo en la muestra que se puede haber introducido, ya que sólo 51% de la población original había completado las encuestas de abuso, y se emparejaron sólo el 58% de los casos a controles. Sin embargo es más que probable que cualquier sesgo sea pequeño, porque la

comparación de las características de aquéllos que fueron emparejados y aquéllos que no eran, y de aquéllos que completaron las encuestas y aquéllos que no hicieron, no reveló ninguna diferencia significativa en un grupo exhaustivo de medidas sociodemográficas pertinentes y variables clínicas apropiadas.

Los hallazgos de proporciones aumentadas de abuso sexual en un estudio caso-control de mujeres que han tomado una sobredosis, apoyan la hipótesis de que experiencias de abuso sexual (y posiblemente otros tipos de abuso) puede predisponer a la presentación de comportamientos parasuicidas en la adolescencia y la edad adulta. Como tanto los comportamientos parasuicidas y el abuso en la infancia tienen un impacto bastante grande en servicios médicos y psiquiátricos, esta asociación tiene implicaciones potenciales importantes para la planificación de servicios.

Las recomendaciones actuales, tanto en Europa, como en América, son que deberíamos ofrecer una valoración psicosocial a todos los pacientes que veamos después de una sobredosis o cualquier otro comportamiento autolesivo deliberado (Williams y Morgan, 1994), ya que esta valoración inicial afecta la proporción de repetición de conductas parasuicidas (Crawford y Wessely, 1998). Los resultados de nuestro estudio sugieren que esa valoración debe incluir preguntas sobre experiencias de abuso. Esta indicación recibe también soporte de una serie de estudios que han demostrado que ese malestar en mujeres abusadas puede reducirse eficazmente (Campling, 1992; Smith et al., 1995), y por consiguiente esto podría lógicamente llevar a una reducción del coste total para los Servicios de Salud (Smith et al., 1995). El tratamiento eficaz también podría disminuir el riesgo de repetición de la conducta parasuicida.

Agradecimientos:

Agradecemos al equipo del Royal United Hospital de Bath, Inglaterra, por las facilidades que nos ofrecieron; y a las mujeres que participaron en este estudio, por su paciencia, colaboración y honestidad.

Apéndice I: Cuestionario de Experiencias Sexuales (CES)

79

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS SEXUALES

Hoy en día está plenamente reconocido que la gente tiene experiencias de tipo sexual en la infancia y adolescencia. Algunas son consentidas y otras no. Algunas son causa de sentimiento de culpa y dolor, y otras no. Algunas pueden representar tu pequeño (o gran) secreto, mientras que otras pueden haber sido contadas.

Nosotros estamos interesados en las experiencias del tipo que ahora mencionaremos. **Estamos interesados en TODAS LAS EXPERIENCIAS ANTES DE QUE TUVIERAS 13 AÑOS DE EDAD, PERO SOLAMENTE LAS QUE OCURRIERON EN CONTRA DE TU VOLUNTAD DESPUÉS DE QUE TUVIERAS 13 AÑOS.** No estamos interesados en contactos accidentales o en experiencias con una finalidad puramente médica o educativa, pero por favor incluye cualquier experiencia en la que un "accidente" hubiera sido "premeditado", o en la que tu sospechaste una motivación de tipo sexual.

Hemos dividido tu vida hasta ahora en cuatro grupos de edades:

- 0-6 Antes de que cumplieras los 7 años.
- 7-12 Desde que cumpliste los 7 años y hasta antes de que cumplieras los 13 años.
- 13-15 Desde que cumpliste los 13 años y hasta antes de que cumplieras los 16 años.
- 16+ Después de que cumplieras los 16 años.

Estas experiencias pueden ser con amigos, familiares, pareja, vecinos o desconocidos. Querríamos que dividieras a esta gente en dos tipos:

- ≥ 5 años Todos aquellos quienes tenían 5 años o más de edad que tú en ese momento.
- El resto Todos los demás, por ejemplo, aquellos con los que tenías una diferencia de edad menor de 5 años cuando las experiencias sucedieron.

Por favor, marca el recuadro si has experimentado la situación descrita (o escribe el número de personas en el recuadro, si has experimentado la misma situación con más de una persona). Si no has experimentado la situación, o tu experiencia fue puramente accidental o oficial (ej. exploración médica), escoge por la columna de "no aplicable".

Recuerda que tus respuestas son estrictamente confidenciales y que tu nombre no aparece en el cuestionario. Por favor, contesta tan honestamente como puedas.

Gracias por tu ayuda.

DEFINICIONES DE LAS PALABRAS UTILIZADAS

- **EXPERIENCIA SEXUAL:** Una experiencia que tu creas tuvo una naturaleza o motivación de tipo sexual, *sin importar si lo reconociste en el momento en que estaba sucediendo o más tarde.*
- **TOCAR:** Incluye acariciar, coger, frotar, y besar (a no ser que lo hayamos excluido de manera específica), con las manos o otra parte del cuerpo, pero *no incluye tocar los órganos sexuales o ser tocada por ellos (ya que esto correspondería a una categoría diferente).*
- **CONTACTO ORAL:** Incluye contacto físico con la boca, labios, nariz o cara, pero *no incluye hablar.*
- **VAGINA:** Se refiere al orificio que en la mujer llega hasta el útero o matriz.
- **ANO:** Se refiere al orificio posterior de hombres y mujeres, por el que defecamos.
- **ÓRGANOS SEXUALES:** Se refiere al área sexual entre las piernas, y incluye el pene y el escroto de un hombre (con los testículos), y el clítoris, labios de la vagina, y la vagina de una mujer. *No incluye cualquier otra parte del cuerpo, como los pechos, ano o manos.*

- 80** • **PENETRACIÓN:** Se refiere a algo (por ejemplo pene, dedo, objeto, o parte de un animal) *entrando en un espacio estrecho (por ejemplo, entre las nalgas o parte superior de las piernas) o un agujero en el cuerpo (por ejemplo, vagina, ano o boca).*

**SECCIÓN 1: COMUNICACIÓN MEDIANTE HABL A O GESTO HACIA TU PERSONA DE ALGO DE NATURA-
LEZA O FINALIDAD SEXUAL**

		Edad a la que las experiencias descritas te ocurrieron a ti					
		Todas las experiencias		Solo las no deseadas		No apli- cable	
		0-6	7-12	13-15	16+		
1)	Una invitación o petición para hacer algo de tipo sexual	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
2)	Una amenaza de alguien a hacerte algo de tipo sexual	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
3)	Alguien insultándote con una connotación sexual, o ridiculizándote sexualmente	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
4)	Alguien hablándote de temas sexuales de una manera erótica	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
5)	Recibir llamadas telefónicas "obscenas"	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
6)	Estar a punto, o estar atemorizada, de ser asaltada sexualmente por alguien	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
7)	Otra situación (por favor, descríbela):	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				

Ahora, indica cuanta gente corresponderían al grupo ≥ 5 años (5 años o más de edad que tu en el momento del incidente), y los que entrarían dentro de *el resto* (todos los demás), que participaron en las experiencias descritas en cada columna de la sección 1 que acabas de completar, especificando si las experiencias fueron deseadas o no (por favor, escribe el número correspondiente en el recuadro):

-	Deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
-	Insegura si deseadas o no	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				
-	No deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
		b) El resto	<input type="checkbox"/>				

SECCIÓN 2: CONTACTO VISUAL CON MOTIVACIÓN SEXUAL

Edad a la que las experiencias
 descritas te ocurrieron a ti

Todas las experiencias		Solo las no deseadas		No aplicable
0-6	7-12	13-15	16+	

1) Mirar fotos o películas con una clara connotación sexual (imágenes pornográficas)	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
2) Posar sin ropa para un fotógrafo o un pintor	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
3) Alguien enseñándote sus órganos sexuales, o partes de su cuerpo desnudo con una motivación sexual	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
4) Enseñar tus órganos sexuales, o partes de tu cuerpo desnudo a alguien, con una motivación sexual	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
5) Observar un acto sexual, ej. masturbación (sin la participación de otra gente, animales u objetos)	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
6) Observar un acto sexual entre dos o más personas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
7) Observar un acto sexual con la participación de un objeto o un animal	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
8) Otra situación (por favor, descríbela):	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				

Ahora, indica cuanta gente corresponderían al grupo ≥ 5 años (5 años o más de edad que tu en el momento del incidente), y los que entrarían dentro de *el resto* (todos los demás), que participaron en las experiencias descritas en cada columna de la sección 1 que acabas de completar, especificando si las experiencias fueron deseadas o no (por favor, escribe el número correspondiente en el recuadro):

- Deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
- Insegura si deseadas o no	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
- No deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				

Ahora, indica cuanta gente corresponderían al grupo ≥ 5 años (5 años o más de edad que tu en el momento del incidente), y los que entrarían dentro de *el resto* (todos los demás), que participaron en las experiencias descritas en cada columna de la sección 1 que acabas de completar, especificando si las experiencias fueron deseadas o no (por favor, escribe el número correspondiente en el recuadro):

- Deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="text"/>				
	b) El resto	<input type="text"/>				
- Insegura si deseadas o no	a) ≥ 5 años	<input type="text"/>				
	b) El resto	<input type="text"/>				
- No deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="text"/>				
	b) El resto	<input type="text"/>				

84 SECCIÓN 4: CONTACTO FÍSICO DE UNA NATURALEZA O PROPÓSITO SEXUAL, CONSISTIENDO EN UN INTENTO O UNA PENETRACIÓN DE LA VAGINA, ANO, BOCA, O ESPACIO ENTRE LAS PIERNAS

Edad a la que las experiencias
descritas te ocurrieron a ti

		Todas las experiencias		Solo las no deseadas		No aplicable
		0-6	7-12	13-15	16+	
1) Penetración o intento de penetración de tus piernas (ej. entre tus nalgas) con un pene, sin intento de penetrar tu vagina o ano	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
2) Penetración o intento de penetración de tus piernas con un objeto o parte de un animal, sin un intento de penetrar la vagina o ano	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
3) Penetración total o parcial de tu vagina por un pene	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
4) Intento fallido de penetración de tu vagina por un pene	a) ≥ 5 años b) El Resto	<input type="checkbox"/>				
5) Penetración o intento de penetración de tu vagina por parte de alguien, con sus dedos, un objeto, o parte de un animal (excluyendo un pene)	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
6) Tu penetrando o intentando penetrar la vagina de alguien con tus dedos, un objeto, o parte de un animal	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
7) Penetración total o parcial de tu ano con un pene	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
8) Intento fallido de penetración de tu ano con un pene	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
9) Penetración o intento de penetración de tu ano con un dedo, un objeto, o parte de un animal	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
10) Penetrar, o intentar penetrar, el ano de alguien con tus dedos, un objeto, o parte de un animal	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
11) Penetración de tu boca con un pene	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
12) Intento fallido de penetrar tu boca con un pene	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
13) Penetración o intento de penetración de tu boca con una lengua	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
14) Penetrar, o intentar penetrar, la boca de alguien con tu lengua	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
15) Penetración o intento de penetración de tu boca con un pecho, dedos, objeto, o parte de un animal	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				
16) Penetrar, o intentar penetrar, la boca de alguien con tus pechos, dedos, un objeto, o parte de un animal, con una motivación sexual	a) ≥ 5 años b) El resto	<input type="checkbox"/>				

17) Alguien observándote mientras estabas envuelta en un acto sexual consistiendo en penetración o intento de penetración	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
18) Otra situación (por favor, descríbela):	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				

Ahora, indica cuanta gente corresponderían al grupo ≥ 5 años (5 años o más de edad que tu en el momento del incidente), y los que entrarían dentro de *el resto* (todos los demás), que participaron en las experiencias descritas en cada columna de la sección 1 que acabas de completar, especificando si las experiencias fueron deseadas o no (por favor, escribe el número correspondiente en el recuadro):

- Deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
- Insegura si deseadas o no	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				
- No deseadas	a) ≥ 5 años	<input type="checkbox"/>				
	b) El resto	<input type="checkbox"/>				

BIBLIOGRAFÍA

1. Arruabarrena MI, de Paül J. Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide, 1997.
2. Hawton K. Deliberate self-harm. *Medicine* 1996; 24(3): 77-80.
3. Hawton K., Catalan J. Attempted suicide: a practical guide to its nature and management (2nd ed). Oxford: Oxford University Press, 1987.
4. Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D., Kerkhof A., Bjerke T., Crepet P., et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
5. Hawton K., Arensman E., Townsend E., Bremner S., Feldman E., Goldney R., et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317: 441-447.
6. Yellowlees PM, Kaushik AV. A case-control study of the sequelae of childhood sexual assault in adult psychiatric patients. *Med J Aust* 1994; 160: 408-411.
7. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1336-1342.
8. Wilde EJ de, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 45-51.
9. Coll X., Law F., Tobías A., Hawton K. Child sexual abuse in women who take overdoses. I: a study of prevalence and severity. *Arch Suicide Res* 1998; 4: 291-306.
10. van Egmond M, Garnefski N, Jonker DJL, Kerkhof A. The relationship between sexual abuse and female suicidal behaviour. *Crisis* 1993; 14: 129-139.
11. Yeo HM, Yeo W. Repeat deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? *Arch Emerg Med* 1993; 10: 161-166.
12. Hjelmeland H., Polit C. Repetition of parasuicide: A predictive study. *Suicide Life Threatening Behav* 1996; 26(4): 395-404.
13. Russell DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect* 1983; 7:133-146.
14. Wyatt GE. The Sexual Abuse of Afro-American and white American women in childhood. *Child Abuse and Neglect* 1985; 9: 507-519.
15. Oppenheimer R, Howells K, Palmer RL. Adverse sexual experiences in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *J Psychiatr Res* 1985; 9: 357-361.
16. Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(2), 196-203.
17. Wyatt GE, Peters SD. Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1986; 10, 241-251.
18. Briere J, Runtz M. Multivariate Correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect* 1988; 12: 331-341.
19. HMSO. Standard Occupational Classification, volume 3. London: HMSO, 1991.
20. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 5.0. College Station, TX: Stata Corporation, 1997.
21. Law F, Coll X, Tobías A, Hawton K. Child sexual abuse in women who take overdoses. II: risk factors and associations. *Arch Suicide Res* 1998; 4: 307-327.
22. Williams R, Morgan HG. Suicide prevention the challenge confronted: A manual of guidance for the purchasers and providers of mental health care (NHS health advisory service thematic review). London: HMSO 1994.
23. Campling P. Working with adult survivors of child sexual abuse. *BMJ* 1992; 305: 1375-1376.
24. Smith D, Pearce L, Pringle M, Caplan R. Adults with a history of child sexual abuse: Evaluation of a pilot therapy service. *BMJ* 1995; 310: 1175-8.

