

Año 1996

Nº 2

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.

*Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*

# Rubifen®

## METILFENIDATO



FRENTE A DETERMINADAS CONDUCTAS ... RUBIFEN  
ACTUA MEJORANDO LA ATENCION Y EL COMPORTAMIENTO

**PROPIEDADES:** El RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina cefalotrópica estimulante de predominio cortical. En el hombre, el RUBIFEN produce una acción estimulante, sobre las funciones psíquicas, con aumento del rendimiento del trabajo intelectual, de la atención y del interés hacia las tareas, estos efectos hacen útil a dicha droga en los pacientes aquejados de leves tipos de depresión mental. **INDICACIONES:** Tratamiento de los niños hiperkinéticos (Disfunción Cerebral Mínima). Trastornos de comportamiento en los ancianos debido a causa orgánica, como por ejemplo en la arteriosclerosis cerebral. Estados depresivos leves. Narcolepsia. **CONTRAINDICACIONES:** Ansiedad marcada, tensión, agitación, glaucoma, neurosis obsesivas o compulsivas, alucinaciones. **INCOMPATIBILIDADES:** Potencia la acción de: Agentes anticolinérgicos, anticoagulantes, anticonvulsivantes, IMAO, fenilbutazona, drogas presoras, antidepresivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagoniza la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El RUBIFEN es generalmente bien tolerado. En casos especiales puede causar sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo y palpitaciones, reacciones cutáneas, alteraciones en la presión arterial. **ADVERTENCIAS:** Esta especialidad no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad ni tampoco en los estados depresivos graves. Durante el embarazo, sobre todo en los tres primeros meses de gestación, el RUBIFEN se administrará tan sólo en casos de imperiosa necesidad. Se administrará con gran precaución en pacientes con hipertensión arterial, epilepsia o con antecedentes de abuso de psicoestimulantes o alcoholismo. El uso continuado puede conducir a tolerancia o dependencia de tipo anfetamínico. **FORMULA por comprimido:** Clorhidrato de metilfenidato

SINDROME  
HIPERCINÉTICO (ADD)

ESTADOS DEPRESIVOS

NARCOLEPSIA

ALTERACIONES DEL  
COMPORTAMIENTO

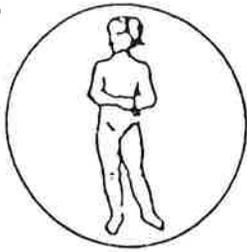
(D.C.I.) 0.010 g, excipiente, c.s. **POSOLÓGIA:** Atenerse en todos los casos a las indicaciones del facultativo. La posología es individual y se adaptará a cada indicación. **Dosis media:** Un comprimido 2-3 veces al día. Se recomienda no tomar la última dosis después de las 4 de la tarde en vistas de la posible producción de insomnio. **Niños:** En niños con Disfunción Cerebral Mínima se suele iniciar el tratamiento con dosis pequeñas de 5 mg antes del desayuno y del almuerzo, incrementándolas gradualmente, si se considera necesario, a razón de 5-10 mg más cada semana. No se recomienda sobrepasar la dosis de 60 mg/día. El tratamiento debe suspenderse periódicamente con el fin de evaluar el progreso del paciente. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de la intoxicación accidental es la resultante de sobreexcitación central y efectos parasimpaticomiméticos: puede incluir vómitos, agitación, temblores, convulsiones, euforia, alucinaciones, sudoración, taquicardia, hipertensión y midriasis. El tratamiento consiste en vaciado de estómago por emesis o lavado si el paciente está consciente. Si la intoxicación es grave puede utilizarse, antes de efectuar el lavado de estómago, un barbitúrico de acción corta, controlándose cuidadosamente la dosis. Deben preverse las medidas adecuadas para mantener las funciones circulatoria y respiratoria. Si se presenta hiperpirexia puede ser preciso recurrir a enfriamiento externo. Debe protegerse al paciente de estímulos sensoriales externos que pudiesen agravar el estado de excitación. **PRESENTACIÓN Y PVP-4:** Envase conteniendo 30 comprimidos con una ranura central, 481 ptas. Coste aproximado tratamiento/día: 32 ptas. **DISPENSACION CON RECETA MÉDICA. FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL (aportación normal).** CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.



LABORATORIOS RUBIÓ, S.A.

Berlinés, 39 - 08022 Barcelona - Tels. 418 93 90 - 212 74 86 Fax 418 54 79

Número 2/1996



# 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  
08012 Barcelona

### Publicación trimestral

### Administración, suscripciones y publicidad:

*Editorial Garsi, S.A.*

Ronda General Mitre, 149  
08022 Barcelona  
Tel. (93) 253 05 17  
Fax. (93) 253 05 15

Juan Bravo, 46  
28006 Madrid  
Tel. (91) 402 12 12  
Fax. (91) 402 09 54

### Copyright 1996

© Asociación Española de Psiquiatría Infanto  
Juvenil  
y Editorial Garsi, S.A.

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



**ATENCION AL CLIENTE**  
**902 - 21 00 74**

*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*  
*M.D. Domínguez Santos*  
*X. Gastaminza Pérez*  
*P. León Ramos*  
*J.L. Pedreira Massa*  
*P. Rodríguez Ramos*  
*C. Rubin Álvarez*  
*L. Sordo Sordo*  
*M. Velilla Picazo*

### Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*  
Vice-presidente: *P. Rodríguez Ramos*  
Secretario: *R. Vacas Moreira*  
Tesorero: *L. Sordo Sordo*  
Vocal: *J.R. Gutiérrez Casares*

Asesor de Junta: *J. L. Alcázar Fernández*

### Presidentes de Honor de la Asociación

*J. Córdoba Rodríguez†*  
*J. de Moragas Gallisat†*  
*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*

**Revista indexada en  
Bibliomed**



# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española  
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

---

## S U M A R I O

---

<b>Comentario breve</b>	<i>J. Tomás i Vilaltella</i>	79
<b>Artículos originales</b>	El síndrome de fatiga crónica en la infancia. Un estudio retrospectivo <i>C. Lombardía Fernández, J. Merino Agudado, M.E. Garralda</i>	81
	Trastornos en la conciliación del sueño en niños de 0-6 años. Estudio comparativo entre insomnio y tiranización nocturna <i>M.M. Saís, M. Ampudia, M.I. Hernández, J. Tomás</i>	89
	Autovaloración del insomnio en la adolescencia temprana <i>J. Canals, E. Domènech, J. Fernández Ballart, C. Martí-Henneberg</i>	94
	Aspectos epidemiológicos de las cefaleas como motivo de consulta <i>F. Espín Jaime</i>	102
	Hallazgos en la exploración urodinámica de niños afectos de enuresis <i>F. Rey Sánchez, F.J. Samino Aguado, M.J. Lorenzo Bragado, A. Pendas Campos, J.R. Gutiérrez Casares</i>	106
	Estudio psicológico evolutivo de niños con hipotiroidismo congénito <i>L. Rocabayera, M. Bargadà, M.L. Teixidó, A. Bielsa, X. Gastaminza, J. Tomás</i>	113
	Problemas de conducta en una muestra de niños asmáticos <i>J.F. Lozano Oyola, P.J. Mesa Cid, A. Blanco Picabia</i>	122
	Los niños gravemente quemados y su rehabilitación psicosocial <i>J.L. Jiménez, M.T. Hermana, J. Latorre, M.T. Serrada, E. Aldama, J.M. Béjar Abajas, C. Jul Vázquez, F.J. Gabilondo, J.L. Figuerido-Poulain</i>	131
<b>Artículos de revisión</b>	La anorexia mental en el muchacho adolescente <i>G. Callicó Cantalejo</i>	136
	Principios introductorios a la metodología de investigación en Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia <i>J.L. Pedreira Massa</i>	142
<b>Caso clínico</b>		149
<b>Reseñas terapéuticas</b>		152
<b>Comentario de publicaciones</b>		154
<b>Agenda</b>		157

---

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

## Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

---

S U M M A R Y

---

<b>Brief commentary</b>	<i>J. Tomás i Vilaltella</i>	<b>79</b>
<b>Original articles</b>	The chronic fatigue syndrome in childhood. A retrospective study <i>C. Lombardía Fernández, J. Merino Agudado, M.E. Garralda</i>	<b>81</b>
	Sleep disorders in 0-6 years old children. A comparative study between insomnia and tyrannization <i>M.M. Sais, M. Ampudia, M.I. Hernández, J. Tomás</i>	<b>89</b>
	Self-evaluate determination of insomnia in early adolescence <i>J. Canals, E. Domènech, J. Fernández Ballart, C. Martí-Henneberg</i>	<b>94</b>
	Headache as the origin of the consultation. Epidemiological aspects <i>F. Espín Jaime</i>	<b>102</b>
	The outcomes of a urodynamic study in children with enuresis <i>F. Rey Sánchez, F.J. Samino Aguado, M.J. Lorenzo Bragado, A. Pendas Campos, J.R. Gutiérrez Casares</i>	<b>106</b>
	Developmental psychologic study of children with congenital hypothyroidism <i>L. Rocabayera, M. Bargadà, M.L. Teixidó, A. Bielsa, X. Gastaminza, J. Tomás</i>	<b>113</b>
	Behavioral problems in a sample of asthmatic children <i>J.F. Lozano Oyola, P.J. Mesa Cid, A. Blanco Picabia</i>	<b>122</b>
	Burns in children and their psychosocial rehabilitation <i>J.L. Jiménez, M.T. Hermana, J. Latorre, M.T. Serrada, E. Aldama, J.M. Béjar Abajas, C. Jul Vázquez, F.J. Gabilondo, J.L. Figuerido-Poulain</i>	<b>131</b>
<b>Review articles</b>	Anorexia nervosa in adolescent boy <i>G. Callicó Cantalejo</i>	<b>136</b>
	Research and methodological aspects in child and adolescent psychiatry and mental health <i>J.L. Pedreira Massa</i>	<b>142</b>
<b>Clinical case</b>		<b>149</b>
<b>Therapeutical summary</b>		<b>152</b>
<b>Publications commentary</b>		<b>154</b>
<b>Calender</b>		<b>157</b>

---

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

*Sr. Salvador Arxé i Closa*  
*Av./ Príncipe de Asturias, 63-65*  
*08021 BARCELONA*

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

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

Es necesario enviar un diskette 3<sup>1/2</sup> 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: 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 la lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional.
- d) Número del volumen, página y año.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc., que se efectúen en las sesiones de la Asociación, podrían 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 esta 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 societarios (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 de Uniformidad para Manuscritos publicados a Revistas Biomédicas (4ª edición). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.*



**J. Tomás i Vilaltella**

Jefe Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron  
Barcelona

En los objetivos del año 2000 de la OMS, en cuanto a los niveles de salud a conseguir para la población general está el mejorar la calidad de vida del paciente, conseguir que el estilo de vida de un paciente cualquiera se sitúe en el contexto general de calidad de la población media de una sociedad o grupo cultural.

Este enfoque es en sí mismo revolucionario puesto que la generalidad de los médicos siempre ha dirigido su esfuerzo a la búsqueda de la resolución sintomática, con el máximo alivio sobre las secuelas, aceptando con resignación el daño lesional secundario sea físico o mental y con él todos los inconvenientes adaptativos que se le asocian.