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 osseous 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

Histograma

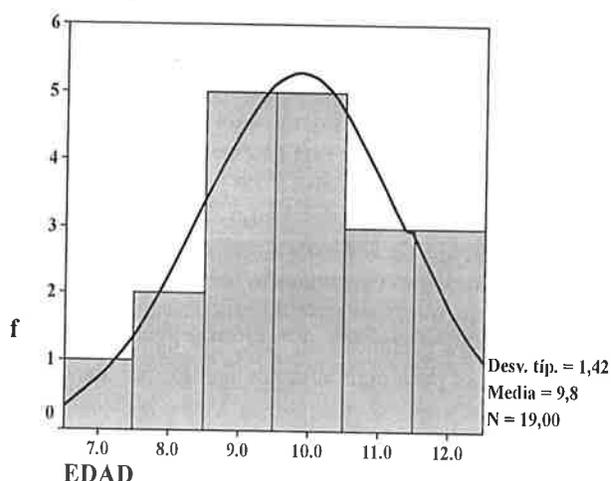


Figura 1. Histograma de frecuencias sobre el porcentaje de edades en el grupo experimental

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	Media 17	90,48%
			87,5%

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-

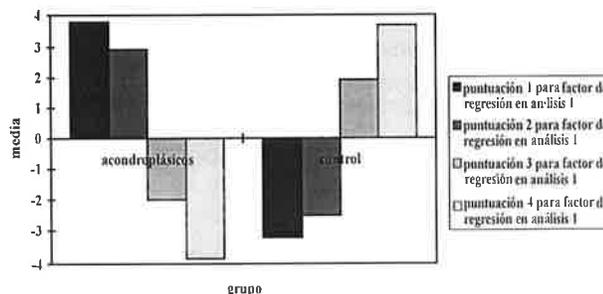


Figura 2. Media de las puntuaciones de los factores de regresión en los dos grupos de estudio

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.

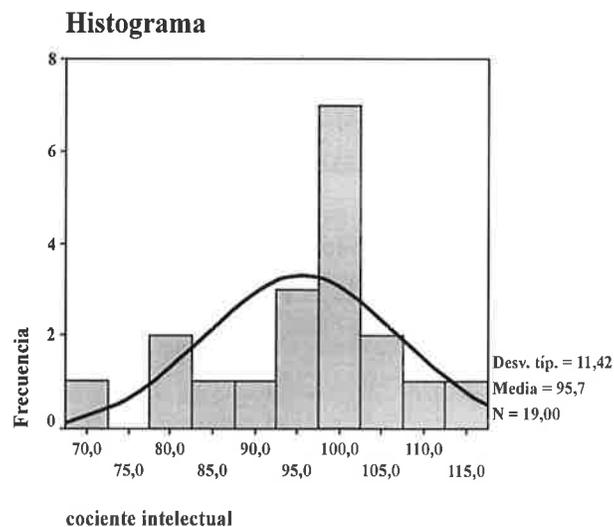


Figura 3. Histograma de frecuencias para el cociente intelectual en el grupo experimental

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 substantial 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.

P. García¹
J. A. Mazaira²
R. Goodman³

Validación inicial de la versión gallega del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)

- 1 Psiquiatra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital San José - Complejo Hospitalario Xeral-Calde, C/Santiago s/n, Lugo
- 2 Psiquiatra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela
- 3 Professor of Brain and Behavioural Medicine, Department Of Child And Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, U.K.

Correspondencia:

P. García Cortázar,
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil,
Hospital de San José. C/ Santiago s/n, Lugo
Tfno 982-296287. Fax 982-296714

The initial validation study of the gallego version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

RESUMEN

Objetivos: El Cuestionario de Capacidades y Dificultades, el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en inglés, es un cuestionario de screening breve de psicopatología infantil. Este estudio supone el primer estudio de validación de cualquiera de las traducciones españolas del SDQ, la versión gallega. **Método:** Se procedió a la administración de las versiones en gallego del cuestionario a padres y profesores de 180 pacientes de consulta externa de edades comprendidas entre 4 y 16 años. De este total, 132 acudían a Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, mientras que 48 fueron vistos por pediatras. **Resultados:** El cuestionario discriminó bien entre ambas muestras de pacientes psiquiátricos y pediátricos. En la muestra de pacientes psiquiátricos se encontró un alto nivel de concordancia entre el diagnóstico clínico y la predicción diagnóstica hecha por el cuestionario. **Conclusiones:** Estos hallazgos demuestran que esta traducción del SDQ tiene una validez satisfactoria al ser utilizada en España. El SDQ podría potencialmente ayudar a pediatras, profesores y trabajadores sociales a identificar aquellos niños que se podrían beneficiar de una derivación a los servicios especializados.

PALABRAS CLAVE

Cuestionario; Screening; Psicopatología; Infancia; Adolescencia.

SUMMARY

Objetives: *The Strengths and Difficulties Questionnaire is a brief screening questionnaire about child psychopathology. The present study is the first validation study of any of the Spanish translations of the SDQ, namely the Gallego version.* **Method:** *Gallego versions of the questionnaire were administered to the parents and teachers of 180 outpatients aged between 4 and 16 years. Of these, 132 were attending Child and Adolescent Psychiatry Clinics, while 48 were seen by paediatricians.* **Results:** *The questionnaire discriminated well between the psychiatric and the paediatric patients. In the psychiatric sample, there was a high level of agreement between the clinical diagnosis and the diagnosis predicted by the questionnaire.* **Conclusions:** *These findings demonstrate that translated SDQs are of satisfactory validity when used in Spain. The SDQ could, potentially, help paediatricians, teachers and social workers to identify those children who would benefit from attending specialized services.*

96 KEY WORDS

Questionnaire; Screening; Psychopathology; Childhood; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades, el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en inglés, es un cuestionario de screening breve de psicopatología infantil, que puede ser cubierto por los padres y profesores de niños y adolescentes entre 4 y 16 años, y por los propios jóvenes entre 11 y 16 años de edad. El cuestionario consta de 25 preguntas sobre 5 áreas relevantes (problemas de conducta, hiperactividad, síntomas emocionales, problemas de relación y conducta prosocial), y un suplemento sobre el impacto de dichos problemas sobre la vida del joven^{1,2,3}. El cuestionario es gratis para clínicos e investigadores, y ocupa sólo una hoja. Ha sido traducido a más de 40 idiomas, aunque únicamente la versión inglesa ha sido extensamente validada hasta la fecha. Las características del SDQ se describen más detalladamente en otro artículo⁴.

Previamente a la traducción al gallego del SDQ en 1997, no existía ningún cuestionario de screening de patología psiquiátrica infantil en este idioma. Este artículo supone la primera validación de la versión gallega del SDQ, examinando la capacidad del cuestionario de distinguir entre niños con/sin trastornos psiquiátricos, y entre niños con diferentes tipos de trastorno psiquiátrico.

MÉTODO

Muestra

- Psiquiátrica

Los cuestionarios se administraron rutinariamente a los padres y profesores de pacientes entre 4 y 16 años, y también a los propios pacientes de edades entre 11 y 16 años, en dos Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en Galicia. La muestra de este estudio consiste en los primeros 132 casos que completaron las versiones de padres y profesores (y los cuestionarios autoadministrados de 45 de los 55 jóvenes de 11 o más años). Estos 132 casos psiquiátricos eran representativos de los pacientes vistos en las dos Unidades, siendo los diagnósticos más frecuentes los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos emocionales. Los

varones constituyeron el 61% de la muestra, y la media de edad fue de 11,5 años (SD 3,4 años).

- Pediátrica

Pediatras de dos ciudades de Galicia recogieron los cuestionarios de los pacientes. Esta muestra consiste en los primeros 48 niños en los que se obtuvieron ambos cuestionarios, padres y profesores (además de los cuestionarios autocontestados en 8 de los 9 niños de 11 ó más años). Para el análisis estadístico no es necesario asumir que estos niños son globalmente representativos de la comunidad o de los pacientes pediátricos en general; la única asunción fue que el nivel de problemas psiquiátricos en la muestra pediátrica era sustancialmente menor que entre la muestra de pacientes psiquiátricos. Los varones constituyeron el 60% de la muestra pediátrica, lo cual no es significativamente diferente de la muestra psiquiátrica (chi-cuadrado, corrección de continuidad de Yates = 0,1 D.F., $p=1,0$). La edad media de la muestra pediátrica fue de 7,7 años (S.D. 2,9 años), lo cual fue significativamente menor que en la muestra psiquiátrica ($t = 7,0$, 178 D.F., $p < 0.001$). Dado que las puntuaciones medias del SDQ cambian poco con la edad², es poco probable que la diferencia entre las edades medias de la muestra pediátrica y la psiquiátrica hayan distorsionado nuestros hallazgos. Más aún, cuando los análisis presentados en este artículo se repitieron excluyendo los sujetos de la muestra psiquiátrica de mayor edad, controlando de esta manera las dos muestras respecto a la edad, los resultados no variaron.

Material

Se administraron las versiones del SDQ en gallego diseñadas para informantes adultos o autocontestadas, incorporando el suplemento acerca del impacto de los síntomas en la vida del joven^{1,2,3}. La traducción del inglés al gallego fue realizada por uno de los autores del estudio. Cualquier duda sobre la traducción fue discutida con el autor de la versión inglesa original del cuestionario, siendo la calidad de la traducción adicionalmente mejorada mediante el asesoramiento de un traductor profesional y las sugerencias de algunos usuarios.

Diagnóstico clínico

Dos psiquiatras infantiles realizaron los diagnósticos en el total de los 132 sujetos de la muestra psiquiátrica.

Tabla 1 Diferencia en las puntuaciones medias del SDQ entre pacientes pediátricos y psiquiátricos

Puntuación SDQ	Puntuación media padres (SD)		p	área bajo la curva	Puntuación media profesores (SD)		p	área bajo la curva
	Psiquiátricos N=132	Pediátricos N=48			Psiquiátricos N=132	Pediátricos N=48		
Total síntomas	18.7 (6.4)	8,1 (4,8)	***	0.90	15.4 (7,3)	5.5 (3,8)	***	0.88
Emocional	5.0 (2.9)	1.9 (2.0)	***	0.81	3.4 (2.5)	1.3 (1.7)	***	0.76
Conducta	4.0 (2.4)	1.6 (1.3)	***	0.80	2.9 (2.7)	0,6 (1,0)	***	0.77
Hiperactividad	6.5 (2.7)	3.7 (2.3)	***	0.78	5.9 (3.4)	2.5 (2.2)	***	0.78
Problemas con compañeros	3.2 (2.4)	1.0 (1.4)	***	0.80	3.3 (2.4)	1,1 (1,2)	***	0.79
Prosocial	7.2 (2.2)	8.3 (1.7)	**	0.64	6.6 (2.7)	8.2 (1.8)	***	0.70
Impacto total	3.2 (2.6)	0.1 (0.3)	***	0.90	2.1 (1.8)	0.1 (0.5)	***	0.84

***: $p < 0.001$; **: $p < 0.01$; Test de Wilcoxon para las diferencias entre las muestras psiquiátrica y pediátrica

Estos diagnósticos fueron realizados sin conocer los resultados del SDQ de los niños. Para proporcionar números adecuados para el análisis estadístico, los diagnósticos fueron agrupados en tres grandes categorías: trastornos hiperkinéticos, trastornos disociales y trastornos emocionales (ansiedad y depresión). Cada una de estas categorías se valoró como ausente, límite o definitivamente presente. En el 22 % de la muestra de pacientes psiquiátricos no se realizó un diagnóstico psiquiátrico formal: éstos representaban mayoritariamente niños con problemas de aprendizaje o problemas sociales.

Predicciones diagnósticas basadas en el SDQ

Los resultados del SDQ para cada sujeto fueron introducidos en un programa informático que predice si determinados trastornos psiquiátricos específicos son improbables, posibles o probables. Estas predicciones fueron realizadas para cuatro categorías de trastornos: trastornos emocionales, trastornos de conducta, trastornos por hiperactividad, y cualquier trastorno. El algoritmo computerizado ha sido utilizado previamente con éxito en Inglaterra y Bangladesh³.

RESULTADOS

La Tabla 1 compara las puntuaciones medias de las muestras psiquiátrica y pediátrica en los cuestionarios cubiertos por los padres y los profesores. Se encontraron diferencias notables y altamente significativas en todas las puntuaciones a excepción de la puntuación en la escala prosocial. Las puntuaciones medias en los cuestionarios autoadministrados también difirieron notablemente, aunque el escaso número de niños de 11 o más

años en la muestra pediátrica impidió un análisis estadístico detallado.

La capacidad del SDQ para discriminar entre la muestra de alto riesgo (psiquiátrica), y la de bajo riesgo (pediátrica) fue evaluada utilizando las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic). Con fines ilustrativos, la Figura 1 muestra la curva ROC obtenida para la puntuación total del cuestionario cubierto por los padres. Cuanto mejor es la discriminación, más se aproxima la curva a la esquina izquierda superior del gráfico. El área bajo la curva (AUC) proporciona una medida de discriminación: sería 1.0 para un instrumento perfecto y 0.5 para un instrumento que no discrimine mejor que el azar. Como puede observarse en la Tabla 1, la mayoría de las puntuaciones del SDQ se asocian con un AUC de 0.7-0.9.

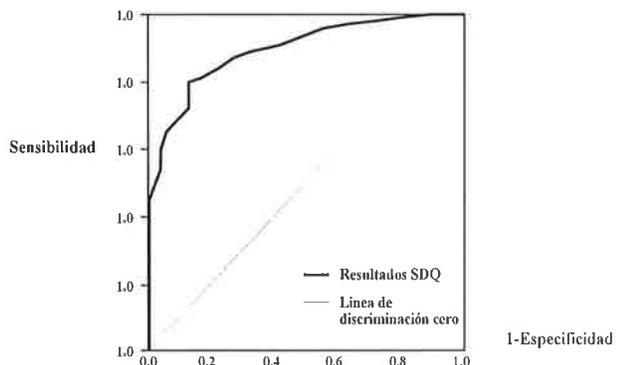


Figura 1. Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) de la puntuación total de síntomas de padres

Los padres y los profesores proporcionaron diferentes opiniones de los niños, como resultado de su observación en contextos diferentes. ¿Hasta qué punto coinciden sus informes?. La Tabla 2 muestra un acuerdo sustancial

98 entre los padres y los profesores para la muestra psiquiátrica, que es menor para la muestra pediátrica. En ambas muestras, la concordancia para problemas externalizados fue mejor que para problemas internalizados.

Tabla 2 Correlaciones padres-profesores para las diferentes escalas del SDQ

Escala SDQ	Correlaciones padres-profesores	
	Muestra psiquiátrica N=132	Muestra pediátrica N=48
Total dificultades	.59***	.40**
Emocional	.39***	.29*
Conducta	.60***	.37**
Hiperactividad	.72***	.52***
Problemas con compañeros	.66***	.39**
Prosocial	.61***	.48***

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Para predecir cada uno de los trastornos psiquiátricos infantiles se utilizaron algoritmos computerizados. La Tabla 3 muestra la concordancia entre estas predicciones y el diagnóstico clínico en cada niño. Para todos los tipos de trastorno, la mayoría de los niños con un diagnóstico clínico definitivo fueron correctamente identificados por el SDQ. Se encontraron, sin embargo, algunos falsos positivos en los que el niño no tenía un trastorno pero el SDQ predecía que dicho trastorno era probable. También se encontraron algunos falsos negativos en los que el niño tenía un trastorno claro, pero el SDQ predecía que dicho trastorno era improbable. Para los trastornos emocionales, el número de falsos positivos era aproximadamente igual al número de falsos negativos; en contraste, para los trastornos externalizados los falsos negativos fueron mucho más raros que los falsos positivos.

La Figura 2 muestra las predicciones de trastorno psiquiátrico basadas en el SDQ en la muestra pediátrica, y en los pacientes psiquiátricos con los diagnósticos particulares. Las diferencias entre los sujetos de la muestra pediátrica y los pacientes psiquiátricos fueron todas marcadas y altamente significativas ($p < 0.001$).

DISCUSIÓN

La versión gallega del SDQ funciona satisfactoriamente como cuestionario de screening, proporcionando una buena discriminación, aunque no perfecta, entre niños con trastornos psiquiátricos y niños sin ellos. El cuestionario gallego

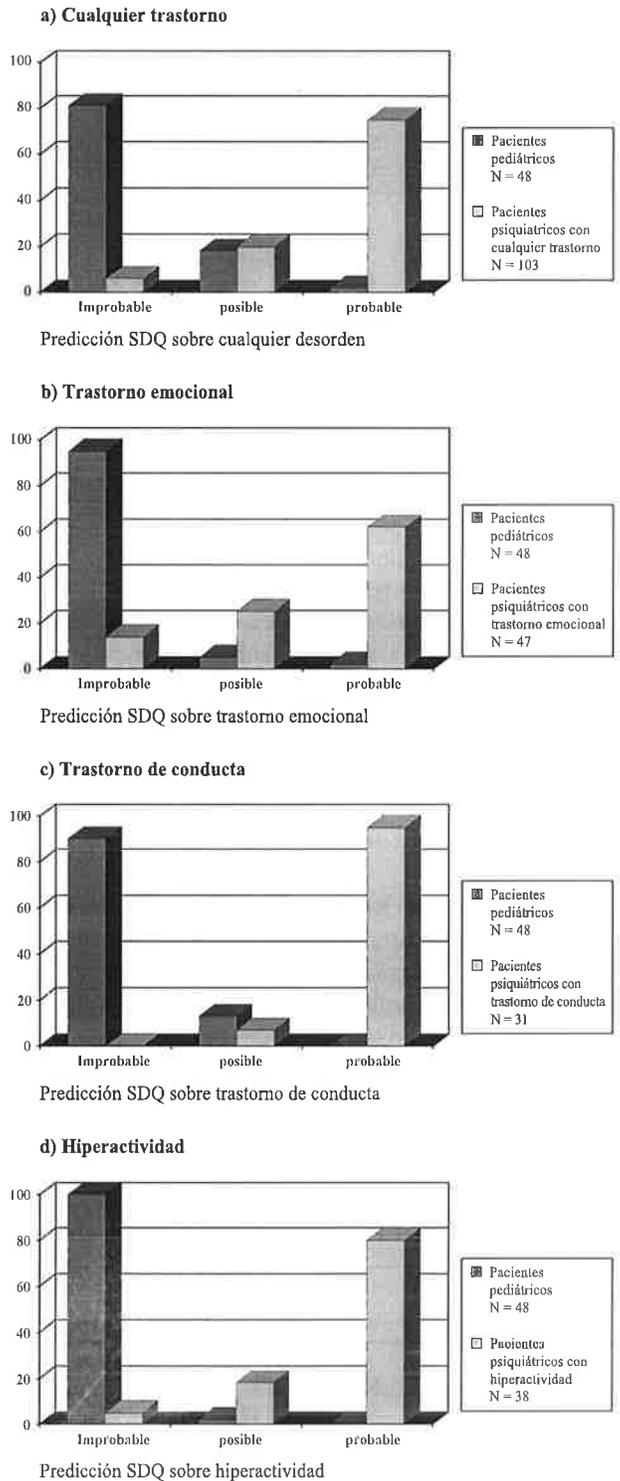


Figura 2.

Tabla 3 Predicciones SDQ en 132 niños que acuden a consulta de psiquiatría

Predicciones SDQ	<u>Diagnóstico clínico</u>		
	Trastorno emocional ausente	Trastorno emocional límite	Trastorno emocional definitivo
<i>A) Trastorno emocional</i>			
Trastorno emocional improbable	46	3	6
Trastorno emocional posible	15	13	12
Trastorno emocional probable	6	2	29
<i>B) Trastorno de conducta</i>			
Predicciones SDQ	Trastorno de conducta ausente	Trastorno de conducta límite	Trastorno de conducta definitivo
Trastorno de conducta improbable	43	1	0
Trastorno de conducta posible	24	7	2
Trastorno de conducta probable	12	14	29
<i>C) Hiperactividad</i>			
Predicciones SDQ	Hiperactividad ausente	Hiperactividad límite	Hiperactividad definitivo
Hiperactividad improbable	54	1	2
Hiperactividad posible	16	7	6
Hiperactividad probable	11	5	30

funciona de forma similar al cuestionario original inglés. Por ejemplo, el AUC para la puntuación total de síntomas obtenida de los padres fue de 0.90 en nuestro estudio y de 0.87 en la validación del cuestionario inglés original¹; los valores comparables para la puntuación total de síntomas obtenida de los profesores fueron de 0.88 para el SDQ gallego y de 0.85 para el SDQ inglés. Las correlaciones entre las puntuaciones del SDQ de padres y profesores fueron superiores a aquéllas que se obtienen normalmente de los informes de padres y profesores⁶, y mejores que las obtenidas previamente en la versión inglesa del SDQ².

Naturalmente un breve cuestionario de screening no es un sustituto de una buena evaluación clínica, sin embargo el cuestionario puede potencialmente ayudar a clínicos e investigadores de diferentes maneras. En primer lugar los investigadores pueden utilizar diferencias grupales en las puntuaciones medias del SDQ para estudiar posibles factores etiológicos, por ejemplo comparando las puntuaciones SDQ de niños con y sin epilepsia.

En segundo lugar también se puede utilizar el SDQ con fines de investigación en futuros estudios epidemiológicos en Galicia, administrando el cuestionario a una muestra amplia y llevando a cabo posteriormente entrevistas más detalladas en una minoría: aquellos niños con SDQ positivo y también una proporción de los negativos.

En tercer lugar, muchos estudios en Europa y Norteamérica sugieren que la mayoría de los niños con problemas psiquiátricos importantes nunca son derivados a Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil especializados^{7,8,9,10}. Asumiendo que en Galicia ocurra lo mismo, el SDQ podría potencialmente ayudar a pediatras, profesores y trabajadores sociales a identificar aquellos niños que se podrían beneficiar de una derivación a los servicios especializados.

En cuarto lugar disponer de los cuestionarios antes de que un niño sea atendido en un Servicio de Salud Mental podría ayudar a determinar cómo sería evaluado. Por ejemplo, de dos niños derivados con problemas de conducta probablemente sea aquél con puntuaciones muy altas de hiperactividad en el SDQ el que más necesite ser atendido por un psiquiatra más que por algún otro profesional de Salud Mental, dado el papel clave que juegan los psiquiatras en el diagnóstico y tratamiento de la hiperactividad.

Finalmente, dado que el SDQ es fácil de repetir, puede ser utilizado antes, durante y después de un tratamiento como medida de cambio o evolución. Esto proporciona un método rápido y barato de evaluar eficacia.

Las copias del SDQ en gallego y de los programas de corrección pueden obtenerse de los autores o de la página web del SDQ (<http://chp.iop.kcl.ac.uk/sdq/a1.html>). De dicha página se pueden obtener también las versiones en castellano, euskera y catalán del cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997; 38: 581-586.
2. Goodman R, Meltzer H, y Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study of the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 7: 125-130
3. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999; 40: 791-799.
4. García P, Goodman R, Mazaria J, Torres A, Rodríguez-Sacristán J, Hervás A, Fuentes J. El cuestionario de capacidades y dificultades. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2000; 1:12-17
5. Goodman R, Renfrew y Mullick., sometido a publicación.
6. Achenbach TM, McConaughy SH y Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 1987; 101:213-232.
7. Burns BJ, Costello EJ, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer EMZ y Erkanli A. Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 1995; 14:147-159.
8. Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, McCue Horwitz S, Hoven CW, Narrow WE, Vaden-Kiernan M y Regier DA. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:889-897.
9. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, Byles JA, Crawford JW, Munroe-Blum H, Byrne C, Thomas H y Woodward CA. Ontario child health study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44:832-836.
10. Rutter M, Tizard J y Whitmore K. *Education, Health and Behaviour*. London: Longman. 1970

S. Xicoy
E. Masdeu
M^a C. Jané
E. Domènech-Llaberia

Evaluación del trastorno de ansiedad en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios

Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.
Universitat Autònoma de Barcelona

The anxiety disorders in preschoolers, instruments evaluation: review of questionnaires, scales and inventory

Correspondencia:

E. Domènech Llaberia, M^a C. Jané.
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.
Universitat Autònoma de Barcelona. Edifici B. 08193 Bellaterra.
T. 93.581.31.69, Fax. 93.581.21.25
e-mail: Mjane@seneca.uab.es

RESUMEN

Conseguir un diagnóstico fiable de los trastornos de ansiedad (ansiedades, miedos y fobias) en niños de edad preescolar y obtener una evaluación completa de los síntomas y comportamientos alterados es un objetivo fundamental en psicopatología infanto-juvenil. No obstante, la evaluación de este tipo de alteraciones depende de una investigación actualizada que revise aquellos instrumentos adecuados para clasificar y evaluar uno de los trastornos más frecuentes en niños de tres a seis años.