La OMS ha definido la salud en el contexto de este nuevo objetivo no como la ausencia de una enfermedad o incapacidad sino como el «bienestar físico, mental y social». La salud será pues un estado dinámico entre un individuo y la sociedad que permita al máximo su desarrollo y su adaptación en el medio, por tanto la valoración del medio donde vive la persona, el cómo vive y el cómo se relaciona y comporta son valoraciones necesarias para el planteamiento valorativo del nivel de calidad de vida de determinado individuo.

Desgraciadamente la restitución sintomática de un paciente, la resolución de la fase aguda, de su problemática no significa en muchos casos el retorno auto-

mático a su estilo de vida anterior, muy a menudo permanece en limitación secundaria en parte por su propia enfermedad en otra debido a que los dispositivos asistenciales y rehabilitadores no están a la altura de las necesidades del paciente cuya sintomatología está «resuelta». El objetivo es en este sentido restaurar la salud, insistimos no entendida como un funcionamiento singular sino como un proceso dinámico que conduce a un bienestar total a ser posible.

La calidad de vida obliga a dimensionar en cada paciente, tanto por una parte los elementos dinámicos subjetivos de la valoración que de su estado se hace, como de la adaptabilidad y adaptación, sus capacidades cognitivas y su estado general considerado bajo valoraciones sociométricas y antropológicas.

En cierto sentido indica a los que mantienen una posición sólo biológica de medicina interna a interesarse y a abrir nuevos horizontes sobre valoraciones más sutiles, menos rígidas que las cifras de laboratorio y entrar en el territorio de la valoración cualitativa de los fenómenos y no sólo cuantitativa. Bien hay que decir que en la actualidad existen, aunque no tan utilizadas como sería de desear, escalas de objetivización del bienestar al mismo tiempo que posibilidad de cuantificación fiable de la capacidad adaptativa de un sujeto y de su nivel de adaptación.

**80** Todo ello permite resolver en primer lugar la objetivización suficientemente contrastada como para que los datos obtenidos sean semejantes a los dados por cualquier prueba de laboratorio. A su vez el avance en el conocimiento de los datos respecto a cómo se siente el paciente y a su estilo de vida permite ir desarrollando las hipótesis de interrelación entre lo biofísico y lo psicosocial. Se rompe definitivamente la noción de que la calidad de vida es algo sólo subjetivo que no puede cuantificarse ni compararse.

El uso de cuestionarios que permitan objetivar las condiciones psicosociales del paciente son cada vez más necesarios en la práctica médica. Es indispensable que la historia clínica y la exploración del paciente se complementen con este tipo de valoración, imprescindible para el control y desarrollo evolutivo de un paciente e insustituible en la consecución del fin de una correcta estrategia terapéutica.

El Prof. A. Fernández Cruz, alumno del Prof. Gregorio Marañón, catedrático de Patología General en Barcelona durante un tiempo, hablaba allá por la década de los cincuenta de la «caída de la valetudo» que aparecía en el paciente, durante el transcurso de su enfermedad, insistía en que la curación sólo existía y era realidad completa cuando la autoestima, «la valetudo», su capacidad de enfrentarse a sí mismo, a sus deseos, necesidades, obligaciones y al mundo, se habían recuperado. Por aquel entonces estas valoraciones iban de la mano de la «intuición» y del «sentido clínico».

La calidad de vida nos lleva más allá de la medicina a una mayor interdisciplinariedad, con mayor participación cada vez de otras ciencias humanas, con las que hemos de aprender a trabajar, a problemas de lenguaje y significado de términos que son distintos según cuál sea la materia donde se ubiquen. Los cuestionarios deben validarse cada vez más tanto en su lenguaje y accesibilidad para la comprensión de cualquier paciente como en sus contenidos y fiabilidad.

**C. Lombardía Fernández**  
**J. Merino Agudado**  
**M. E. Garralda**

## El síndrome de fatiga crónica en la infancia. Un estudio retrospectivo

Centro de Atención Primaria de Psiquiatría Infanto-Juvenil (C.A.P.I.P.)  
Xarxa de Salut Mental de Girona  
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del hospital de St. Mary's,  
London

## *The chronic fatigue syndrome in childhood. A retrospective study*

**Correspondencia:**

C. Lombardía Fernández  
C.A.P.I.P.  
Puig d'en Roca, s/n  
17080 Girona

**RESUMEN**

Se describe la enfermedad, *síndrome de fatiga crónica*, en 23 pacientes (13 varones y 10 hembras, edad media de 12 años con un rango de 9 a 17 años) vistos en una unidad terciaria de Pediatría-Psiquiatría. La edad media de comienzo era de 11 años y la duración de la enfermedad era de un año y medio. La mayor parte de los niños tenían síntomas de fatiga profunda (física y mental) con problemas de concentración, alteraciones del sueño y múltiples síntomas físicos (cefaleas, artralgias, náuseas), la letargia y el cansancio se hacían más prominentes con posterioridad. El handicap producido por la enfermedad era muy pronunciado faltando al colegio un 87% de los niños.

Tres de los niños tenían asociados trastornos depresivos y otros tres trastornos ansiosos. La mayoría (86%) se describían como ansiosos y nerviosos y la mitad infelices. Eran sensibles y exigentes consigo mismos y presentaban problemas en la relación con otros niños.

Destacaba el elevado porcentaje de familias estables, con algún miembro con síntomas parecidos a los de los niños siendo frecuentes las enfermedades físicas crónicas. Atribuían los problemas de sus hijos a

causas físicas, aunque sólo en un 10% de las familias manifestaban claro rechazo a la posibilidad de una contribución psicológica.

El Síndrome de Fatiga crónica existe y puede causar gran discapacidad en los niños y adolescentes. Factores psicológicos están presentes en la mayoría y deben considerarse en el asesoramiento y tratamiento.

**PALABRAS CLAVE**

Somatización; Fatiga crónica; Neurastenia; Infanto-Juvenil.

**ABSTRACT**

*In this paper, it is described the Chronic Fatigue Syndrome (C.F.S.) in 23 patients (13 male and 10 female), with a mean age of 12 years (range between 9 to 17 years). They were attended in a tertiary referral pediatric-psychiatric centre. The mean age at onset was 11 years and the mean length of the illness was about 1.5 years.*

*Most of the children had severe fatigue (both physical and mental) with difficulty concentrating, sleep*

82 *disturbances and numerous physical symptoms (headaches, arthralgias, nausea,...). Lethargic and tiredness were prominent subsequently on the course of the illness. Most of the patients had important disability and 87% missed the school.*

*Three children suffered from associated depressive disorders and another three of them had anxiety disorders. Most of the C.F.S. patients (86%) described themselves as anxious, nervous and half of them as unhappy. They were also very sensitive as well as demanding with themselves and sometimes had relationship problems with other children.*

*It was evident the high percentage of stable families in which some of their members had similar symptomatology and sometimes were diagnosed of suffering chronic physical illness. They related the problems of their children with physical causes, although only a 10% of these families rejected the possibility of a psychological contribution to the symptomatology.*

*The Chronic Fatigue Syndrome exists and is a cause of disability in children and teens. Psychological factors are presented in most of them and must be taking into account in the guidance interventions and treatment.*

#### KEY WORDS

*Somatization; Chronic Fatigue; Neurasthenia; Childhood-adolescence.*

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC), también llamado síndrome postviral crónico y encefalomiелitis miálgica, ha alcanzado un gran interés en los últimos años, recibiendo el nombre de "Malestar de los ochenta"<sup>(1)</sup> y, aunque es un trastorno que aparece predominantemente en adultos jóvenes, también ha sido reconocido en la infancia<sup>(2-6)</sup>.

Este síndrome, que se caracteriza principalmente por profunda fatiga mental y física, junto a una variedad de síntomas, especialmente neuromusculares, cardiovasculares y digestivos, es muy similar a la "Neurastenia", clasificada en la I.C.D.-9, y definida por fatiga, irritabilidad, cefaleas, depresión, dificultad de concentración y

anhedonia que acompaña o es posterior a una infección vírica, ejercicio físico exhaustivo o estrés emocional continuado. El curso de la enfermedad varía desde una total recuperación, en pocas semanas o meses, hasta llegar a una incapacidad durante años.

El SFC está usualmente reconocido como asociado a una infección vírica, pero el papel que ésta juega en la patogénesis del mismo no está aclarado. Algunos trabajos han puesto en evidencia que infecciones víricas precedían y quizás también mantenían este síndrome<sup>(7)</sup>; otros autores han señalado la relación de infecciones con virus Cosackie B y B-An Arbor y la disforia o estrés mental, sin poder extraer conclusiones definitivas<sup>(9-11)</sup> y otros han fallado en el intento<sup>(11)</sup>.

La mayor parte de los trabajos realizados sobre SFC se han desarrollado en adultos afectados severamente, referidos a servicios terciarios; sin embargo, es reconocido que la fatiga crónica es una queja médica frecuente, hasta el punto que el 24% de los pacientes atendidos en servicios de atención primaria se quejan de fatiga como problema más importante<sup>(12)</sup>, presentando ésta durante un tiempo mayor de un año en las tres cuartas partes de enfermos. Entre los síntomas psicológicos acompañantes más frecuentes destacan, particularmente, depresión y ansiedad somática<sup>(8,11,12)</sup>, existiendo la duda de si la depresión es primaria o bien una reacción secundaria a la enfermedad.

Estos cuadros vistos en los adultos, ya habían sido observados en la infancia, como se demuestra por la descripción de la "Neurasteneia Cerebralis" en Tratados de Psiquiatría del siglo XIX, como un trastorno mental de la infancia. Se ha visto que la fatiga, como síntoma, aparece más raramente en los niños, y que el cansancio es menos común. En el trabajo realizado por Garralda y Bayle<sup>(13)</sup> en niños de 7 a 12 años, en clínicas pediátricas, sólo se observó letargia como queja principal en un porcentaje muy pequeño, aunque quejas de disminución en el nivel de energía se describen en algunos estudios en una cuarta parte de niños y adolescentes en la población general<sup>(14)</sup>.

En la pasada década han sido publicados varios trabajos sobre la fatiga crónica en la infancia. Así, Dillon<sup>(2)</sup> describió varios niños que presentaban "Neuromiastenia epidémica", y que presentaban cefaleas, dolor de espalda, artralgias, letargia y fatiga rápida con el ejercicio. No había resultados convincentes en las pruebas bacteriológicas y virológicas que demostraron la contribución de una infección.

May<sup>(15)</sup> estudió la "Encefalomiелitis Miálgica Benigna", descubriendo síntomas similares, con una duración menor de ocho semanas, y aunque los tests virológicos eran negativos, parecía que la mayoría de los niños afectados sí habían padecido una enfermedad vírica; destacaron también las altas puntuaciones obtenidas en las escalas neuróticas en el test de personalidad de Eysenck.

Wilson<sup>(10)</sup> describió niños que habían padecido de debilidad y fatiga y donde había evidencia de infección previa por el Virus Cosackie B. Otro autores han descrito las características de la enfermedad en grupos pequeños de niños y adolescentes<sup>(3-5,6)</sup>.

Garralda<sup>(16)</sup>, publicó un artículo sobre dos casos de fatiga crónica severa en niños, discutiendo los posibles mecanismos psicopatológicos implicados y destacando la importancia de factores infecciosos víricos, síntomas depresivos, características de personalidad y relaciones familiares; comparando estos mecanismos a aquéllos descritos en los trastornos somáticos funcionales. Esta misma autora, en una revisión sobre dicho tema, realizado ese mismo año, señala que estos niños y sus familiares comparten muchas características de personalidad y estilos familiares con aquellos que sufren de síntomas conversivos y somatizaciones.

En el presente artículo realizamos un trabajo de investigación, basado en un estudio retrospectivo, en un grupo de 23 niños que presentaban fatiga crónica y que habían sido referidos al servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Sant Mary's, Londres, con el propósito de hacer una descripción de factores socio-demográficos, psicológicos, somáticos y familiares, que pueden aportar alguna luz en el conocimiento de esta enfermedad.

## MATERIAL

Para este estudio se ha utilizado una muestra constituida por 23 individuos que había sido referidos por médicos pediatras a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital St Mary's en Londres, con el fin de descartar patología psiquiátrica, y cuya principal queja era el cansancio crónico, en el período comprendido entre el 1 de mayo de 1990 y el 1 de octubre de 1994. Los médicos pediatras eran, en su mayoría, especialistas en enfermedades infecciosas infantiles; y la Unidad era una unidad especializada terciaria con lo que la mayoría

de los niños habían sido enviados por su pediatra general para investigar la posible etiología infecciosa de sus síntomas.

## MÉTODO

Todos los datos con los que se ha trabajado en este estudio fueron obtenidos de forma retrospectiva, teniendo como fuente única sus historias clínicas psiquiátricas, donde también se recogía información aportada por los pediatras y utilizando un protocolo, constituido por 70 ítems, el cual había sido elaborado en dicho departamento, con el fin de explorar las siguientes funciones:

- Características demográficas,
- Sintomatología clínica (incluyendo síntomas físicos y psicológicos).
- Discapacidad o dificultad en el funcionamiento físico y educacional debido a la enfermedad.
- Adaptación emocional y conducta (incluyendo psicopatología, personalidad).
- Curso de la enfermedad y tratamientos recibidos.

También se recogió información sobre los antecedentes físicos y psiquiátricos de los niños y sus familiares, la interpretación que los padres hacían sobre la naturaleza de la enfermedad, estrés familiares y comunicación en cuanto a aspectos psicológicos.

Para el procesamiento de los resultados se utilizó el paquete estadístico de ciencias sociales SPSS/PC+.

## RESULTADOS

### Características demográficas

El grupo estaba constituido por 23 sujetos, de los cuales 13 eran varones (56,5%) y 10 hembras (43,5%), con un rango de edades comprendidas entre 9 y 17 años ( $x=12,60$  años y  $DE 2,271$ ). La edad media de aparición de los primeros síntomas era de 11 años ( $DE$  de 2,954 y unos rangos entre 15 y 2 años y una mediana = 12,00 años).

El 91,3% de niños habían sido referidos por pediatras del mismo Hospital (St Mary's) y aunque 11 (47,8%) residían en Londres, el resto procedían de distintas ciudades de Gran Bretaña debido a que la Unidad Pediátrica era muy especializada y terciaria.

**Tabla 1** Criterios clínicos diagnósticos del S.F.C.

- a) Fatiga como principal síntoma
- b) Inicio claro
- c) Fatiga severa, invalidante que afecta al funcionamiento físico y mental.
- d) Fatiga de una duración de al menos 6 meses, con afectación de más del 50% del tiempo.
- e) No enfermedad mental. No condición física.

**Tabla 3** Sintomatología presente en la evolución posterior

Síntomas	Frecuencia (%)
Cansancio	82,6
Mialgias	82,6
Problemas con el sueño	50
Múltiples quejas	47
Cefaleas	21,7
Artralgias	4,5
Abdominalgias	4,3

Los meses que habían transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas hasta ser vistos en el Servicio de Psiquiatría eran de una media de 17,39, con una DE de 12,58 y un rango comprendido entre 2 y 42 meses.

### Sintomatología somática

#### Síntomas principales

En la tabla 1 se recogen los criterios clínicos diagnósticos del Síndrome de Fatiga Crónica. Atendiendo a ellos, la mayoría cumplían criterios completos; en 20 niños (87%) se había demostrado la existencia de una infección vírica, clínicamente, en un período de tiempo de seis meses anteriores a la aparición de los síntomas aunque no se había podido tener la confirmación serológica.

De los datos de ambas historias, pediátricas y psiquiátricas, llama la atención que aunque 19 niños (82,6%) habían presentado cansancio (definido como la necesidad de descanso, sensación de adormecimiento, problemas para iniciar actividades, pérdida de energía, menor fuerza en la musculatura y debilidad) sólo había sido motivo de consulta, según la tabla 2, en 21% de los casos. En una minoría, su duración había sido aguda (de 1 a 3 meses) pero en los dos tercios de la muestra había durado más de seis meses.

**Tabla 2** Sintomatología principal por la que acuden al pediatra

Síntomas	Frecuencia (%)
Cefaleas	60,9
Náuseas	47,8
Artralgias	30,4
Letargia	26,1
Cansancio	21,7
Mialgia	21,7
Fiebre	17,4
Poco apetito	17,4

Además el cansancio era muy pronunciado: un 68% de los niños decían estar cansados durante todo el día sin respiro. Atribuían su causa a una infección vírica en el 82% de los casos. Durante la evolución de la enfermedad, 19 niños (82,6%) se quejaban de dolores musculares tanto en reposo como después del ejercicio y un 65,2% tenían dificultades de concentración.

Un 56,5% de los pediatras opinaban que los niños se encontraban en el peor momento de la enfermedad cuando iban a ser referidos a la Unidad Psiquiátrica, no ocurriendo lo mismo con los psiquiatras que tan sólo un 18,2% opinaban lo mismo en su primera exploración.

#### Salud general

De los datos obtenidos en la historia pediátrica, el síntoma más frecuente es la cefalea, mientras que el cansancio y la letargia juntos son inferiores a la mitad de los casos, como se puede apreciar en la tabla 2. Cuando meses más tarde eran vistos en unidades psiquiátricas estos porcentajes varían destacando el cansancio y las mialgias como síntomas principales junto con los problemas del sueño y las quejas múltiples como queda reflejado en la tabla 3.

### Discapacidad

#### Actividad física

Todos los pacientes tenían limitaciones en el nivel de actividad, de grado moderado o extremo en 78%. En la mitad de los casos aproximadamente las limitaciones físicas habían durado más de seis meses. En la tabla 4, se describen los criterios para valorar esta limitación, así como el número de casos y su frecuencia, mientras que su duración en tiempo viene expresada en la tabla 5.

**Tabla 4 Escala y frecuencias sobre la limitación de la actividad física**

Grados	Tipo de actividad limitada	Nº de casos y frecuencias
1	- Ninguna actividad limitada	0 (0%)
2	- Limitación de actividades vigorosas (escalando montañas, levantando objetos pesados, corriendo, participando en deportes muy enérgicos).	5 (21,7%)
3	- Limitación de actividades moderadas (yendo a la escuela, paseos largos, inclinarse).	14 (60,9%)
4	- Limitación de actividades mínimas (lavarse, comer, ir al aseo, vestirse)	4 (17,4%)

**Tabla 5 Tiempo duración de limitación de la actividad física y de la ausencia escolar**

Tiempo	Limitación actividad Frecuencia (%)	Ausencia escolar Frecuencia
No limitación, no ausencia	0 (0%)	3 (13,0%)
Menos de 3 meses	0 (0%)	4 (17,4%)
De 3 a 6 meses	10 (43,5%)	4 (17,4%)
De 6 meses a 1 año	8 (34,8%)	7 (30,4%)
Más de 1 año	5 (21,7%)	5 (21,7%)

**Tabla 7 Modalidades terapéuticas**

Modalidad de tratamiento	Frecuencia (%)
Reposo en cama	78,3
Farmacoterapia:	
Antiinflamatorios o analgésicos	34,7
Psicotropos	19,0
Ingreso en Unidades Hospitalarias (pediátricas o psiquiátricas)	43,5
Medicinas alternativas	26,1

#### Escolarización

Destaca que el 91,31% de los niños acudían a colegios de alto nivel académico. A pesar de que la mayoría de los niños habían tenido ausencias escolares durante más de tres meses, el deterioro de la escolarización se calculaba sólo en una quinta parte (21%). Las ausencias reflejadas en la tabla 5 eran en su mayoría parciales pero eran de tiempo completo en muchos niños (30%).

#### Adaptación emocional y conducta

##### Psicopatología (referida al último mes)

Al ser preguntados de forma general sobre su estado, el 52,2% decían encontrarse sólo algo bien,

**Tabla 6 Rasgos de personalidad más frecuentes**

Rasgos de personalidad	Frecuencia (%)
Sensibles	47,8
Exigentes, "top" de sus clases	43,5
Tendencia a la preocupación	30,4
Activos	26,1
Tendencia a cargarse con responsabilidades	21,7
Perfeccionistas	21,7
Quisquillosos	17,45
Sociables, populares	17,4

afirmando estar muy ansiosos y nerviosos el 86,4% y sentirse moderadamente infelices el 47,8% de ellos. En seis niños (26,7%) se había hecho un diagnóstico psiquiátrico: dos padecían de trastorno de ansiedad, uno de fobia escolar, dos de trastorno depresivo de los cuales uno presentaba también fobia escolar y otro de los niños padecía un trastorno ciclotímico.

#### Personalidad

Los principales rasgos de personalidad que aparecen representados en la tabla 6, eran obtenidos de las respuestas que los padres daban al ser preguntados por la personalidad de su hijo/a en las historias psiquiátricas. Como se ve en la tabla, casi la mitad de los niños se describían como sensibles y exigentes consigo mismos en cuanto a su trabajo en el colegio. Además de los rasgos descritos en la tabla 6, un 90% de los padres tenían la impresión de que los niños sentían falta de confianza para expresar sus emociones y sentimientos y más de la mitad (56%) decían que los niños presentaban problemas de relación con sus compañeros. Llamaba la atención que sólo un 17% de los niños eran descritos por sus padres como sociables y populares con otros niños.

## 86 Curso, evolución y métodos de tratamiento

El 97,5% de los niños habían padecido empeoramientos en la evolución de su cuadro clínico, destacando como factores importantes en ello la vuelta al colegio (56,5%) y problemas familiares (17,4%). El número de médicos especialistas (incluyendo pediatras) no psiquiatras a los que habían acudido era de 2 en un 43,5%. A pesar de que la mayoría de los niños habían presentado síntomas psicológicos, sólo una cuarta parte (26%) de ellos habían utilizado recursos en la esfera psicopatológica (psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas). En la tabla 7 se recogen los métodos de tratamiento utilizados antes de ser vistos en la unidad psiquiátrica de St Mary's.