Algunos cuestionarios, escalas e inventarios que son de interés específico en el ámbito de la evaluación durante este período, tienen como común denominador distinguir entre las simples características evolutivas del preescolar y aquellas consideradas de riesgo para el propio trastorno. Ya que muchas de las alteraciones de ansiedad del preescolar son situacionales, es necesario utilizar múltiples fuentes de evaluación. La recogida de datos mediante diferentes fuentes da mayores garantías de fiabilidad al proceso diagnóstico y permite, al mismo tiempo, obtener una amplia visión de la naturaleza de las citadas alteraciones.

Esta investigación pretende comprobar que los instrumentos disponibles tienden a ser excesivamente

genéricos, de manera que, no siempre consiguen realizar un diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de ansiedad; evaluación psicopatológica; instrumentos de evaluación; preescolares.

SUMMARY

To get a reliable diagnostic of the anxiety disorders (anxieties, fears and phobias) at preschool age and also to obtain a most reliable and complete evaluation of the altered symptoms and behaviors, is one of the key objectives in the infantil-youthful mental health. Nevertheless, the evaluation of this kind of alterations is based on an recent investigation where all the suitable instruments are revised in order to classify and evaluate one of the most frequent disorders in kids aged from three to six.

Some of the questionnaires, scales and inventories are of specific interest for the evaluation process, and in this period, they have as a common denominator to distinguish between the simple evolutionary characteristics at

102 *preschooler stage and those ones that are considered to be a risk for the disturbance. Since most of the anxiety disorders at the preschool age are occasionally, it is necessary to use different kinds of evaluation. The picking up of the information by different resources, gives more reliability to the diagnostic process and at the same time allows to get a general view of the origin of the mentioned disorders.*

The main objective of the present investigation is to verify that the available instruments are extremely generic, so they don't always allow us to get a differential diagnostic of anxiety disorders.

KEY WORDS

Anxiety disorder; psychopatologic evaluation; evaluation instruments; preschoolers.

INTRODUCCIÓN

En general, los términos utilizados para describir la ansiedad infantil son miedo, ansiedad y fobia. No es fácil definir estos términos debido a sus evidentes similitudes en la etapa preescolar.

Entendemos por miedo el tipo de reacciones motrices, subjetivas y fisiológicas experimentadas frente a estímulos que implican amenaza o temor (Lyman y Hembree-Kigin, 1994). En cambio, la fobia se caracteriza por una reacción desproporcionada e irracional respecto a la situación que genera miedo, emitiendo respuestas de evitación ante éstas (Marks, 1969). La ansiedad se refiere a unas determinadas reacciones fisiológicas, a unos sentimientos subjetivos de angustia y a unos comportamientos de evitación que suceden sin un estímulo específico concreto (Francis y Ollendick, 1987).

A pesar de existir entre los tres términos una clara precisión a nivel conceptual, éstos se utilizan con frecuencia de forma demasiado libre, y a veces, como conceptos sinónimos.

Los acontecimientos que evocan miedo y la expresión comportamental de temor y ansiedad siguen una clara progresión con relación al desarrollo. El contenido de los miedos y la ansiedad infantil cambian progresivamente desde los miedos a estímulos concretos hacia las ansiedades abstractas e internalizadas.

Tomando como punto de referencia algunas revisiones y trabajos sobre los miedos en las primeras edades, podríamos establecerse dos etapas durante el período preescolar:

- *Primera fase del preescolar (2-4 años):* Se produce una reducción significativa de los miedos innatos, y en

cambio empiezan a ser importantes los miedos a los animales, en especial los perros y las serpientes, así como, el miedo a la oscuridad y a quedarse solo. La oscuridad de la noche facilita la imaginación de criaturas que provocan miedo o de gente que amenaza, como los ladrones.

En esta etapa, los miedos asociados a la separación pueden resurgir, sobretodo en aquellos niños que empiezan el preescolar sin haber tenido experiencias previas con éxito en la separación y reunificación con padres o cuidadores. La ansiedad por separación se manifiesta a menudo a través de quejas somáticas en el momento que se anticipa la separación (p.ej. ir hacia el colegio).

- *Segunda fase del preescolar (5-6 años):* Predominan las reacciones de miedo a seres imaginarios y sobrenaturales (fantasmas, monstruos, brujas, etc.); ello es posible porque el niño todavía no es capaz de diferenciar de forma clara entre lo que es real o imaginario.

Al ser mayor el desarrollo cognitivo del niño, la naturaleza de los miedos se modifica, ya que éste es capaz de anticipar situaciones de peligro como las amenazas de dolor físico o corporal, la muerte, los desastres naturales, el crimen, el rendimiento escolar y los peligros asociados a la socialización.

También se confirma que la primera infancia es una etapa bastante sensible a la adquisición de miedos y fobias. Algunos de los síntomas de la ansiedad/miedo desarrollados en estas edades pueden consistir en respuestas de tipo transitorio, pero es evidente que se trata de edades de alto riesgo y especialmente vulnerables a este tipo de trastornos (Sandín, 1996).

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

La falta de acuerdo entre los diferentes sistemas de clasificación de los trastornos de ansiedad en el período preescolar y la proximidad con otros cuadros clínicos dificultan mucho la labor.

El DSM-III y el DSM-III-R (APA, 1980-1987), reconocen tres tipos de trastorno de ansiedad con inicio en la infancia o adolescencia: "trastorno por ansiedad de separación (TAS)" [309.21], "trastorno de evitación (TE)" [313.21] y "trastorno por ansiedad excesiva (TAE)" [313.00]. La ansiedad está asociada a situaciones concretas en los dos primeros trastornos y ésta es específica y surge ante situaciones muy diversas en el último caso. No obstante, dicha clasificación propia del período infantil parece limitada si se intentan abarcar las múltiples formas que presenta la ansiedad en los niños. Quedan excluidas, por ejemplo, las fobias infantiles, entre las que desempeña un papel

importante en la clínica infantil, la fobia escolar. Concretando, la clasificación del DSM-III-R, resulta correcta, pero insuficiente y incompleta (Echeburúa, 1993).

En la actualidad, el DSM-IV (APA, 1994) sólo codifica el "trastorno por ansiedad de separación" [309.21] como un trastorno específico de la primera infancia, niñez y adolescencia. Los otros dos trastornos clasificados en el apartado sobre las alteraciones de ansiedad infantiles del DSM-III y del DSM-III-R, TE y TAE, en el DSM-IV han sido absorbidos respectivamente por la "fobia social" [300.23] y por el "trastorno de ansiedad generalizada (TAG)" [300.02]. Las razones que han generado el cambio del TAE por el TAG incluye que los criterios del TAE son imprecisos y poco específicos y se reconoce el solapamiento con otros trastornos, tales como la fobia social. Diferentes autores, coinciden en señalar que las fobias son entidades clínicas codificadas dentro de los trastornos de ansiedad, pero el DSM-IV no diferencia las fobias aparecidas durante la niñez y adolescencia de las que se manifiestan en la edad adulta (Beidel y Morris, 1995; Black, Leonard y Rapoport, 1997), al igual que en la ICD-10 (1992).

La ICD-10 (1992) y el DSM-IV describen síntomas casi idénticos para el "trastorno de ansiedad de separación de la infancia" [F93.0], a pesar de que los criterios son algo más estrictos en cuanto a la edad de inicio, ya que exigen que ésta sea menor de 6 años; y para el "trastorno de ansiedad generalizada" [F41.1] exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 ítems que contiene el DSM-IV), también señala que en los niños suele ser frecuente la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

También es necesario describir brevemente los siguientes trastornos de ansiedad: "trastorno obsesivo-compulsivo" [300.3] [F42], "trastorno por estrés postraumático" [309.81] [F43.1] y "trastorno agudo por estrés" [308.3] o "reacción a estrés agudo" [F43.0].

Para el "trastorno obsesivo-compulsivo" el DSM-IV ha establecido una clara distinción entre obsesiones y compulsiones, dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce mayor o menor ansiedad o malestar, y/o si previene o reduce dichos síntomas. La ICD-10 distingue obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones); además los criterios especifican una duración mínima de los síntomas de por los menos 2 semanas. Por lo tanto, según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que serían consideradas obsesiones según la ICD-10.

En el "trastorno por estrés postraumático", que se caracteriza por la presencia de una gran ansiedad y malestar tras un acontecimiento traumático, se han modificado algunos de sus criterios diagnósticos respecto el DSM-III-R para mejorar la fiabilidad y precisión, además se han incluido las especificaciones agudo y crónico. El diagnóstico de la ICD-10 difiere del propuesto en el DSM-IV en algunos criterios los cuales no se consideran indispensables.

El "trastorno agudo por estrés" es una categoría nueva en el DSM-IV y se ha incluido para describir reacciones agudas a un estrés extremo, y también para facilitar la detección temprana de los casos, puesto que el "trastorno agudo por estrés" puede predecir el desarrollo posterior de un "trastorno por estrés postraumático". En la ICD-10 algunos criterios diagnósticos difieren de los del DSM-IV en diversos aspectos y no se exige la presencia de síntomas disociativos.

Aunque el "mutismo selectivo" [313.23] no ha sido clasificado como un trastorno de ansiedad en el DSM-IV, investigaciones recientes sugieren contundentemente que puede ser una manifestación primaria de la ansiedad social (Black, Leonard y Rapoport, 1997). Timidez, vergüenza y aislamiento social se mencionan, a menudo, como características propias del niño con "mutismo selectivo" (Black y Uhde, 1992; Kolvin y Fundudis, 1981; Tancer, 1992). La relación entre la ansiedad social y el "mutismo selectivo" se explica a menudo por su desarrollo precoz. Black y Uhde (1992) sugieren que la severidad de la ansiedad infantil es un factor determinante de la severidad del "mutismo selectivo".

Las conexiones entre la ansiedad y la depresión son múltiples, la ICD-10 (1992) (pero no el DSM-III-R, ni el DSM-IV) incluye el "trastorno mixto ansiedad-depresión" [F41.3] en su clasificación para los adultos. En cambio, en el ámbito infantil queda definido como "trastorno emocional" [F93] aquel que contempla alteraciones ansiosas y depresivas. Las similitudes entre el trastorno de ansiedad y el de depresión se producen básicamente en la ansiedad por separación y en la fobia escolar, pero en cualquier caso la proximidad entre la ansiedad y la depresión infantil es tan íntima que no siempre resulta fácil determinar el carácter primario o secundario entre una y otra (Toro, 1991).

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Los diferentes trastornos de ansiedad en la infancia tienen por común denominador un elevado nivel de

104 ansiedad, ya sea debido a la separación del niño de las personas con las que está vinculado afectivamente, o bien por la evitación excesiva ante personas desconocidas o situaciones diferentes. La evaluación de la ansiedad puede realizarse de forma genérica o mediante evaluaciones específicas de los distintos tipos de trastornos que provocan la ansiedad. El objetivo de esta revisión es recopilar y analizar diferentes instrumentos de evaluación que sirvan para detectar precozmente los trastornos de ansiedad en la primera infancia, de forma que puedan incidir en su tratamiento lo antes posible.

No es una tarea fácil abordar este tema, porque al margen de las propias limitaciones que genera la evaluación de la ansiedad, hay que añadir el hecho que los instrumentos no acostumbran a aplicarse a niños muy pequeños, debido a que no han desarrollado todavía las habilidades de autoobservación y autoevaluación adecuadas para expresar experiencias, sentimientos y emociones, así como su intensidad. Por este motivo, es necesario remarcar la complejidad de la evaluación psicopatológica en la edad preescolar.

En la actualidad, se aconseja realizar una evaluación multimodal (Echeburúa, 1993; Goldstein y Hersen, 1990) o multicomponente (Silva, 1995) de la ansiedad infantil. Se requieren diferentes informantes (padres, compañeros, profesores, etc.), distintos instrumentos de evaluación (entrevistas, escalas, autoinformes, registros observacionales de la conducta manifestada, registros psicofisiológicos, observación directa, etc.) y escoger diversas variables para su evaluación (biológicas, cognitivas, interpersonales, etc.).

Idealmente, los instrumentos de evaluación infantil deberían suministrar una evaluación fiable y válida de la sintomatología observada en diferentes ámbitos, discriminar clusters de síntomas, evaluar rigurosamente, incorporar observaciones múltiples (tales como evaluaciones para padres y niños) y ser sensibles al tratamiento para inducir un cambio en los síntomas.