### Ámbito familiar

#### *Características sociodemográficas*

Desde el punto de vista sociolaboral, la mayoría de los niños procedían de familias profesionales, trabajaba sólo el padre en algo menos de la mitad de los casos (47,8%) y ambos cónyuges en el 43,5%. El 78,3% tenían menos de cuatro hijos (con tres hijos el 30,4% y con dos hijos 47,8%). Excepto un caso (4,3%), las familias eran estables, sin separación o divorcio de los padres. No se había registrado la muerte de ninguno de los miembros de la familia nuclear. Detacaba que el paciente en un 56,5% ocupaba el 2º puesto en la lista de los hermanos y el 1º en un 30,4%. Sólo en un 8,7% de las familias existía algún miembro que perteneciese a grupos o asociaciones de enfermos (tanto de ésta como de otras enfermedades).

#### *Antecedentes físicos y psiquiátricos*

En un 72% de las familias existía una preocupación muy alta por la salud, existiendo en un 65,2% de ellas, algún miembro con enfermedades crónicas. Aunque en un 39,9% de los casos había algún familiar con una sintomatología parecida, sólo en un caso (4,3%) estaba diagnosticado de encefalomiелitis miálgica.

En relación a los antecedentes psiquiátricos, en un 43,5% no había ninguno reconocido, y entre la patología psiquiátrica más frecuente se encontraban los trastornos neuróticos (30,4%).

#### *Funcionamiento familiar*

La mayor parte de las familias parecían estar muy unidas con relaciones cerradas (65,2%). Los clínicos

tenían la impresión de que estas familias tenían dificultad para comunicar sus emociones y sentimientos y unas expectativas académicas altas para sus hijos (82,6%).

En cuanto a las opiniones que los padres tenían como posibles causas de la enfermedad de sus hijos, un 82,6%, creían que eran físicas. Destacaban como factores más importantes las infecciones víricas en un 59,1% de las familias y factores emocionales en sólo un 18,2%.

Sobre una posible explicación psicológica de los síntomas un 13,0%, manifestaban claramente su rechazo, mientras que otro 43,5% adoptaban una actitud menos crítica.

### DISCUSIÓN

En nuestro trabajo la mayoría de los niños cumplían criterios de SFC<sup>(17)</sup>, siendo importante el papel que las infecciones víricas jugaron en su precipitación, como ya habían apuntado otros autores. Cuando estos pacientes llegaban a los servicios psiquiátricos ya habían pasado muchos meses de evolución, por lo cual, el cuadro clínico que presentaban era de mayor severidad. Los resultados en cuanto a sintomatología asociada (tanto física como psicológica), handicap y estabilidad familiar son muy semejantes a los de diversos autores<sup>(3,5,6)</sup>, confirmando la validez del cuadro clínico.

Aunque la infección podía explicar la aparición de los síntomas, no era suficiente para explicar el mantenimiento de la enfermedad, lo que llevó a sospechar posibles causas psicológicas, y barajar distintos diagnósticos psiquiátricos. Parte de los niños decían sentirse moderadamente infelices, pero esto no justificaba un diagnóstico de depresión, aunque los síntomas de depresión podían contribuir al mantenimiento del síndrome de fatiga. En este sentido, existen estudios psicoimmunológicos<sup>(18)</sup> que señalan que estímulos psicosociales y emocionales junto a mecanismos de regulación automática determinados genéticamente, responden y modifican el sistema inmune, lo cual lleva a pensar que un estrés importante o la existencia de síntomas depresivos puede disminuir la resistencia a una infección y mantenerla. Por otra parte, la influencia debilitante del virus tiene un efecto patológico en la adaptación psicológica del adolescente<sup>(9)</sup>.

Otro de los posibles diagnósticos era la fobia escolar. En nuestra serie muchos de los niños se ausentaban por largos períodos de tiempo de sus colegios, debido a la

enfermedad, y cuando volvían de nuevo experimentaban un empeoramiento de sus síntomas físicos. Sin embargo, y a diferencia de ese trastorno psiquiátrico, los pacientes presentaban una ansiedad más generalizada y no sólo en aquellas circunstancias relacionadas con el colegio, pudiendo contribuir en ello los problemas de concentración.

La última posibilidad barajada era un trastorno histérico conversivo; tampoco este diagnóstico convenía pues en estos pacientes la incapacidad para moverse dependía más de la fatiga y del cansancio que de la pérdida de alguna función articular o neurológica.

Parecían existir otros factores psicológicos que contribuirían a mantener el SFC, destacando como más importantes las personalidades previas de los niños, sus aptitudes para el trabajo y los estilos de interacción familiar.

Un porcentaje de los niños tenían problemas psiquiátricos asociados, y una minoría escondían problemas psiquiátricos graves: por ejemplo uno de los niños que había sido diagnosticado de SFC y en realidad cuando lo vimos padecía una enfermedad ciclótica, precisando un tratamiento psiquiátrico que incluían carbamazepina lo que le permitió normalizar su vida después de haber estado con gran handicap durante uno o dos años<sup>(19)</sup>.

Es de destacar que aunque este síndrome tiene como síntoma principal la fatiga, a la hora de acudir al pediatra, en la mayoría de los niños, la enfermedad se presentaba con otros síntomas físicos y en la evolución existía una importante sintomatología física asociada. Puede ser, por tanto, una señal de cronicidad o parte del desarrollo de los trastornos con síntomas somáticos no explicados físicamente en los niños. Es importante buscar otros síntomas y tratarlos al mismo tiempo. La mayoría de los niños tenían síntomas de ansiedad y depresión, quizás secundarios a las quejas físicas, y es posible que estos problemas psicológicos contribuyeran de forma importante a la presencia de fatiga.

El inicio de la enfermedad tenía una media de 11 años, que coincide con la edad de comienzo en la escuela secundaria en el Reino Unido, quizás la tensión asociada contribuyó al síndrome en estos niños que eran vulnerables, un poco como los descritos por Lask<sup>(2)</sup>, pero también como los que aparecen en la revisión de Garralda<sup>(16)</sup> niños con todo tipo de problemas psicossomáticos, con expectativas altas y para los cuales la educación era importante. Pero además muchos tenían

problemas en sus relaciones sociales y en la forma de manejar sus emociones y esto podía hacer que el ajuste y la adaptación a la escuela secundaria (un ambiente mucho menos protector de los niños que la primaria) fuera más difícil. El hecho de que los problemas de concentración eran comunes y que los deterioros en la enfermedad se asociaban con la vuelta al colegio sugieren que el manejo del ajuste escolar, educacional y social de estos niños puede ser crucial para su rehabilitación.

En cuanto al ámbito familiar, llama la atención el porcentaje tan elevado de familias unidas que había, la falta de trastornos sociales y el número tan alto de enfermedades familiares crónicas y de síntomas parecidos a los que presentaban los niños. Esto también se ha descrito en las familias de niños con problemas psicossomáticos<sup>(4)</sup> por lo que quizás pueda influir en el hecho de que los padres den más importancia a factores físicos que a psicológicos y a su tendencia a ver los problemas como originados por causas físicas, aunque hay que decir que la mayoría de las familias de la muestra estaban dispuestas a aceptar que factores psicológicos podían contribuir a la falta de resolución del problema.

Una forma de explicar la manera en que los factores psicológicos contribuían al mantenimiento de la fatiga en estos niños vulnerables era que el padecimiento de una enfermedad física les apartaba de sus actividades, relevándolos de sus responsabilidades y permitiendo un reposo en sus ritmos de vida y expectativas. El problema se planteaba cuando tenían que enfrentarse de nuevo a su anterior estilo de vida, una vez se habían recuperado, pudiendo explicar así la larga evolución de la fatiga. A esto hay que añadir que los padres daban más importancia a los factores físicos que a los psicológicos como causantes de la enfermedad, contribuyendo así a limitar aún más la capacidad de expresión de las preocupaciones del niño.

Por todo ello, sería aconsejable a la hora del tratamiento, realizar un estudio amplio tanto del niño, explorando principalmente sus aptitudes hacia el colegio y sus características de personalidad, como de la familia. Incluso, en ciertos momentos se debería pensar en la posibilidad de separar a estos pacientes de sus familiares, intentando ganar la confianza de los padres, ayudándoles a entender la contribución que los mecanismos psicológicos pueden ejercer sobre el mantenimiento de esta enfermedad, y obtener así su colaboración. También sería útil discutir con el niño acerca de las ideas que

88 sus familias tienen sobre su futuro, de sus expectativas, de sus preocupaciones, fomentando una actitud positiva hacia la rehabilitación.

## CONCLUSIÓN

El síndrome de la fatiga crónica existe en los niños y puede producir gran handicap para ellos. Aunque los

síntomas psicológicos son casi universales, no así los trastornos psiquiátricos asociados. Se sugiere que las peculiaridades de personalidad incluyendo el contacto social con otros niños, y familias especialmente unidas con una alta experiencia en enfermedades físicas sean factores que contribuyen al desarrollo del síndrome. Pero son necesarios estudios controlados para confirmar la identidad del síndrome y la importancia de estos factores en la etiología de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dillon MJ. Epidemic neuromyasthenia at The Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London. *Postgraduate Medical Journal* 1978;54:725-730.
- 2 Lask B. The high-achieving child. *Postgraduate Medical Journal* 1986;62:143-145.
- 3 Scott D, Smith M, Mitchell J, Corey L, Gold D, McAuley EA, Glover D, Tenover FC. Chronic Fatigue in Adolescents. *Pediatrics* 1991;88:195-202.
- 4 Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with somatic presentation. *Br J Psychiatry* 1992;161:759-773.
- 5 Vereker MI. Chronic Fatigue syndrome: a joint paediatric-psychiatric approach. *Arch Dis Childhood* 1992;67:550-555.
- 6 Walford GA, Nelson WMcC, McClusky DR. Fatigue, depression, and social adjustment in chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Childhood* 1993;68:384-388.
- 7 Yousef GE, Mann GF, Smith DG, Bell EJ, Murugesan V, McCartney, Mowbray JF. Chronic Enterovirus Infection in Patients with Postviral Syndrome. *Lancet* 1988;i:146-150.
- 8 White P. Fatigue syndromes: neurasthenia revisited. *Br Med J* 1989;298:1199-1120.
- 9 Meijer A, Zakay-Rones Z, Morag A. Post-influenzal psychiatric disorder in adolescent. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:176-181.
- 10 Wilson PMY y cols. Features of Coxsackie B Virus (CBV) infection in children with prolonged physical and psychological morbidity. *J Psychosom Res* 1988;33:29-36.
- 11 Wessely S, Powell R. Fatigue syndromes: a comparison of chronic "post-viral" fatigue with neuromuscular and affective disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;52:940-948.
- 12 Kroenke K, Wood DR, Mangeldorff D, Meier NJ, Powell JB. Chronic Fatigue in Primary care: Prevalence, Patient Characteristics and Outcome. *J Am Med Association* 1988;260:929-934.
- 13 Garralda ME, Bailey D. Psychiatric disorder in general paediatric referrals. *Archives of Disease in Childhood* 1989;64:1727-1733.
- 14 Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization Symptoms in a community sample of children and adolescents; further validation of the Children Somatization Inventory. *Psychological Assessment* 1991;3:588-595.
- 15 May PGR, Donnan SPB, Ashton JR, Ogilvie MM, Rolles CJ. Personality and Medical Perception in Benign Myalgic Encephalomyelitis. *Lancet* 1980;ii:1122-1124.
- 16 Garralda ME. Severe chronic fatigue syndrome: A discussion of psychological mechanisms. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1992b;1:111-118.
- 17 Sharp MC y cols. A report. Chronic Fatigue syndrome: guidelines for research. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1991;84:118-121.
- 18 Biondi M, Pancheri P. Mind and immunity: A review of methodology in human research. *Adv Psychosom Med* 1987;17:234-251.
- 19 Giannopoulou J, Marriot S. Chronic fatigue syndrome or affective disorder? Implications of the diagnosis on management. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1994;3:97-100.
- 20 Campo JV, Fritsch SL. Somatization in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1223-1235.
- 21 Wessely S. Old wine in new bottles: neurasthenia and "MF". *Psychological Medicine* 1990;20:35-53.

**M. M. Sais**  
**M. Ampudia**  
**M. I. Hernández**  
**J. Tomàs**

Trastornos en la conciliación del  
sueño en niños de 0-6 años.  
Estudio comparativo entre  
insomnio y tiranización nocturna

Unidad de Psiquiatría  
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona

**Correspondencia:**

M. Martínez Sais  
Unidad de Psiquiatría  
Hospital Universitario Materno-Infantil del Vall d'Hebron  
P<sup>o</sup> Vall d'Hebron, 119-129  
08035 Barcelona

*Sleep disorders in 0-6 years old  
children. A comparative study  
between insomnia and  
tyrannization*

**RESUMEN**

Se han revisado 556 historias de niños de 0 a 6 años, encontrando problemas de sueño en 148 casos (23%). Estos 148 casos fueron divididos en dos grupos en función de que hubiera o no una demanda de atención por parte del niño hacia los padres, denominando a cada grupo en función de esta característica como "insomnio" (cuando no existe demanda de atención) y "tiranización" (cuando esta demanda es evidente).

La comparación entre ambos grupos se realizó mediante el cálculo binomial encontrándose diferencias significativas en algunas de las variables estudiadas. Así, parece que la "tiranización" tendría más que ver con situaciones de rivalidad y celos en niños muy deseados y educados de forma permisiva, mientras que el insomnio en nuestra serie parece más ligado a la maduración, situaciones de duelo en la familia y una actitud educativa de rechazo.

**PALABRAS CLAVE**

Sueño (infancia); Trastornos del sueño infantil; Insomnio; Tiranización.

**ABSTRACT**

*We studied 556 clinical histories of children ranging in age from 0 to 6 years old and found sleep disorders in 148 of the 556 cases (23%) reviewed. These 148 cases were divided into two groups depending on the existence or not of a demand by the child for attention from the parents. The former groups is denominated as "Insomnia" (when there is a lack of demand of attention) and "Tyrannization" (when the demand for attention is evident). The comparison between both groups was performed by means of binomial calculation, the differences being significant in some of the variables studied. Thus, it seems that "Tyrannization" should associated with situations of rivalry and jealousy in very desired children who had been educated in a permissive way, whilst "Insomnia" in our series seems linked more to maturity, bereavement in the family and rejection attitude by parents towards the child.*

**KEY WORDS**

*Sleep (in children); Sleep disorders in childhood; Insomnia; Tyrannization.*

## 90 INTRODUCCIÓN

El sueño es una función vital de mecanismos neurofisiológicos complejos que está sometida a una evolución madurativa pero, al mismo tiempo, también está condicionada por factores externos y por ello, cualquier perturbación debe ser estudiada atendiendo tanto las características del niño como de su entorno.

La capacidad para mantener un sueño prolongado aumenta con la maduración; existiendo amplias diferencias individuales entre los niños en lo relativo a la cantidad y distribución del tiempo de sueño.

El sueño del recién nacido difiere del niño mayorcito, tanto en la duración total como en el reparto a lo largo de las 24 horas. Durante la primera semana el niño duerme alrededor de 20 horas en breves períodos de sueño (1-2 horas) alternando con períodos aún más breves de vigilia y repartidos casi por igual entre el día y la noche. Progresivamente van alargándose las fases de sueño en períodos de mayor amplitud. A las cuatro semanas el niño duerme 5-6 horas seguidas; a los cinco meses 7-8 horas y al año 8-10 horas. Conforme se va ampliando el tiempo de sueño, se va desequilibrando la balanza entre el día y la noche<sup>(1)</sup>.

Parmelee y cols.<sup>(1)</sup> en un estudio de 46 niños seguidos desde su nacimiento hasta las 16 semanas demostraron que la disminución de la cantidad total de sueño por 24 horas era relativamente pequeña pero, el período más largo de sueño doblaba su duración y el período más largo de vigilia aumentaba la mitad.

Parece que durante los primeros meses el adormecimiento va muy unido a la sensación de satisfacción y el despertar a la sensación de hambre o incomodidad. Más tarde, el patrón de sueño-vigilia viene determinado por la interrelación entre el modelo genético de madurez neurofisiológica y la manera especial de responder su madre a las necesidades biológicas y emocionales. Las dificultades para conciliar el sueño o el despertar durante la noche son síntomas que pertenecen casi siempre al contexto de una perturbación familiar.

En cuanto a la etiología, la mayoría de autores sugiere que del nacimiento a los tres meses el "insomnio" puede estar relacionado con una mala aplicación del régimen alimenticio: horario demasiado rígido; comidas demasiado cortas que no satisfacen la necesidad de succión, etc... También puede tener que ver con excitaciones cutáneas insuficientes, con hiperestimulación por parte de unos padres ansiosos o falta de estimulación de una

madre deprimida o fóbica. O por una determinada sensibilidad constitucional del niño, la asfixia u otro traumatismo del parto, o con un fracaso en la regulación en el ritmo cardíaco de vigilia-sueño, etc..

De tres meses a un año el insomnio se atribuye a la erupción dentaria pero casi siempre va unido a una falta de estimulación motriz y afectiva.

De uno a tres años el insomnio puede ligarse a una avidez por conocer, éste es el caso del "insomnio alegre"<sup>(2)</sup>. En algunos trabajos los problemas de sueño en estas edades se atribuyen a la etapa especial del desarrollo por la que atraviesan los niños, relacionándolo con la "ansiedad de separación"<sup>(3,12)</sup>. A esta edad se suele distinguir entre: Insomnio común e Insomnio precoz severo.

- El insomnio común con frecuencia se debe a condiciones inadecuadas o mal organizadas (rigidez excesiva en horarios de comida, exceso en la ración alimentaria, malas condiciones acústicas, etc.). También puede deberse a una especial reactividad del bebé. Habitualmente cede organizando debidamente las condiciones desfavorables.

- El insomnio precoz severo, que a su vez puede diferenciarse en agitado o tranquilo.

En el insomnio precoz agitado se observa que el bebé no deja de gritar, calmándose sólo durante breves momentos de agotamiento y reanudando luego el llanto y los gritos. En ocasiones va acompañado de balanceos violentos o conducta autoagresivas. En el insomnio precoz tranquilo el bebé permanece en su cuna con los ojos abiertos, silencioso como si no deseara ni esperara nada.

Estos insomnios severos son raros, pero el estudio de los antecedentes patológicos de los niños autistas o psicóticos precoces, han puesto de relieve su frecuencia en el curso de la primera infancia de estos niños<sup>(4)</sup>.

Entre los tres y seis años las perturbaciones ligeras y transitorias del sueño (con mayor frecuencia de rituales para ir a dormir) pueden considerarse normales y evolucionan generalmente hacia una remisión espontánea con un manejo más adecuado del ambiente.

Hay que tener en cuenta que los trastornos del sueño, sea cual sea la causa, casi siempre tienen consecuencias importantes en la vida familiar y además implican directamente al padre con más frecuencia que la mayoría del resto de los trastornos.

La bibliografía sugiere que la incidencia de los trastornos del sueño en la infancia es elevada y que estos

**Tabla 1 Variables diferenciadoras**

<i>Insomnio (N=78)</i>	<i>Tiranización (N=80)</i>
Embarazo aceptado	Embarazo planeado
Sufrimiento fetal	Prematuridad
Enfermedad orgánica de la madre	Enfermedad orgánica padre
	Problema adaptación matrimonial de la madre
Primogénito	Hijo único/gemelos
Muerte reciente familiar	Nacimiento de un hermano.
	Trastorno laboral parental
Bajo rendimiento escolar	Mala adaptación parvulario
Agresividad con impulsividad	Agresividad con o sin impulsividad
Trastorno de la atención	Apatía
Alteración madurativa: psicomotriz, aptitudinal espacio/tiempo	Maduración normal
Actitud educativa: rechazo (encubierto/franco)	Actitud educativa: anticipación

problemas de sueño pueden ser un reflejo de otros trastornos de conducta; tanto es así que los trastornos del sueño junto a los de la alimentación son los más frecuentes en la primera infancia. Se dan cifras de entre el 23 y 30% en poblaciones normales<sup>(5-7,25)</sup>.

Algunos autores consideran los problemas de sueño englobados dentro de un trastorno global psicológico en la infancia<sup>(3,8,9)</sup>, otros apuntan hacia un primer reflejo de anormalidad en el desarrollo<sup>(6,13,14)</sup>, y otros sostienen que los trastornos de sueño están en función, tanto de una vulnerabilidad biológica centrada en un problema en la maduración del SNC, como de una interacción padres-niños perturbada<sup>(3,11,23)</sup>.

La revisión de historias clínicas efectuada tiene por objetivo establecer un perfil epidemiológico de los niños de 0 a 6 años con trastornos del sueño, y destacar si es posible, qué variables diferenciadoras existen entre niños que duermen poco (insomnio) y niños que además de dormir poco, reclaman atención durante la noche (tiranización nocturna).

**MATERIAL Y MÉTODO**

Hemos revisado 556 historias de niños de 0 a 6 años de edad que han sido visitados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Vall d'Hebron, entre los años (1987-1994) y de los que disponíamos de datos

informatizados, encontrando problemas de sueño en 148 de ellos (27%). De estos 148 casos hallados se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sexo, nivel socio-económico, nivel socio-cultural, características del parto, antecedentes patológicos del niño y de los padres, desarrollo madurativo, conducta alimenticia, acontecimientos estresantes dentro de la familia, actitud educativa familiar, agresividad, y los motivos de consulta.

Para conseguir una mayor claridad se dividió la muestra en dos grupos:

a) Niños a los que hemos denominado "insomnes" por presentar como característica fundamental un tiempo de sueño inferior a ocho horas, con dificultades para conciliar el sueño o despertar precoz, que se produzca como mínimo tres veces por semana pero que no involucren a los padres de una forma evidente.

b) Grupo de "tiranización" donde además de los criterios anteriores de frecuencia y duración del sueño se produce una demanda de atención por parte del niño hacia los padres (por medio de llantos, gritos, pidiendo agua, queriendo dormir con ellos) por un tiempo no inferior a 30 minutos.