A continuación se expone una revisión de diferentes estrategias de evaluación directas e indirectas que pueden ser usadas para diagnosticar la ansiedad, los miedos y las fobias en el niño preescolar, con la finalidad de comprender sus características y su utilidad en esta investigación.

- Entrevista.

Lyman y Hembree-Kigin (1994) recomiendan que la evaluación de los miedos y de la ansiedad empieza con una detallada entrevista a los padres. La información recogida en la entrevista clínica debe incluir: el des-

arrollo y la historia del miedo; las ansiedades que lo acompañan; el ambiente familiar actual; los factores que agravan o empeoran la situación ansiosa; el tipo de respuesta de los familiares ante dichas situaciones; la historia familiar referente a los trastornos de ansiedad; el nivel y origen de la ansiedad paterna y cuales son las actividades del niño y de su familia que inciden en los miedos del preescolar.

Generalmente, la entrevista es un instrumento de medida más, la información obtenida en ésta puede impulsar o fomentar otras formas de evaluación, debido, en parte, a que algunas de las afirmaciones que manifiesta el niño o sus padres pueden formar la base para proseguir con otras técnicas detalladas posteriormente.

- Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas.

Estos instrumentos, basados en gran parte en los ya existentes para adultos, aseguran un formato estándar de evaluación y permiten recoger sistemáticamente la información relevante. A pesar de esto, las entrevistas clínicas son poco útiles en la evaluación de la ansiedad en la etapa preescolar.

- Cuestionarios para padres o maestros.

La falta de concordancia entre la información del niño y la de los adultos ha facilitado el desarrollo de cuestionarios y listas de observación sintomatológicas para adultos referentes a las conductas problemáticas de los niños. Son una de las técnicas más utilizadas para identificar trastornos generales en los preescolares, para reconocer trastornos específicos (Zentall, 1986) y para identificar problemas comórbidos (Lyman y Hembree-Kigin, 1994). Lamentablemente, hay pocos instrumentos específicos para padres o profesores de evaluación de la ansiedad preescolar, no obstante, existen diferentes inventarios, que contienen subescalas que evalúan la sintomatología de los trastornos emocionales o afectivos, incluyendo la ansiedad (Stalling y March, 1995).

A pesar de los problemas inherentes a la utilización e interpretación de los cuestionarios, ofrecen numerosas ventajas respecto a otros métodos, entre otros: recopilan datos mediante diferentes situaciones y circunstancias; no tienen un coste elevado; incorporan la opinión de personas significativas para el niño; permiten la recogida de datos de tipo conductual, aunque estos sucedan en pocas ocasiones y, finalmente, permiten hacer distinciones cuantitativas referentes a la calidad de los aspectos del comportamiento infantil que a menudo se obtienen mediante métodos de observación directa.

- Autoinformes.

Los autoinformes como instrumentos de evaluación de la ansiedad brindan la oportunidad al niño para que revele sus experiencias internas o encubiertas, pero no hay que olvidar que, a veces, los factores sociales pueden influir en su validez.

A menudo se han utilizado ampliamente en el ámbito clínico y en la investigación, ya que son fáciles de administrar, requieren un tiempo mínimo y son económicos. Además, los autoinformes abarcan una amplia clasificación de importantes dimensiones desde el punto de vista de los niños (Strauss, 1993).

Los autoinformes se pueden clasificar en dos grandes grupos según el momento de su aplicación: se denominan autoinformes situacionales si se utilizan inmediatamente o a posteriori de exponer al niño a una situación que evoca respuestas de ansiedad y miedo; en cambio, se dividen en autoinformes generales y específicos, cuando ocurren sin exponer al niño a situaciones concretas (Méndez y Macià, 1994).

- Observación directa.

Los padres no son siempre los observadores más indicados para explicar el nivel de ansiedad de su hijo, de modo que la observación directa en el ambiente y en el momento en que el niño muestra miedo o ansiedad proporciona una importante y valiosa información.

Dependiendo del tipo de observador se puede clasificar en: autoobservación, si el niño registra su propia conducta (raramente utilizada con preescolares); o en observación propiamente dicha, si los observadores son personas diferentes al niño.

La observación directa de la interacción padres-niños es especialmente importante en la evaluación de aspectos específicos de la ansiedad de separación, como también en la calidad general de la relación entre padres e hijos. Lyman y Hembree-Kigin (1994) recomiendan observaciones informales del grado de separación que el niño puede tolerar, así como métodos observacionales formales de la interacción padre-niño.

REVISIÓN ACTUALIZADA DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los diferentes instrumentos de evaluación que a continuación se exponen representan diversas alternativas que se pueden adoptar para evaluar y diagnosticar la ansiedad, los miedos y las fobias en la edad preescolar.

Se han arbitrado dos criterios para seleccionar los instrumentos que forman parte de esta investigación: prime-

ro, que estos tengan una edad comprendida entre los tres y seis años, es decir, el período preescolar; y segundo, que estos sean útiles para detectar alteraciones del comportamiento y específicamente los trastornos de ansiedad.

Después de dos años de investigación se observa que en función de la información recogida de cada escala, éstas se pueden clasificar en función del tipo de información. Se dividen en: inespecíficas, cuando valoran los rasgos propios del trastorno de ansiedad y también evalúan aspectos del desarrollo y otras psicopatologías infantiles (tabla 1); y en específicas, si contemplan única y exclusivamente la sintomatología ansiosa (tabla 2).

Se ha realizado un estudio exhaustivo de todos los instrumentos que cumplen las condiciones citadas con anterioridad. El estudio de cada prueba contempla cinco subapartados: primero, una ficha técnica con los datos siguientes: nombre de la escala, autor y año de publicación; segundo, la edad de aplicación; tercero, las cualidades clínicas que incluyen la descripción o características de la prueba, número de ítems y su agrupación en factores o clusters; cuarto, los aspectos psicométricos (fiabilidad, validez y punto de corte); y por último, las limitaciones más significativas de cada instrumento.

La ansiedad infantil se puede evaluar con instrumentos muy diferentes, en la tabla 1 podemos observar las características principales de los instrumentos inespecíficos.

Los instrumentos inespecíficos recopilados para la evaluación de la ansiedad tienen como denominador común diferenciar entre las simples características evolutivas del preescolar y lo que es propio de los factores de riesgo o desencadenantes del trastorno.

Los trastornos de ansiedad en la infancia, y sobre todo en el período preescolar, resultan más complejos que en los diagnosticados en las personas adultas, su distinción a nivel psicopatológico es difícil, debido a que las fronteras nosológicas no están bien definidas y porque el grado de comorbilidad de los trastornos es muy alto.

Como puede observarse en la tabla 1, las escalas evalúan distintas conductas observables en diferentes trastornos solapados al trastorno de ansiedad. En general, estos instrumentos permiten detectar alteraciones relativas al desarrollo del niño, alteraciones emocionales (trastornos de ansiedad y de depresión) y algunas conductas del tipo externalizado.

En las páginas siguientes se van a analizar algunos cuestionarios, escalas e inventarios que son de interés específico (tabla 2) en el ámbito de la evaluación de los trastornos de la ansiedad en el período preescolar.

106 **Tabla 1 Instrumentos de evaluación inespecíficos de ansiedad**

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
BPI BEHAVIOR PROBLEM INDEX George, Kaplan y Main (1985)	4-11 a. 12-17 a.	Los padres responden a 28 ítems que hacen referencia al comportamiento de su hijo/a.	Fiabilidad $\alpha = 0,90$ (N=11.699) Punto de corte: 14 ó más	
BScQ BEHAVIORAL SCREENING QUESTIONNAIRE Richman y Graham (1971)	3-5 a.	Permite detectar a través de sus 60 ítems problemas de conducta, emocionales, así como una visión del desarrollo del niño.	Fiabilidad Test-retest: $r = 0,77, 0,94$ (vídeo) Validez $R = 0,69, 0,57, 0,58$ Punto de corte: 10.	Difícil y larga administración. Breve rango de edad.
BStQ BEHAVIORAL STYLE QUESTIONNAIRE McDevitt y Carey (1978)	3-7 a.	El cuestionario tiene 100 ítems que determinan las características temperamentales de los niños de 3 a 7 años.	Fiabilidad Test-retest: 0.89 (N=53) Consistencia interna: 0.84	
CBCL/ CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 2-3 Achenbach, Edelbrock y Howell (1987)	2-3 a.	Muy útil para obtener información previa durante la 1 ^a entrevista. Sus 100 ítems describen de forma estandarizada la conducta del niño.	Fiabilidad Test-retest: 0,79 (pobl. Holandesa) 0,47 (grado acuerdo padres) Validez $R = 0,99$ (pobl.española, N=169) Punto de corte: 11,1% (pobl.canadiense, N=756)	
CBCL/ CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 4-16 Achenbach (1979)	4-16 a.	Sus 113 ítems ayudan a diagnosticar y a elaborar programas de intervención a partir de la descripción que los padres realizan de la conducta del niño.	Fiabilidad $R = 0,66$ (total) Validez $R = 0,71, 0,92$ Punto de corte 46,32 (niñas) - 43,29 (niños) (población española, N=125)	Algunas formas severas de depresión infantil podrían pasar inadvertidas.
CDI THE CHILD DEVELOPMENT INVENTORY Ireton (1992)	15 m.- 5 a.	Evalúa el desarrollo psicomotor, la autonomía, el lenguaje y entre otros, la presencia de problemas de comportamiento.	Fiabilidad $\alpha = 0,70, 0,80$ y $0,90$ Validez $R = ,84$ (Minnesota, N=568) Punto de corte: 30%	No es adecuada para padres con un bajo nivel sociocultural. El punto de corte es específico del desarrollo.
CPRS-R REVISED CONNERS PARENT RATING SCALE Goyette, Connors y Ulrich (1978)	3-17 a.	Discrimina niños con trastorno de conducta, ansiedad y alteraciones psicósomáticas.	Fiabilidad Buena consistencia interna $r = 0,90-0,93$ (subesc. I - II) $r = 0,76$ (subesc. III - IV)	
CTRS ORIGINAL CONNERS TEACHER RATING SCALE Connors (1969)	4-12 a.	Instrumento de <i>screening</i> clínico para trastornos emocionales y comportamentales.	Fiabilidad Test-retest: $r = 0,70, 0,90$ (1 mes)	

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
KSCS KOHN SOCIAL COMPETENCE SCALE Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Padres y profesores responden a 90 ítems relacionados con la conducta y la sociabilidad del niño.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.77-0.80 (N. York, N=407). Validez Correlación factores I y II: 0.33	
KSCL KOHN SYMPTOM CHECKLIST Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Con sus 58 ítems identifica alteraciones conductuales más severas que la KSCS.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.77 - 0.80 (N. York, N=407). Validez Correlación factores I y II: 0.18	
LBCL LOUISVILLE BEHAVIOR CHECHLIST Miller (1984)	4-6 a. 7-12 a. 13-17 a.	Los 164 ítems analizan entre otros, los miedos y el comportamiento antisocial.	Fiabilidad Consistencia interna: 0.33 - 0.97 test-retest: 0.60-0.92 Validez Acuerdo entre padres: 0.06-0.57	
PBCL PRESCHOOL BEHAVIOUR CHECKLIST McGuire y Richman (1986)	2-5 a.	Detección de conductas problemáticas que el profesor puede observar en el aula.	Fiabilidad entre evaluadores: 83% (presencia-ausencia probl.) 38% (grado de severidad) Punto de corte: 12 ó más.	No detecta en general sintomatología aislada.
PBCP PRESCHOOL BEHAVIORAL CLASSIFICATION PROJECT Baker y Dreger (1973)	4-6 a.	Evalúa los problemas de comportamiento.	Fiabilidad consistencia interna: 0.70-0.92 Validez acuerdo padres-madres: r = 0.44	
PBQ PRESCHOOL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Behar y Stringfield (1974)	3-7 a.	Sus 36 ítems están indicados para diagnosticar problemas emocionales y de conducta.	Fiabilidad test -retest 0.60-0.94 (3 meses) 0.67-0.84 (entre profes.) Validez 0.734 (regresión múltiple)	
PIC PRESCHOOL INVENTORY FOR CHILDREN Wirt, Lachar, Klindedint y Seat (1977, 1984)	3-5 a. 6-16 a.	A través de la respuesta de 600 ítems identifica trastornos psicopatológicos infantiles.	Fiabilidad test-retest (15 días): 0.86 Validez acuerdo entre padres: 0.57-0.69	
PRESS THE PRESCHOOL SYMPTOM SELF-REPORT Martini (1989)	3-5 a.	Instrumento pictórico que permite detectar trastornos emocionales (depresión) en preescolares.	Fiabilidad $\alpha = 0.89$ Validez r = 0.83 - 0.84	
PSBQ PRESCHOOL SOCIAL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piché y Royer (1992)		29 ítems divididos en 3 subescalas: agresividad, ansiedad y conducta prosocial	Fiabilidad y validez establecida con niños preescolares y de 1º y 2º de primaria.	

108	Ficha técnica	Edad	Cualidades clínicas	Psicometría	Limitaciones
PSP	PRESCHOOL SOCIOAFFECTIVE La Frenière, Dumas, Dubeau y Capuano (1992)	2-6 a.	80 ítems que valoran mediante tres subescalas: la competencia social y las alteraciones emocionales y comportamentales.	Fiabilidad Spearman-Brown corrected: 0.86, 0.85, 0.83, $\alpha = 0.92, 0.90, 0.85$ test-retest (2 semanas) $r = 0.86, 0.82, 0.78$ Validez correlación entre factores: $r = 0.02, -0.37, -0.38$	
PSC	PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST Jellinek, Murphy, Robinson, Feins y col. (1988)	4-16 a.	Con sus 35 ítems identifica problemática emocional y comportamental, así como alteraciones psicosociales.	Fiabilidad $\alpha = 0.78$ (N=101) Validez 90% (muestra de preescolares) 88% (muestra de escolares) 0.66 (entre preescolares y escolares) Punto de corte 28 (edad escolar) 24 (niños de 4 y 5 años)	
RBPC	REVISED BEHAVIOR PROBLEM CHECKLIST Quay y Peterson (1983)	5-17 a.	Útil para identificar las alteraciones de conducta en niños y adolescentes.	Fiabilidad $\alpha = 0.70-0.95$ Validez correlación significativa entre la BPC y la RBPC Punto de corte: T = 60.	El acuerdo entre evaluadores independientes da resultados discordantes. No discrimina niños deprimidos.
RPQ	RUTTER PARENT QUESTIONNAIRE Rutter (1967)	5-17 a.	Evalúa las dificultades emocionales y comportamentales en la edad escolar.	Fiabilidad $\alpha = 0.82$ Validez entre padres-profesores: 0.34 Punto de corte 13 (pobl. no clínica) 17 (niños con dificultades de aprendizaje)	
SCBE	SCHOOL BEHAVIOR CHECKLIST Miller (1972)	3-6 a. 7-13 a.	Los factores que evalúa son: agresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y sociabilidad.	Fiabilidad test-retest (6 semanas): 0.70-0.89 entre padres-profesores: 0.11-0.50	
SCBE-30	SOCIAL COMPETENCE AND BEHAVIOR EVALUATION SCALE La Frenière y Dumas (1992)	2,5-6,5 a.	Instrumento que permite analizar problemas emocionales y de competencia social en niños preescolares.	Fiabilidad entre evaluadores: 0.78 - 0.91 $\alpha = 0.80-0.92$ test-retest (2 semanas): 0.78-0.86 Validez correlación de Pearson para la subescala de ansiedad de 0.67 y de 0.87 para la subescala de agresividad.	

Tabla 2 Instrumentos de evaluación específicos de ansiedad

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
AS ANXIETY SCALE Klinedinst (1971)	4-12 a.	Con sus 30 ítems se evalúa la estabilidad y cronicidad de la ansiedad.		
CFSS CHILDREN'S FEAR SURVEY SCHEDULE Ryall y Dietiker (1979)	4-12 a.	48 ítems que identifican miedos específicos y su intensidad.	Fiabilidad test-retest: 0.82 (N=32)	
FSSC- FEAR SURVEY SCHEDULE R FOR CHILDREN-REVISED Ollendick (1983)	5-18 a.	Valora el tipo de miedo que experimentan los niños ansiosos a través de sus 80 ítems.	Fiabilidad consistencia interna: $\alpha = 0.94$ test-retest (1 semana): 0.82 Validez correlación con ansiedad- rasgo: 0.56 para las niñas 0.44 para los niños 0,51 puntuación total	Serían necesarios estudios longitudinales que valorasen la naturaleza de los miedos infantiles de forma detallada.
MI INVENTARIO DE MIEDOS Pelechano (1981)	2-9 a.	Proporciona un listado definido de miedos, mediante la respuesta a 103 ítems.	Fiabilidad coeficiente de correlación <i>Pearson</i> $r = 0.32$ cat. cosas $r = 0.23$ cat. situaciones	
IME INVENTARIO DE MIEDOS ESCOLARES Méndez (1988)	3.5-14 a.	Instrumento de evaluación compuesto por 50 ítems, exclusivo y específico de la fobia escolar.	Fiabilidad consistencia interna: $\alpha = 0.949$ (N=5.354 niños) Validez coeficiente de correlación <i>Pearson</i> 0.287 para prof.-tutores 0.441 para padres 0.461 para ambos	
LFSC- LOUISVILLE FEAR SURVEY PR FOR CHILDREN (PARENT RATING) Miller, Barret, Hampe y Noble (1972)	4-18 a.	Sus 60 ítems indican el nivel de miedos del niño.	Fiabilidad <i>Split-half</i> : 0.96	Es equivoco pensar que el análisis factorial de la LFSC identifica separadamente síndromes de ansiedad.
OCHS ONTARIO CHILD HEALTH STUDYCHECKLIST Bowen, Offord y Boyle (1990)	4-16 a.	Evalúa los trastornos de ansiedad excesiva y ansiedad por separación, siguiendo los criterios del DSM-III-R.	Validez correlación media entre ítems: $\alpha = 0.68$	
POSA PRESCHOOL OBSERVATION SCALE OF ANXIETY Glenon y Weisz (1978)	2-5 a.	A partir de los 30 ítems se obtiene un índice de comportamientos ansiosos.	Fiabilidad correlación: 0.78 correlación entre clases: 0.77 Validez $p < 0.01$	La intensidad de la ansiedad es difícil de valorar.
SAT SEPARATION ANXIETY TEXT Hansburg (1972)	4-7 a.	Mide la ansiedad de separación en ausencia de los padres.	Fiabilidad entre evaluadores: 0.84-0.94 Validez $\alpha = 0.67$	

110 - *Children's Fear Survey Schedule* (CFSS - Ryall y Dietiker, 1979): Es un instrumento que permite identificar miedos específicos. Contiene 48 ítems relativos a los miedos y dos ítems en blanco para exponer estímulos atípicos no contemplados en los anteriores. Se administra oral e individualmente a niños de 4 a 12 años y permite medir la intensidad de los estímulos que producen miedo con una escala de tres valores. La escala está indicada tanto para uso clínico como instrumento de investigación.

- *Fear Survey Schedule for Children - Revised* (FSSC-R - Ollendick, 1983): 80 ítems que valoran el nivel de los miedos de niños de 5 a 18 años. El instrumento está dividido en cinco subescalas que engloban el miedo al fracaso y a la crítica, a los desconocidos, a las heridas y a los animales pequeños, al peligro o a la muerte y por último a las situaciones médicas. Para poder adecuar esta prueba a los más pequeños, Ollendick (1983), modificó el formato de respuestas de manera que los niños puedan responder los ítems más fácilmente. Este instrumento puede ser contestado tanto por los padres como por los propios niños. Desde un punto de vista psicométrico, se observa una buena consistencia interna, una alta estabilidad y fiabilidad, de manera que se le puede considerar un instrumento válido para la utilidad clínica y para la investigación.

- *Inventario de Miedos* (IM - Pelechano, 1981): Se trata de un instrumento pensado para ser cumplimentado por los padres de niños de 2 a 9 años y proporciona un listado definido de los miedos del niño. Consta de 103 ítems, divididos en siete factores: miedo a los animales, a los fenómenos meteorológicos (tormentas, truenos, relámpagos), al dolor físico y a las enfermedades, a la muerte, a situaciones hostiles y/o agresivas, a los lugares cerrados y a la violencia física real o imaginada. Los padres tienen que dar una respuesta a cada uno de los ítems acerca de la presencia e intensidad del miedo experimentado por el niño. Una limitación sería no haberse aplicado a pacientes fóbicos-infantiles con la finalidad de identificar niños miedosos (Echeburúa, 1993).

- *Inventario de Miedos Escolares* (IME - Méndez, 1988): Es un instrumento específico para el estudio de la fobia escolar. Contiene un listado de 50 ítems referidos a miedos escolares, para cada uno de los cuales el niño debe estimar la intensidad del miedo utilizando una escala de cinco puntos. El índice de consistencia interna es alto y similar a los hallados en inventarios generales de miedos, mientras que la validez es moderada (Méndez, Beléndez y López, 1996).

- *Louisville Fear Survey for Children* (LFSC - Parent Rating; Miller, Barret, Hampe y Noble, 1972): Este instrumento permite obtener un listado e indicar el nivel de miedos que afectan al niño. Sus 60 ítems están divididos en tres subescalas: la primera, incluye los ítems que corresponden a la separación; la segunda, refleja los miedos a los acontecimientos naturales y la tercera, concierne a la ansiedad respecto a los otros y al ridículo social. Un inconveniente sería pensar que la LFSC puede identificar separadamente distintos trastornos de ansiedad y también hay que tener en cuenta que con frecuencia los miedos explicados por los niños son más numerosos que aquellos que comentan los padres respecto a sus hijos (Miller, Barrett, Hampe y Noble, 1972).

- *Preschool Observation Scale of Anxiety* (POSA - Glenon y Weisz, 1978): Escala formada por 30 índices específicos del comportamiento observable para la ansiedad. Cada índice corresponde a una categoría observacional e incluye, entre otros: morderse las uñas, evitar el contacto ocular, el mutismo y posturas rígidas. Se aplica a niños preescolares de 2 a 5 años y la pueden administrar clínicos, padres y maestros, siempre y cuando hayan recibido un entrenamiento previo. Observando su validez se constata que las puntuaciones significativas correlacionan con puntuaciones de inventarios de ansiedad infantil para padres y maestros. En general, esta prueba permite evaluar situaciones que producen ansiedad en niños demasiado pequeños para poder explicar con claridad su estado ansioso. Se trata pues, de un instrumento prometedor para el *screening* de la ansiedad preescolar.

CONCLUSIONES

Ya que muchos de los trastornos de ansiedad del niño son situacionales, hace falta utilizar múltiples fuentes de evaluación. La recogida de datos mediante diferentes fuentes da mayores garantías de fiabilidad al proceso diagnóstico y permite obtener una visión más amplia de la naturaleza de los trastornos de ansiedad del preescolar.

Finalmente y por los motivos citados en este estudio hay que hacer hincapié en la falta de protocolos de evaluación cortos y específicos, con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén validados con muestras clínicas y no clínicas españolas y que sean sensibles a la detección precoz de los trastornos de ansiedad, así como también al diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach Th M, The Child Behavior Checklist (CBCL / 4-16). In: Achenbach,Th.M. & Edelbrock,C.S. The Child Behavior Profile: II, Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979; 47: 223-233.
2. Achenbach Th M, Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1987
3. Achenbach Th M, Manual for the Child Behavior Checklist / 2-3 and 1992 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1992
4. Achenbach Th M & EDELBROCK CS, Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont. 1983
5. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987
7. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994
8. Baker RP, Dreger RP. The Preschool Behavioral Classification Project: An initial report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1973; 1: 88-120.
9. Behar LB, Stringfield S, A Behavior Rating Scale for the Preschool Child. *Developmental Psychology*, 1974;10 (5): 601-610.
10. Behar LB. The Preschool Behavior Questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1977;5 (3): 265-275.
11. Beidel DC, Morris TL. Social Phobia. In: J.S.March, (Ed). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press, 1995;pp. 181-211.
12. Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1992;31: 1090-1094.
13. Black B, Leonard HL, Rapoport JL. Specific Phobia, Panic Disorder, Social Phobia, and Selective Mutism. In: Wiener,J.M. (Ed.) *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. USA: American Psychiatric Press, 2nd Ed, 1997
14. Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The Prevalence of Overanxious Disorder and Separation Anxiety Disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 1990;29 (5): 753-758.
15. Conners CK. A teacher Rating Scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 1969;126: 884-888.
16. Echeburúa E. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., Colección: Ojos solares. 1993
17. Francis G, Ollendick TH. Anxiety Disorders. In: Bellack,A. & Hersen,M. (Eds.) *Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology*. N.Y. & London: Plenum Press. 1987
18. George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview*. University of California, Berkeley, 1985
19. Glennon B, Weisz JR. An Observational Approach to the Assessment of Anxiety in Young Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978;46 (6): 1246-1257.
20. Goldstein G, Hersen M (Eds.). *Handbook of psychological assessment*. USA: Pergamon Press, Inc. 1990
21. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1978;6 (2): 221-236.
22. Hansburg HG. *Adolescent Separation Anxiety*. Springfield, IL: Charles Thomas, 1972
23. Ireton H. *The Minnesota Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems. 1972
24. Ireton H. *Preschool Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems. 1988
25. Ireton H. *Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems. 1992
26. Ireton H, Glascoe FP. Assessing Children's Development Using Parent's Reports - The Child Development Inventory. *Clinical Pediatrics*. 1995 ;May: 248-255.
27. Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, Feins A et al. The Pediatric Symptom Checklist: Screening school age children for psychosocial disfunction. *Journal of Pediatrics*. 1988;112: 201-209.
28. Klinedinst JK. Relationship between Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Personality Inventory for Children data from mothers of disturbed children. *Dissertation Abstracts International*, 1971; 32: 4860B (University Microfilms No. 72-05545, 116).
29. Kolvin I, Fundudis T. Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1981;22: 219-232.
30. Kohn M, Rosman BL. A Social Competence Scale and Symptom Checklist for the preschool child: Factor dimensions, their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Developmental Psychology*, 1972;6: 430-444 .
31. Kohn M, Rosman BL. Relationship of preschool social-emotional functioning to later intellectual achievement. *Developmental Psychology*, 1972;6: 445-452.
32. La Franière PJ, Dumas JE. A transactional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology*, 1992;4: 385-401.
33. La Franière PJ, Dumas JE, Dubeau D, Capuano F. The development and validation of the preschool socia-affective profile. *Psychological Assessment* 1992;4 (4): 442-450.