**RESULTADOS**

Los motivos de consulta que se presentaron dentro de la muestra, en su mayoría eran trastornos de comportamiento (34,3%), seguidos de trastornos de desarrollo (14,6%), trastornos afectivos (14,2%) y trastornos del aprendizaje (12,6%). El 24,3% restante correspondía a niños que habían sido enviados para screening por haber presentado prematuridad y/o dificultades en el parto.

El análisis conjunto de los dos grupos nos dio el siguiente perfil de los niños con problemas de sueño:

- Predominancia del sexo masculino 2:1.
- Amenaza de aborto durante el embarazo.
- Parto prematuro y/o sufriendo fetal.
- Enfermedad orgánica en uno de los padres.
- Problemas adaptativos matrimoniales en la madre.
- Ser primogénito, hijo único o gemelo.
- Acontecimientos estresantes en la familia, como: muerte reciente de algún familiar, nacimiento de un hermano, trastorno laboral parental.
- Alteración madurativa (psicomotriz, espacio/tiempo y aptitudinal).

- 92 - Mala adaptación al parvulario y bajo rendimiento escolar.  
- Agresividad elevada con impulsividad.  
- Trastorno de atención y apatía.  
- Actitud educativa de los padres caracterizada por: rechazo (franco o encubierto) y anticipación a los deseos del niño.

La comparación entre el grupo de niños que presentaban insomnio y los que presentaban tiranización se hizo utilizando el cálculo binomial, encontrando diferencias significativas (con una  $p < 0,05$ ), en algunas variables tal como se muestra en la tabla 1

No se observan diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a: sexo, nivel socio-económico y nivel socio-cultural.

Tampoco encontramos diferencias en cuanto a la conducta alimentaria, a pesar del elevado número de niños que presentaban problemas también es esta área (38% en grupo de insomnio y 37% en el de tiranización). Es posible que ambos grupos comparados con una mues-

tra de niños "normales", sí mostrara diferencias significativas en lo que a la conducta alimentaria se refiere.

## DISCUSIÓN

Los trastornos del sueño leves son muy poco frecuentes en el período preescolar y, en la mayoría de los casos, son de naturaleza benigna a pesar de ser un gran inconveniente para los padres. La mayoría de las veces, estas dificultades son pasajeras y están ligadas a la evolución psicoafectiva del niño, aunque en algunos casos, pueden formar parte de un cuadro más complejo como expresión de un trastorno severo del desarrollo.

En nuestra serie parece que la tiranización tendría más que ver con situaciones de rivalidad y celos en niños muy deseados y educados de forma muy permisiva; mientras que el insomnio parece más ligado a la maduración, situaciones de duelo en la familia y una actitud educativa de rechazo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Parmelee AH, Wenner NH, Schulz HR. Infant sleep patterns; from birth to 16 weeks of age. *J Pediatr* 1964;**65**(4):576-582.
- 2 Kreisler L. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo V. Biblioteca Nueva. 1990:148-159.
- 3 Lozoff B, Wolf AW, Davis NS. Sleep problem in pediatric practice. *Pediatrics* 1985;**74**:477-483.
- 4 Ajurriaguerra J de, *Manual de Psiquiatría Infantil*, 3ª ed. Barcelona, Toray-Masson, 1976:158-176.
- 5 Bernal JF. Night-waking in infants during the first year. *Develop Med Chil Neurol* 1973;**15**:760-769.
- 6 Blurton Jones N, Rossetti Ferrera M, Farquar Brown M, MacDonald L. The association between perinatal factors and late night wakings. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1978;**20**:427-434.
- 7 Anders TF. Night wakings in infants during the first year of life. *Pediatrics* 1979;**63**:860-864.
- 8 Sperling M. Sleep disturbances in children. En: Howells JC, ed. *Modern Perspectives in International Child Psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 1971:418-453.
- 9 Herzog JM. Sleep disturbance and father hunger in 18-to 20 month-old boys. *Psychoanalytic Study of the Child* 1980;**35**:219-233.
- 10 Anders TF, Halpern LF, Hua J. Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics* 1992;**90**(4):554-560.
- 11 Bax M. Sleep disturbances in the growing child. *Br Med J* 1980;**280**:1177-1179.
- 12 Beltramini AU, Hertzog ME. Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. *Pediatrics* 1983;**71**:153-158.
- 13 Carey WB. Night waking and temperament in infancy. *Journal of Pediatrics* 1974;**84**:756-758.
- 14 Clements J, Wing L, Dunn G. Sleep problems in a handicapped children: A preliminary study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1987;**27**:399-407.
- 15 Dunn J. *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*. En: Rutter M. Barcelona: Salvat, 1985:134-139.
- 16 Durand VM, Mindell JA. Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders. Effects on child and family. *Behav Modif* 1990;**14**(1):37-49.
- 17 Handford HA, Mattison RE, Kales A. Sleep disturbances and disorders. En: Nelvin L. *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 715-725.
- 18 Hartmann EL. Sleep disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *A Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985:1247.
- 19 Haslam D. *Trastornos del sueño infantil*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- 20 Keener MA, Zeanah CH, Anders TF. Infant temperament, sleep organization and nighttime parental interventions. *Pediatrics* 1988;**81**(6):762-771.

- 21 Minde K, Popiel K, Leos N, Falkner S, Parker K, Handley-Derry M. The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993;**34**(4):521-533.
- 22 Piazza CC, Fisher WW. Bedtime fading in the treatment of pediatric insomnia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;**22**(1):53-56.
- 23 Richman N, Douglas J, Hunt H, Landsdown R, Levere R. Behavioral methods in the treatment of sleep disorders: a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1985;**26**:581-590.
- 24 Ronen T. Intervention package for treating sleep disorders in a four-year-old girl. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;**22**(2):141-148.
- 25 Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics* 1987;**80**(5):664-671.

**J. Canals**  
**E. Domènech<sup>1</sup>**  
**J. Fernández Ballart<sup>2</sup>**  
**C. Martí-Henneberg<sup>3</sup>**

## Autovaloración del insomnio en la adolescencia temprana

### *Self-evaluate determination of insomnia in early adolescence*

Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili  
1 Departament de Psicologia de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.  
2 Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques (Medicina Preventiva). U.R.V.  
3 Departament de Medicina i Cirurgia (Pediatría). U.R.V.

**Correspondencia:**

J. Canals Sans  
Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili  
Carretera de Valls, s/n  
43007 Tarragona

#### **RESUMEN**

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la autoevaluación del insomnio en una muestra de 534 adolescentes escolarizados en una población urbana de Cataluña. Se trata de un estudio prospectivo realizado durante cuatro años, en el cual la valoración del problema de sueño se ha hecho mediante un ítem de un cuestionario no específico y se han analizado las relaciones con los síntomas de depresión, nivel de ansiedad, perfil de personalidad, atención y aptitudes académicas. La dificultad para conciliar el sueño se da entre el 34,2% y el 43,7% de las niñas y el 24% y el 41,9% de los varones. Este problema llega a una persistencia anual del 66,7% en el sexo femenino y del 57,1% en el masculino y a una persistencia bianual del 47,2% y 35% respectivamente. Se ha hallado una asociación positiva con el nivel de ansiedad, síntomas de depresión y con algunos factores de personalidad. La persistencia de insomnio se encuentra relacionada con un bajo rendimiento cognitivo.

#### **PALABRAS CLAVE**

Adolescentes; Insomnio; Psicopatología.

#### **ABSTRACT**

*A prospective four years study have been realized to examine self-evaluate determination of insomnia in a 534 adolescent scholarized sample of an urban population from Catalonia. Sleep disturbs have been measured by a non specific questionnaire and relations between insomnia and depression symptoms, anxiety level, personality profile, attention and academic aptitudes have been analized. From 34.2% to 43.7% of girls and from 24% to 41.9% of boys have difficulties for getting sleep. This problem reaches 66.7% of annual prevalence in females and 57.1% in males, biannual prevalence gets at 47.2% at 35% in both indexes. A possitive relationship with anxiety level, depression symptoms and some personality traits have been found. Also, insomnia persistence is related with low cognitive achievement.*

#### **KEY WORDS**

*Adolescent; Insomnia; Psychopathology.*

## INTRODUCCIÓN

Los patrones y la patología del sueño en los adolescentes han sido estudiados bastante recientemente. Los datos epidemiológicos de los años 50, 60 y 70 corresponden a muestras de edades comprendidas entre el primer y quinto año de vida. Es frecuente que la fuente de información sean los padres, ya que probablemente por ser los más afectados han hecho de este problema un motivo de consulta a pediatras y médicos. En cambio, puede ser común que ciertos trastornos de sueño en los adolescentes, como por ejemplo los trastornos de inicio y mantenimiento del sueño (TIMS), pasen desapercibidos tanto a nivel clínico como epidemiológico. El incremento en el interés de su estudio puede ser debido a diversos aspectos, entre ellos el avance de las técnicas de evaluación objetiva del sueño, la necesidad de información sobre la conducta normal de sueño-vigilia en las diferentes edades, o la alta prevalencia de insomnio en el adulto, en la cual retrospectivamente un importante porcentaje parece provenir de la edad peripuberal<sup>(1)</sup>. Actualmente, la frecuencia y también las repercusiones del tratamiento farmacológico ha hecho que varios proyectos de investigación comunitarios, consideren el insomnio como un problema primario de salud<sup>(2-5)</sup>.

Contrariamente a la creencia popular, el estudio de los hábitos de sueño en la adolescencia demuestra que éstos duermen menos de lo que se cree. De otra parte, los estudios polisomnográficos indican que los adolescentes en relación a la etapa prepuberal tienen una mayor necesidad fisiológica de sueño<sup>(6)</sup>, con lo que es probable que muchos de ellos padezcan falta del mismo. Si a ello añadimos los problemas de dificultad para conciliar el sueño o la mala calidad del mismo, la privación y sus efectos negativos pueden aumentar a corto y largo plazo. Estas consecuencias abarcan en adolescentes desde estados de somnolencia diurna, déficits de atención, dificultades académicas, problemas conductuales y del estado de ánimo, a un incremento de la vulnerabilidad del consumo de drogas y de accidentes<sup>(3,6)</sup>.

Dentro de los trastornos del sueño, aunque la hipersomnia es el problema más estudiado en los laboratorios de sueño, el insomnio es el más frecuente<sup>(7)</sup>. Los estudios epidemiológicos en población general estiman unas prevalencias de dificultad en el dormir entre el 13,4% y el 48% en la edad adulta<sup>(5,8-10)</sup>, cifras

parecidas a las halladas en la adolescencia. White y cols.<sup>(11)</sup> hallaron, a partir de la administración de cuestionarios, que a un 14% de adolescentes le costaba conciliar el sueño. Price y cols.<sup>(12)</sup> encontraron un 13% de problemas crónicos y un 38% de problemas ocasionales. De forma similar, Kirmil-Gray y cols.<sup>(13)</sup> estimaron que un 11% y un 23% de los 277 estudiantes entre los 13 y los 17 años eran malos dormidores crónicos y ocasionales respectivamente. Según el método de evaluación de entrevista estructurada, el 14,2% de chicas de 11 a 16 años de una muestra comunitaria padecen el diagnóstico de insomnio<sup>(14)</sup>. Todo ello apoya la idea de que el insomnio es un problema severo en la adolescencia.