34. Lyman R, Rembree-Kigin T. *Mental Health Interventions with Preschool Children*. New York & London, 1994
35. Marks IM. *Fears and phobias*. Nueva York: Academic Press, 1969
36. Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A Symptom Self-Report Measure for Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;29 (4): 594-600.
37. McDevitt SC, Carey WB. The measurement of temperament in 3-7 year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1978;19: 245-253.
38. McGUIRE J, Richman N. Screening for Behaviour problems in nurseries: The Reliability and Validity of the Preschool Behaviour Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1986;27 (1): 7-32.
39. Méndez FX. *Inventario de Miedos Escolares (IME)*. Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Análisis y Metodología del Comportamiento. 1988
40. Méndez FX, I Macià D. Evaluación de los problemas de ansiedad. En: Fernández Ballesteros, R. (Ed.) *Evaluación conductual hoy. Un enfoque por el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide. 1994
41. Méndez FX, Beléndez M, López JA. Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (IME). *Ansiedad y Estrés*. 1996;2 (1): 9-15.
42. Miller LC. School Behavior Check-list: An Inventory of deviant behavior for elementary school children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972;38: 134-144.
43. Miller LC. *Louisville Behavior Checklist Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1984
44. Miller LC, Barrett CL, Hampe E, Noble H. Factor Structure of Childhood Fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1972;39 (2): 264-268.
45. Ollendick TH. Anxiety-based disorders. In: M.Hersen (Eds.). *Outpatient behavior therapy: A clinical guide*. New York: Grune and Stratton, 1983a
46. Ollendick TH. Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*. 1983b;21 (6): 685-692.
47. Pelechano V. *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús, 1981
48. Quay HC, Peterson D. *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables Fla.: Author. 1983
49. Richman N, Graham PJ. A Behavioural Screening Questionnaire for use with three-year-old children. Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1971;12: 5-33.
50. Rutter M. A children's behavior questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1967;8: 1-11.
51. Ryall MR, Dietiker KE. Reliability and Clinical Validity of the Children's Fear Survey Schedule. *Journal of Behavioral Therapy and Exp. Psychiatry*. 1979;10: 303-309.
52. Silva F (Ed.). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis Psicológica, S.A. 1995
53. Stallings P, March JS. Assessment. In: J.S. March (Ed). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guildord Press. 1995
54. Tancer NK. Elective mutism: a review of the literature. In: B.B. Lahey & A.E. Kazdin. *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 14. New York: Plenum Press. 1992
55. Toro J. Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. Confusiones y superposiciones. En: J.Vallejo y C.Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat. 1991
56. Tremblay RE, Vitaro F, Gagnon C, Piché C, Royer N. A prosocial scale for the Preschool Behavior Questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development* 1992;15: 227-245.
57. Wirt RD, Lachar D, Klinedinst JJ, Seat Ph D. *Multidimensional description of Child Personality. A manual for the Personality Inventory for Children*. Western Psychological Services, 1977. 1984
58. World Health Organization. *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization. 1992
59. Zentall SS. Assessment of Emotionally Disturbed Preschoolers. *Diagnostique*. 1986;11 (3-4): 154-179.

LUIS LOBERA DE ÁVILA
(hacia 1490 - después de 1551)

Biografía

Poco se sabe sobre la vida de este autor, incluso su apellido unas veces se escribe Lobera de Ávila y otras Ávila de Lobera. Parece que nació en Ávila y que estudió medicina en Francia¹. Al regreso a España ejerció la medicina en Ariza y hacia 1520 pasó al servicio de Carlos I, continuando en su corte como médico y viajando por Europa y África.

Publicaciones

Sus obras conocidas son: Banquete de nobles caballeros o Vergel de sanidad, publicado en 1530 con varias ediciones posteriores. Libro de pestilencia. Remedios de cuerpos humanos (Alcalá 1542). Libro de experiencias de medicina y Libro de las quatro enfermedades cortesanas (Toledo 1544). Su última obra es el Libro del regimiento de la salud, y de la esterilidad de los hombres y las mujeres y de las enfermedades de los niños.

Libro del Régimen de la Salud

El Libro del Régimen de la Salud del Dr. Luis Lobera de Ávila (1551) dedica la segunda parte, unos dos tercios de la obra, al “regimiento de las mujeres preñadas” y a “las enfermedades de los niños”; desarrollándose éstas últimas a partir del capítulo XVI. Esta revisión se ha realizado a partir de la edición de la Biblioteca Clásica de la Medicina Española (Tomo V)².

El Régimen de la Salud es una de las primeras obras de medicina que se escribe en la lengua vulgar, y que defiende su utilización frente al latín. Recuerda que los clásicos escribían en su lengua materna, y por ello no ve motivo para encorsetarse en el latín, a veces tan mal dominado por muchos de los que escriben en esa lengua con afán de parecer ilustrados.

A lo largo de la obra se insiste en distinguir dos actitudes, una similar a la que hoy se denomina higiene (*regimiento conservativo*) y otra la terapéutica propiamente dicha (*regimiento curativo*). En el primer caso se recomienda por ejemplo que un niño sea criado por ama que haya tenido niño; pero en el regimiento curativo de un niño enfermo, la crian-

za deberá cambiarse a un ama que haya tenido niña por ser su leche más adecuada a la terapéutica.

Lobera de Ávila reconoce que se rige por los “antiguos” (galénicos), como tiene en uso, aunque advierte que añade remedios nuevos que “yo he hecho y visto a doctísimos hombres de estos reinos y fuera de ellos”. Esta es una de las características de los médicos del Renacimiento, considerar altamente las versiones originales de los clásicos, pero contrastarlas con el conocimiento empírico y no seguirlas ciegamente.

En los últimos veinticinco capítulos atiende diversas enfermedades de la lactancia y la primera infancia, pero aquí trataremos exclusivamente de las relacionadas con la psiquiatría.

El capítulo XV está dedicado a las condiciones de crianza de los niños, y recoge multitud de recomendaciones de *régimen conservativo* que permiten conocer muchas de las costumbres habituales en el cuidado de los lactantes del siglo XVI. Advierte que la madre no ha de dar de su leche al recién nacido los tres o cuatro primeros días, “hasta que se le quiten los calostros”, buscando otra madre que le de a mamar esos días. En cuanto a las veces que se debe dar de mamar, considera Lobera que es mejor que la criatura mame muchas veces y cada vez poco porque así digerirá mejor la leche; ésto lo recomienda contra el criterio de Avicena de que bastan dos o tres veces al día.

Se recomienda que la propia madre sea la que alimente al hijo, “porque es el mismo mantenimiento que el niño tenía antes que naciese, y, por tanto, le es más saludable y semejante que otra leche”; pero como algunas mujeres no pueden o no quieren, Lobera desarrolla críticamente las nueve recomendaciones clásicas de Avicena y Azorabio. El concepto teórico de la época atribuye al temperamento del ama, transmitido por la leche, una importancia fundamental en la génesis del temperamento del niño; como insistirá de forma extensa Huarte de San Juan a fines del mismo siglo. Lobera también insiste en ello, pero remarca el criterio empírico de que la actitud del ama es importante, apuntando algunas de las actitudes de crianza más adecuadas para los niños que también son recomendables y adecuadas hoy en día.

La tercera condición atañe a las características psicológicas de las amas de cría: “..que sea de buenas condiciones y costumbres, sana y no se enoje de cada cosa, ni sea triste ni medrosa ni muy comedora y viciosa, porque estas cosas todas corrompen la leche y dañan el cuerpo, y aun el niño toma la misma condición o inclinación de la ama que le cría,.....y por lo mismo dice Avicena, que algunos man-

114 daron que las mujeres locas no diesen leche a sus hijos, y especialmente si la criatura fuese hembra, se ha de advertir que la dé a criar a ama que no sea lujuriosa, dada a vino o desvergonzada. Así que conviene que la ama sea dotada de buenas costumbres y de buen natural, porque allende que hemos dicho, si no es tal, no tendrá el cuidado que se ha de tener de dar la leche al niño, ni regalarle y tenerle contento”.

La quinta condición puede interpretarse como una consideración evolutivo-biológica del amamantamiento: “que el ama sea recién parida, a lo menos de un mes hasta dos meses, y no más temprano ni muchos días después, porque aquella ama tendrá la leche más proporcionada al niño recién nacido”.

Hay dos condiciones de Avicena que discute Lobera, por considerarlas menos necesarias. La primera es que “se tenga aviso que no entienda en actos venéreos...ni tenga conversación de coito”. La segunda es “que mientras criare no le venga su regla”; aquí otra vez se impone la duda empírica frente al prejuicio doctrinal, señalando que algunos creen que con la menstruación la leche “queda más apurada y perfecta”, mientras que para otros “no es tan buena ni tanta como antes”.

La última condición implica un carácter higiénico-vincular notable, “que el ama sea limpia y tenga cuidado de lavar y refrescar y poner pañales limpios y secos, porque *cuasi tanto cría a los niños la limpieza como la leche*”.

El capítulo XVII está dedicado a “la epilepsia, que es gota cloral o alferecía”. Señala que Rasis, en el libro de las enfermedades de los niños, ya refiere que “viene del mal humor que sacaron del vientre de la madre o del mal regimiento de los niños o del ama que los cría”. El remedio consiste en tomar solo leche, para lo que se apoya en los aforismos de Hipócrates y Galeno.

Se refiere primero a la epilepsia del recién nacido, mientras que en párrafos posteriores describe las convulsiones que “vienen después de ha días que han nacido”.

Como remedio de la segunda forma de gota cloral, que son las crisis epilépticas de los lactantes (niños de hasta dos años) y de más edad, Lobera refiere diversas medidas de higiene y de farmacopea: La higiene requiere examinar la leche, que no sea de “mal olor o mala color...,gruesa o acuosa”, y que el niño no mame muchas veces o mucha leche junta, incluso cambiar de ama de cría. Las medidas de farmacopea incluyen purgarse con “píldoras o medicinas apropiadas a la cabeza, píldoras asojoret o de gera, conserva de cantueso, de acoro y metridato y triaca, es maravilloso el diacimano;” gotas de castóreo para que huela,...caja de liebre... alfeñique en miel, raíces de peonía blanca cogidas en luna men-

guante, o liga de roble también cogida en luna menguante, o polvos de coral.

El Capítulo XX y el XX (repetido) se refieren a problemas relacionados con la cantidad y la calidad del sueño de los niños. El XX “De los insomnios, que es cuando los niños no pueden dormir”, considera que es una enfermedad muy nociva “porque el sueño casi les aprovecha y sustenta más que otra cosa”. Las causas pueden ser el calor demasiado del cerebro o de ser la leche que maman impura. El remedio suele ser “aceite de dormidera” en diversas administraciones, aunque lo fundamental es tener “muy gran vigilancia en que la dicha ama tenga buen regimiento”; la que también puede recibir jarabe y tabletas de dormideras.

“El espanto o temor que los niños suelen tener dormidos” se trata en el capítulo XX (repetido): “Durmiendo suelen estremecerse los niños y espantarse, cuando están dormidos, y despiertan, temerosos, llorando, y esta enfermedad suele acontecer cuando los niños tienen lombrices,...., y las más veces acontece por comer demasiado o mamar demasiado”. Esta descripción parece referirse a los terrores nocturnos más que a las pesadillas. La causa está en la excesiva densidad de los espíritus del cerebro; el remedio puede ser no dejarles dormir nada más comer, sino después de una hora, o darles dos cucharadas de miel. Cuando también hay calenturas se aplica el remedio de Alberto Magno: verdolagas, ya sea en jarabe o sobre la cama.

El Capítulo XXXIII trata “del asma y dificultoso anhélito”. Aunque la atribuye al humor flemático, señala que algunos niños se salvan de ella por tener la virtud fuerte, lo que sugiere una consideración arcaica del aspecto psicosomático de esta enfermedad.

En el Capítulo XXXIX se trata “De las lombrices que a los niños se crían”. Entre muchas consecuencias refiere que las lombrices comunican vapores horribles y que causan síntomas como “rallan en los dientes cuando duermen y estremécense,...., y suelen estar airados, y hablan con saña,...y tiemblan del corazón y desmayos”.