Es frecuente que los trastornos de sueño se encuentren asociados a otras psicopatologías. En adultos se observa una estrecha relación entre insomnio y estados ansiosos y depresivos<sup>(2,15,16)</sup> e incluso con ciertos rasgos de personalidad<sup>(17)</sup>. En el caso de los adolescentes, también se ha observado más depresión, ansiedad, inatención y conductas más agresivas<sup>(12,13,18)</sup>.

Por último, cabe destacar que los estudios que han comparado las evaluaciones subjetivas sobre los problemas de sueño muestran una buena concordancia con los registros electroencefalográficos<sup>(15)</sup>.

Este estudio forma parte de una investigación longitudinal en población general sobre la epidemiología de la depresión y otros trastornos psiquiátricos, y que abarca desde los 11 a los 18 años. El objetivo del trabajo que presentamos es el autoinforme epidemiológico de la dificultad para dormir, describiendo la prevalencia y la persistencia según edad y sexo y su relación con características psicológicas y síntomas psicopatológicos.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Muestra

Los sujetos estudiados han sido todos los niños y niñas de la ciudad catalana de Reus, nacidos entre el primero de enero y el 30 de junio de 1976 y 1977 respectivamente. Reus es un área urbana comercial con casi 100.000 habitantes, mediterránea y de un nivel socio-económico medio-alto. La diferencia de un año entre los dos sexos se eligió para intentar disminuir el avance puberal del sexo femenino, ya que el proyecto tuvo en cuenta no tan sólo aspectos psicopatológicos,

96 sino otros en relación al desarrollo de la pubertad, tanto físicos como psicológicos.

El número de sujetos nacidos en el periodo indicado fue de 665, de los cuales 87 no fueron incluidos porque no estaban escolarizados o porque los padres no aceptaron la participación. Cuando se inició el estudio psicopatológico al año siguiente, la muestra se redujo a 534 (224 muchachas de 11 años y 310 muchachos de 12 años). A la edad de 12-13 años, la "n" fue de 511 (223 chicas y 288 chicos), a los 13-14 años de 507 (219 chicas y 288 chicos) y a los 14-15 años de 336 (161 chicas y 175 chicos). Si tenemos en cuenta los individuos que han seguido todos los años, la n es de 462 (201 mujeres y 261 varones) para los tres primeros años y de 298 (146 y 152) para los cuatro años.

### Procedimiento

Los sujetos fueron llamados a través de la escuela después de haber obtenido el permiso paterno. La pasación de las pruebas se hizo en pequeños grupos dentro de los centros escolares, a excepción del último año en que se hizo en la Facultad de Medicina conjuntamente con otras exploraciones físicas. Han sido evaluados una vez al año en el primer semestre durante cuatro años consecutivos.

Para el análisis de los resultados, la población estudiada cada año nos ha permitido sacar datos transversales, mientras que para los longitudinales se ha utilizado solamente la muestra seguida todos los años.

### Instrumentos

La valoración de la dificultad para conciliar el sueño se ha hecho mediante el ítem 16 de la escala autoevaluativa «Children's Depression Inventory» (CDI)<sup>(19)</sup>. Esta prueba tiene 27 ítems con tres posibilidades de respuesta de mayor a menor severidad (2, 1, 0). La puntuación total tiene un punto de corte indicativo de riesgo de depresión<sup>(20,21)</sup>. El ítem 16 incluye: a) todas las noches me cuesta dormir, b) algunas noches me cuesta dormir, c) duermo muy bien. Hablamos de persistencia cuando un sujeto responde un año con queja de sueño (algunas o todas las noches me cuesta dormir) y continúa con esta sintomatología al año siguiente (hablamos de persistencia anual), o durante los dos años siguientes (persistencia bianual) o durante los tres años siguientes (persistencia trianual).

Los otros instrumentos utilizados, también de autoevaluación, para valorar características de personalidad y cognitivas han sido los siguientes:

- State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)<sup>(22)</sup>. Evalúa la ansiedad estado (STAIC-E) y la ansiedad rasgo (STAIC-R) a través de 20 ítems cada una, puntuándose de 0 a 3 según la severidad de la respuesta. Se utilizó una versión experimental traducida al castellano por la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico de Barcelona<sup>(23)</sup>.
- «Eysenck Personality Questionnaire-Junior» (EPQ-J)<sup>(24)</sup>. Específico de niños y adolescentes consta de 81 ítems de respuesta afirmativa o negativa. Evalúa tres dimensiones de personalidad que son, neuroticismo (EPQ-J.N), psicoticismo (EPQ-J.P) y extraversión (EPQ-J.E) y también la predisposición a la conducta antisocial (EPQ-J.CA).
- Percepción de diferencias. Caras<sup>(25)</sup>. Es una prueba que consta de 60 elementos gráficos y que evalúa la capacidad de percepción rápida y correcta, parecidos y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados.
- Test de aptitudes académicas (TEA)<sup>(26)</sup>. Evalúa tres dimensiones aptitudinales que son la verbal, el razonamiento y el cálculo.

### Análisis estadístico

Se ha utilizado la prueba de chi cuadrado para analizar el contraste de la hipótesis de independencia entre variables categóricas (Tabla 1). La prueba de la *t* de Student se ha usado para comparar las medias de variables cuantitativas entre dos grupos con datos independientes y analizar la relación de la variable categórica que crea los grupos con la variable cuantitativa considerada. Cuando la distribución de los datos para cada grupo no se ajusta a la normal se emplea la prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney.

## RESULTADOS

### Prevalencia del insomnio según edad y sexo

La descripción de la prevalencia a lo largo de los cuatro años de estudio se observa en la tabla 1. Para las chicas, la dificultad para dormir teniendo en cuenta las dos posibles respuestas, suma a la edad de 11 años el

**Tabla 1 Prevalencia y persistencia de la dificultad para dormir durante los cuatro años de seguimiento**

Sexo (edad)	Dificultad para dormir (%)		Persistencia (%)		
	Algunas noches	Todas las noches	1 año	2 años	3 años
Chicas (11)	34,8	8,9	56,2	47,2	36,4
Chicos (12)	27,1	14,8	48,5	35,0	21,1
Chicas (12)	30,5	9,9	66,7	51,7	-
Chicos (13)	19,4	9,4	57,1	36,8	-
Chicas (13)	27,1	7,1	61,7	-	-
Chicos (14)	21,2	10,2	38,3	-	-
Chicas (14)	35,4	6,2	-	-	-
Chicos (15)	18,9	5,1	-	-	-

**Tabla 2 Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las variables emocionales en relación a la dificultad para dormir y en los cuatro años de seguimiento**

Sexo (edad)	STAIC-E			STAIC-T			CDI		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Chicas (11)	27,2 (4,8)	29,0 (5,9)	30,5 (5,3)	33,1 (6,3)	36,9 (6,2)	37,3 (6,8)	7,7 (4,3)	11,5 (4,4)	14,7 (5,9)
Chicos (12)	27,6 (4,2)	30,5 (5,8)	28,2 (5,2)	32,3 (5,3)	34,6 (5,6)	35,8 (7,6)	7,3 (3,7)	11,6 (4,6)	12,5 (7,0)
Chicas (12)	27,3 (5,7)	29,3 (5,3)	30,5 (6,9)	31,3 (5,8)	35,6 (6,6)	41,7 (6,8)	6,9 (4,0)	11,5 (5,4)	15,5 (7,3)
Chicos (13)	27,0 (4,6)	29,7 (5,5)	32,7 (8,7)	30,7 (5,5)	35,4 (6,0)	37,2 (5,9)	7,4 (4,3)	10,9 (4,1)	14,2 (6,2)
Chicas (13)	28,4 (5,4)	30,1 (4,9)	32,0 (6,7)	32,4 (5,8)	37,5 (6,9)	40,6 (7,0)	7,3 (4,5)	12,3 (5,2)	14,1 (6,0)
Chicos (14)	27,8 (5,0)	30,3 (5,2)	29,3 (5,4)	31,2 (6,1)	35,1 (6,2)	35,6 (5,9)	7,3 (4,6)	11,4 (4,3)	13,7 (5,1)
Chicas (14)	28,0 (5,0)	31,5 (4,4)	34,7 (4,3)	31,8 (6,5)	36,9 (6,4)	41,5 (6,4)	7,7 (4,8)	11,2 (4,8)	15,6 (7,2)
Chicos (15)	27,7 (3,9)	29,2 (4,7)	29,5 (6,6)	30,8 (5,6)	32,8 (6,3)	34,7 (6,0)	6,4 (3,8)	10,3 (3,5)	11,1 (4,9)

0: «Duermo muy bien»; 1: «Algunas noches me cuesta dormir»; 2: «Todas las noches me cuesta dormir».

43,7% a los 12 años el 40,4% a los 13 años el 34,7% y a los 14 al 41,6%. No se han hallado diferencias significativas en relación al incremento de edad. Para los chicos, a la edad de 12 años el insomnio es autoevaluado en el 41,9%, a los 13 años en el 28,8%, a los 14 años en el 31,4% y a los 15 en el 24%. Se observa un decremento significativo ( $p < 0,001$ ) según avanza la edad, que incide principalmente entre los 12 y los 13 años.

### Persistencia del insomnio según edad y sexo

La persistencia del síntoma insomnio durante uno, dos o tres años se observa en la tabla 1. De manera que avanza la edad aumenta la cronicidad del mismo, a excepción del último año (chicas de 13 a 14 años y chicos de 14 a 15 años) probablemente debido a la pérdida de muestra. En el sexo femenino la persistencia

de las quejas para dormir es más importante que en el masculino, si bien pueden considerarse importantes las cifras de ambos sexos. Más del 60% de las muchachas se quejan dos años seguidos de su problema de sueño, alrededor del 50% lo hacen durante tres años y el 36,4% lo hace cuatro años seguidos.

### Relación entre insomnio y ansiedad

La descripción de las puntuaciones en el cuestionario de ansiedad en relación al síntoma de insomnio se muestra en la tabla 2. La ansiedad estado (STAIC-E) es más alta significativamente ( $p < 0,001$ ) en las chicas que refieren problemas de sueño. Esto puede observarse en todos los años de estudio e incide aún más en las adolescentes de mayor edad. No ocurre lo mismo en el sexo masculino.