Consideraciones sobre el autor y el texto

Aunque menos famoso actualmente que otros médicos coetáneos y que Luis Vives, el libro permite conocer las prácticas médicas y las recomendaciones higiénicas habituales entre las clases acomodadas del Renacimiento. Los aspectos más destacables del libro de Lobera desbordan las referencias seminales a la pediatría, incluyendo algunas cuestiones de psicología médica como: 1) Su consideración

“conservativa” (higiénica y preventiva) de la crianza y la actitud del ama de cría. 2) El énfasis sobre la importancia del espíritu y la actitud de la persona que cuida y cría a los niños, que sobrepasa la doctrina clásica de atribuir a los humores toda la influencia sobre el desarrollo del niño. 3) La distinción de algunas enfermedades de los niños relacionadas con las expresiones emocionales y las características del temperamento.

Bibliografía

115

1. Granjel Luis S. Luis Lobera de Ávila. En Estudios de historia de la Medicina Española. Salamanca. 1959.
2. Avila de Lobera. El Libro del Régimen de la Salud. Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1923.

Prudencio Rodríguez Ramos

VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD JUVENIL

Las noticias sobre violencia y agresividad juvenil parecen estar convirtiéndose en algo común, no sólo en los EE.UU. de Norteamérica donde el homicidio es la tercera causa de muerte entre los varones de edades entre 15 y 24 años y la cuarta en menores de 15, sino también en otros países industrializados, aunque la tasa de asesinatos de niños menores de 15 años es cinco veces superior en los U.S.A. que en el conjunto de otras naciones industrializadas.

La constatación de esta realidad ha conllevado un aumento del número de artículos en las revistas biomédicas y obliga al psiquiatra, especialmente al que se dedica a la infancia y la adolescencia, a actualizarse. A continuación resumimos algunos artículos aparecidos en los últimos años sobre tratamiento farmacológico de la agresividad.

La lista de posibles tratamientos farmacológicos, de eficacia variable y no siempre bien contrastada, es tan amplia o más que la propia lista de entidades nosológicas en las que la agresividad es uno de sus síntomas: psicosis, abuso de sustancias, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, trastornos neurológicos que afectan a los lóbulos frontal y temporal, trastornos de la personalidad. Es así evidente que no existe un fármaco antiagresividad específico sino un variado elenco de sustancias, antipsicóticos, anticonvulsivantes, eutimizantes, ansiolíticos, beta-bloqueantes, que, bajo determinadas circunstancias aún no claramente definidas, resultan eficaces en el control de este síntoma.

El primer artículo es ya un clásico aunque sólo tenga tres años.

Eficacia clínica del metilfenidato en el trastorno de conducta con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Klein et al. Arch Gen Psychiatry 54: 1073-1080, 1997.

Las diferencias de opinión respecto a la coexistencia del trastorno de conducta (TC) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, (TDAH) resultaban especialmente notorias entre los psiquiatras norteamericanos y británicos en la época del DSM-III. Los autores del artículo se propusieron realizar una "disección farmacológica" de ambos trastornos, si ambos trastornos fueran dos entidades diferentes solo el TDAH respondería positivamente al metilfenidato. Este objetivo se frustró rápidamente al no encontrar pacientes con un TC claro sin síntomas de TDAH, por lo que se reformuló el trabajo. Trataría de evaluar la eficacia del metilfenidato en los síntomas del TC, y a continuación dilucidar si dicha respuesta está en relación con la gravedad del TDAH.

El estudio incluyó 94 niños -edades de 6 a 15 años- con TC (dos tercios de los cuales también cumplían criterios DSM-IV de TDAH) y un coeficiente intelectual superior a 70, en un diseño aleatorio de cinco semanas de duración de metilfenidato (dosis máxima 60 mg/día) frente a placebo. Los síntomas se evaluaron tanto en casa, padres, como en la escuela, maestros y observación directa, mediante diversas escalas específicas de ambos trastornos -Iowa Agresion Scale, Conners Teacher Rating Scale, Quay Revised Behavior Problem Checklist, etc-, y otras genéricas - como la Mood Scale, para valorar la posible repercusión del tratamiento en el estado de ánimo; y otras destinadas a medir el rendimiento académico-.

El resultado del estudio fue claro: "Aparecen dos hallazgos clínicos. Uno, los síntomas del TC reaponden marcadamente a corto plazo al tratamiento con metilfenidato a las dosis utilizadas. Dos, los efectos farmacológicos sobre múltiples aspectos del TC no dependen de la gravedad de los síntomas del TDAH".

Al final del tratamiento la dosis media de metilfenidato fue de 41.3 mg/día -1.0 mg/kg-, en dos dosis diarias prácticamente idénticas (diferencia máxima de 5 mg).

Los aspectos específicos del TC que mejoraron en opinión de los maestros fueron: el lenguaje obsceno, la heteroagresividad, la destrucción de objetos y la "crueldad deliberada"; y en opinión de los padres, también la crueldad hacia otros, las malas compañías y los robos fuera de casa.

Según los autores no existe un modelo conductual que pueda explicar la eficacia del metilfenidato sobre los síntomas del TC, aunque lo que parece plausible es que la impulsividad constituya la anomalía clave en ambos trastornos -TC y TDAH-, y que ésta se vea reducida por el tratamiento estimulante mantenido.

En la misma línea catecolaminérgica, pero esta vez utilizando betabloqueantes y en individuos con retraso en el desarrollo, se publica el siguiente estudio.

Un estudio piloto de nadolol en individuos agresivos con retraso del desarrollo. Connor et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36: 826-834, 1997.

En este caso se utiliza un betabloqueante no selectivo y con baja liposolubilidad, lo que le impide atravesar fácilmente la barrera hematoencefálica, el Nadolol.

El objetivo del estudio, según explican sus autores, era valorar la seguridad y eficacia del nadolol en el tratamiento de la agresión llamada "evidente"* con o sin inatención/sobreactividad, en un grupo heterogéneo de niños, adolescentes y jóvenes con retrasos en el desarrollo con síntomas crónicos y deteriorantes, refractarios a los tratamientos estándares psicoeducacionales multidisciplinares.

Tras excluir a los individuos en los que el tratamiento con betabloqueantes estaría contraindicado, el estudio incluyó 12 varones de 13.6 años de edad media que fueron evaluados semanalmente durante 5 meses mientras recibían tratamiento con nadolol (dosis media de 109 mg/día, rango de 30 a 220 mg/día), en un diseño abierto. A todos los pacientes se les mantuvo el tratamiento farmacológico que llevaran al inicio del estudio, durante el cual no se permitió más cambios que los relativos al nadolol.

Los pacientes padecían trastornos psiquiátricos y neurológicos diversos. Psiquiátricos (criterios DSM-III): TDAH, TC, Trastorno explosivo intermitente, retraso mental, trastorno orgánico de la personalidad, Trastorno de estrés postraumático. Neurológicos: EEG anormal sin convulsiones, Epilepsia, Parálisis cerebral, Delección congénita del cromosoma 18, efectos alcohol fetal, Trastorno del aprendizaje, Neurofibromatosis o Daño cerebral traumático.

El C.I. medio fue de 59.7 (rango de 19 a 93). Durante el estudio se utilizó la Overt Agresion Scale (OAS) para cuantificar la agresividad, la Iowa Conners Teacher Rating Scale para valorar la inatención e hiperactividad, la escala CGI (Impresión Clínica Global) y un listado de 11 posibles efectos secundarios puntuados de 0 a 3. Asimismo se tuvo en cuenta la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

Según los autores tras unas 12 semanas de tratamiento se comprobó un descenso significativo en la agresividad global, y específicamente en la heteroagresividad verbal y hacia otros, pero no en la dirigida hacia objetos o en la autoagresividad; no se modificó la puntuación del Iowa CTRS, y tanto en opinión de los padres como de sus equipos terapéuticos apareció una mejoría clínica. Desde el punto de vista cardiovascular hubo un descenso significativo de la presión sanguínea tanto diastólica como sistólica, y del pulso que apareció antes que la mejoría.

Y en enero de este año se publicaba un estudio, también abierto, en el que se utilizaba un abordaje "clásico" de la agresividad. Esta vez con un antipsicótico "atípico".

Tratamiento con risperidona de 26 niños y adolescentes con conducta agresiva y varios diagnósticos en régimen hospitalario. Buitelaar JK. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 10: 19-26, 2000.

El estudio incluye 26 individuos con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, 24 varones, ingresados en una sala de psiquiatría por conducta agresiva que persistía tras cuatro semanas de hospitalización utilizando un abordaje conductual. 24 pacientes fueron diagnosticados de TC y 2 de Trastorno oposicionista desafiante, y además comórbidamente presentaban TDAH, Trastorno generalizado del desarrollo, Trastorno explosivo intermitente, Trastorno de ansiedad generalizada o Distimia. El C.I. medio era de 77.5 (ds 8.6) con lo que 17 sujetos se situaban en la franja del retraso mental leve y 5 en el moderado. El 50% de los pacientes habían sido tratados previamente con otros fármacos sin respuesta satisfactoria (neurolépticos clásicos, estimulantes, clonidina). La dosis inicial de risperidona (0.5 mg/día) se incrementó progresivamente a razón de 0.5-1 mg cada tres días con un máximo previsto de 6 mg/día. La respuesta al tratamiento se valoró por medio de dos escalas: la MOAS (Modified Observed Aggression Scale) puntuada por enfermería de sala la primera y última semana de tratamiento y la CGT (Clinical Global Impression) valorada por los clínicos periódicamente.

La dosis media de risperidona fue de 2.1 +/- 1.0 mg/día (rango de 0.5 a 4.0 mg/día). Tras 8 semanas de tratamiento se encontró una reducción significativa de la agresión verbal y física (tanto hacia otros como hacia objetos), sin que aparecieran efectos extrapiramidales. Estos cambios se mantuvieron durante el seguimiento posterior (6-12 meses), aunque la aparición de efectos secundarios (cansancio, sedación y aumento de peso) precisó de ajustes de dosis.

T. J. Cantó

* La agresión "evidente" hace referencia a discusiones, peleas, arrebatos; en contraposición con la "encubierta" que incluye robos, vandalismo, incendios, etc.

120

**I SIMPOSIO INTERNACIONAL FRONTERAS EN
MEDICINA PSICOSOMÁTICA. ANOREXIA
NERVIOSA.**

Madrid 14, 15 y 16 de junio del 2000

Sede: Palacio de Congresos. Pº de la Castellana 99. Madrid.

Secretaría: Grupo GEYSECO. C/Mauricio Legendre 6,
1ºA. 28046-Madrid. Tel.: 34-91-323.37.01. Fax: 34-91-
323.49.36. Correo electrónico: geymad@adv.es.
<http://www.geyseco.com>.

**CONFERENCIA TEMÁTICA DE PSIQUIATRÍA
LEGAL Y FORENSE.**

Madrid, del 23 al 27 de junio del 2000

Secretaría: TILES A O.P.C. C/Londres 17. Madrid-España.
Tel.: 91-361.26.00. Fax: 91-355.92.08.

**ESTADÍSTICA AVANZADA EN EPIDEMIOLOGÍA. PSI-
QUIATRICA.**

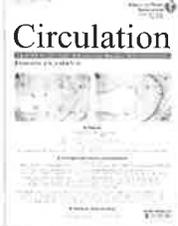
Granada, del 8 de enero al 23 de febrero del 2001

Secretaría: Red Maristán. Dpto. Psiquiatría. Facultad de
Medicina. Universidad de Granada. Av. Madrid 11. 18071-
Granada. Tel.: +34-958-27.26.51. Fax: +34-958-27.52.14.
Prof F. Torres Gonzalez. Ftorres@goliat.ugr.es.

**15TH. INTERNATIONAL CONGRESS OF THE
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR CHILD AND
ADOLESCENT PSYCHIATRY AND ALLIED
PROFESSIONS.**

New Deli (India) oct. 29-nov. 1, 2002

Secretariat: Dr. Savita Malhotra MD, PhD. Chairperson,
Organizing Committee. Dep. of Psychiatry Postgraduate
Institute of Medical Education and Research. Chandigarh -
160 012, India. Tel.: +91 172 541467-9, 541032-9, ext. 247,
521. Fax: +91 172540401. E.mail: medinst@pgi.chd.nic.in.

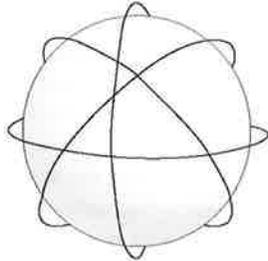


Comunicación

de

amplio

espectro



SIGLO

E D I T O R I A L



SIGLO

c/ Comunidad Castilla-La Mancha, 3-3º • 28230 - Las Rozas • MADRID
Telf.: 91 636 05 53 • Fax: 91 640 63 29
e-mail: siglo@pulso.com

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

Sr. S. Arxé i Cloa

Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª

08012 Barcelona

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

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

Es necesario enviar un diskette 3 fi en cualquier procesador de textos para facilitar el trabajo de publicación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La "Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil" se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición); Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; Normas de Vancouver, 1997.

Noches secas
para



Buenos días

Minurin[®] Aerosol

Desmopresina

FERRING

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Ferring, S.A.
C/. Saturno, 1 Edificio Saturno
28224 POZUELO DE ALARCÓN (MADRID)
Telf. 91 799 47 80 Fax. 91 799 47 90