**Tabla 3** Puntuaciones medias y desviaciones típicas del test de personalidad en relación a la dificultad para dormir, por sexos y durante los cuatro años de seguimiento

Sexo (edad)	EPQ-J.N			EPQ-J.E			EPQ-J.P			EPQ-J.CA		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Chicas (11)	8,0 (4,0)	11,0 (3,7)	11,2 (4,6)	18,7 (3,3)	17,6 (3,6)	17,2 (6,0)	1,9 (2,3)	2,0 (1,7)	2,1 (2,3)	16,0 (3,4)	17,0 (3,8)	17,6 (4,0)
Chicos (12)	7,7 (3,8)	10,6 (4,3)	11,2 (4,1)	19,6 (3,6)	18,6 (3,7)	18,7 (3,4)	2,7 (2,8)	3,6 (2,7)	3,8 (3,3)	17,0 (3,8)	18,7 (4,3)	19,4 (4,9)
Chicas (12)	6,9 (4,0)	9,7 (3,7)	12,5 (4,3)	19,4 (3,4)	18,3 (3,4)	17,1 (5,8)	1,9 (2,1)	2,7 (2,7)	3,1 (2,5)	16,1 (3,8)	17,9 (3,2)	18,6 (3,9)
Chicos (13)	7,4 (3,8)	10,2 (4,7)	11,1 (3,9)	19,7 (3,2)	19,4 (2,3)	17,7 (3,3)	3,0 (2,8)	3,5 (2,1)	4,9 (2,9)	17,5 (3,9)	19,3 (4,5)	20,3 (3,5)
Chicas (13)	7,1 (3,6)	11,4 (4,2)	12,2 (4,0)	19,9 (3,2)	18,6 (3,2)	18,3 (4,1)	2,2 (2,4)	2,8 (2,4)	2,4 (2,0)	16,8 (3,7)	19,0 (4,1)	18,7 (4,8)
Chicos (14)	7,1 (4,4)	9,9 (3,7)	11,3 (3,7)	19,7 (3,0)	18,7 (3,1)	18,9 (3,1)	3,5 (2,6)	3,8 (2,4)	5,4 (3,5)	17,7 (4,3)	18,6 (3,3)	20,5 (4,2)
Chicas (14)	7,8 (4,8)	10,3 (3,8)	11,9 (4,7)	19,6 (4,2)	19,3 (3,5)	16,7 (3,4)	2,3 (2,6)	2,6 (2,5)	5,4 (3,5)	117,2 (3,2)	18,4 (3,7)	20,6 (4,7)
Chicos (15)	5,9 (3,9)	8,9 (3,6)	8,4 (3,8)	20,3 (2,7)	20,0 (3,3)	17,6 (4,5)	2,8 (2,2)	3,8 (2,9)	4,8 (4,2)	17,0 (4,1)	20,1 (4,1)	19,7 (4,7)

0: «Duermo muy bien»; 1: «Algunas noches me cuesta dormir»; 2: «Todas las noches me cuesta dormir».

En la ansiedad rasgo (STAIC-R), el incremento relacionado con el insomnio se observa en los dos sexos y en los cuatro años de estudio ( $p < 0,001$ ). Los niveles de ansiedad son superiores en las chicas y la relacionada con la respuesta «todas las noches me cuesta dormir» aumenta particularmente a partir de los 12 años.

Todos los adolescentes, chicos y chicas, que presentan un insomnio persistente tienen niveles de ansiedad estado más elevados. El aumento máximo (4,3 puntos) se da en el sexo femenino en el último año del estudio y cuando la persistencia es trianual. En los chicos, el máximo incremento es de 3,1 puntos y también corresponde a la edad más avanzada y a la persistencia más duradera.

Del mismo modo, la ansiedad rasgo aumenta en los sujetos persistentes en relación a la duración de la persistencia. El máximo aumento es de 6,6 puntos en el sexo femenino y de 6,3 en el masculino.

### Relación entre insomnio y sintomatología depresiva

Como puede observarse en la tabla 2, la puntuación de la sintomatología depresiva en el CDI es significativamente ( $p < 0,001$ ) más elevada en los sujetos

que se describen con problemas para dormir y durante todos los años estudiados.

Las puntuaciones de depresión aumentan en los dos sexos cuando existe persistencia de insomnio. El máximo aumento (6 puntos) se da en las chicas cuando la persistencia es trianual.

### Relación entre insomnio y características de personalidad

Los resultados del test de personalidad se presentan en la tabla 3. El factor neuroticismo y la conducta antisocial son significativamente ( $p < 0,001$ ) más altos en los sujetos que manifiestan problemas de sueño. El factor psicoticismo puntúa también significativamente más alto en todos los años estudiados ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ) dándose el máximo aumento a los 14 años en los dos sexos. La extraversión es significativamente más baja ( $p < 0,001$  y  $p < 0,01$  en el último año).

Por otra parte, la persistencia de las dificultades para dormir se asocia a una elevación del factor neuroticismo, que puede llegar hasta 5 puntos. En cambio, el factor extraversión en los sujetos persistentes no siempre disminuye. El psicoticismo aumenta en los chicos tam-

**Tabla 4 Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las pruebas cognitivas en relación a la dificultad para dormir, por sexos y durante los cuatro años de seguimiento**

Sexo (edad)	TFA-Verbal			TFA-Razonamiento			TFA-Cálculo			Caras (Atención)		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Chicas (11)	32,3 (6,4)	32,8 (6,2)	33,5 (7,1)	20,7 (3,8)	20,6 (4,0)	20,0 (3,7)	24,0 (6,4)	24,8 (5,6)	24,3 (6,4)	36,4 (8,4)	38,3 (7,8)	39,5 (9,8)
Chicos (12)	36,7 (6,2)	35,3 (7,9)	36,6 (7,2)	21,0 (3,7)	21,4 (3,7)	21,3 (3,5)	24,7 (7,8)	23,5 (7,0)	24,1 (7,7)	39,0 (9,1)	39,8 (6,9)	38,8 (9,5)
Chicas (12)	20,4 (6,3)	20,2 (5,7)	20,5 (7,5)	14,9 (6,3)	14,7 (6,1)	15,5 (6,1)	11,7 (4,6)	12,2 (5,1)	12,5 (4,6)	42,0 (8,5)	42,7 (9,1)	41,6 (7,3)
Chicos (13)	23,0 (6,9)	23,1 (8,0)	24,8 (7,9)	15,3 (6,3)	16,5 (7,6)	14,4 (6,0)	14,7 (6,1)	13,8 (6,3)	15,0 (6,5)	43,0 (9,9)	44,7 (9,2)	41,3 (7,2)
Chicas (13)	23,7 (5,7)	23,6 (5,1)	26,2 (4,3)	18,2 (6,5)	18,2 (5,4)	20,4 (5,4)	15,2 (5,5)	15,3 (5,0)	17,6 (4,7)	47,4 (7,9)	46,2 (8,7)	46,1 (9,0)
Chicos (14)	26,5 (6,5)	25,6 (5,8)	27,1 (5,8)	19,1 (6,8)	18,5 (6,5)	19,6 (7,1)	18,0 (6,0)	17,7 (6,1)	18,9 (5,3)	48,5 (9,1)	48,4 (7,9)	46,2 (9,3)
Chicas (14)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55,4 (5,2)	53,4 (7,5)	55,5 (4,9)
Chicos (15)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54,0 (6,2)	53,3 (7,6)	48,1 (7,4)

0: «Duermo muy bien»; 1: «Algunas noches me cuesta dormir»; 2: «Todas las noches me cuesta dormir».

bién en relación con la persistencia, y en las chicas sólo en el último año. La conducta antisocial aumenta más en los varones de 12 y 13 años, a los 14 es igual que en las chicas de 13 y a los 15 años el incremento es menos importante que en las chicas de 14.

### Relación entre insomnio y rendimiento cognitivo

La tabla 4 presenta los resultados del test de funcionamiento cognitivo en relación con los problemas para dormir. El rendimiento cognitivo, estudiado transversalmente, no varía significativamente en los tres primeros años, únicamente en el año de edades más avanzadas se aprecia una disminución casi significativa en los resultados del test de percepción de diferencias.

Pero cuando el insomnio es persistente, se aprecia una disminución en el factor verbal, en el razonamiento y en la atención según el test de percepción de diferencias. El rendimiento en el factor verbal es menor cuando la persistencia es trianual (disminución de 1,6 puntos en las chicas y 1,4 en los chicos). La duración más larga del insomnio hace que los varones tengan menos rendimiento en razonamiento (decremento de 2,3 puntos) y menos en cálculo (decremento de 1,9 puntos). Asimismo,

la puntuación en la atención es menor cuando persiste la dificultad para dormir (máxima disminución de 3,4 puntos en los chicos y 3,2 en las chicas).

### DISCUSIÓN

La prevalencia de las dificultades para dormir hallada en este trabajo es similar a la de otros estudios en adolescentes<sup>(4,11-13,16)</sup>. La prevalencia de problemas severos se encuentra dentro de los límites estimados en la literatura (8 al 14%). En cuanto a las diferencias por sexos, de forma general tanto la prevalencia como la persistencia son más importantes en el sexo femenino. Sin embargo, si comparamos chicos y chicas de una misma edad cronológica, observamos que el porcentaje de varones que contesta «todas las noches me cuesta dormir» es mayor al de las chicas, a diferencia de la respuesta «algunas noches me cuesta dormir». La suma de ambas cifras empieza a ser más importante en las chicas a partir de los 13-14 años, momento en el cual también la persistencia es más elevada. Es probable que este periodo de la adolescencia sea crucial en cuanto a un incremento de patología en el sexo femenino, como encuentran también otros autores<sup>(4,16)</sup> y

100 que persista en la vida adulta<sup>(2,27)</sup>. Las altas prevalencias de persistencia demuestran que el insomnio, padecido ya a edades peripuberales no es un problema transitorio de salud.

La relación que hemos hallado entre dificultad para dormir y ansiedad o síntomas de depresión apoya en esta edad la asociación del insomnio con otras psicopatologías descrita en otros estudios<sup>(2,12,13,15,16,18)</sup>. A juzgar por los resultados tanto transversales como longitudinales, la relación entre problema de sueño y ansiedad es más importante en el sexo femenino, a una edad más avanzada y cuando se presenta un insomnio más crónico o persistente. También la asociación con la depresión sigue un patrón de características similares.

Todos los factores del test de personalidad se relacionan significativamente con el problema de insomnio, pero los datos del análisis de persistencia nos permiten observar una mayor asociación con el factor neuroticismo. Es probable que esta característica de personalidad sea una variable predictora del diagnósti-

co de insomnio, hipótesis que pensamos sea corroborada en estudios posteriores que se están llevando a cabo con la misma muestra.

Nuestros resultados indican que la autodescripción de insomnio de forma persistente se halla relacionada con un bajo rendimiento cognitivo. El estudio de seguimiento muestra que el bajo rendimiento parece una consecuencia del síntoma de sueño. La relación de este síntoma con niveles altos de ansiedad y con la depresión podría también influenciar el pobre funcionamiento en las pruebas cognitivas.

En conclusión, el número importante de adolescentes jóvenes de población general que se manifiestan con problemas para dormir, la persistencia de la misma queja a lo largo de los años, la relación con síntomas psicopatológicos y la consecuencia de una disminución en el rendimiento académico obligaría a que el insomnio sea tenido en cuenta desde la atención primaria. Una intervención precoz podría predecir consecuencias físicas y psíquicas nefastas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Hauri P, Olmstead E. Childhood-onset insomnia. *Sleep* 1980;**3**:59-65.
- 2 Hohagen F, Rink K, Käppler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, Berger M. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;**242**:329-336.
- 3 Shapiro CM, Dement WC. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993;**306**:1604-1607.
- 4 Patois E, Valatx JL, Alpérovitch A. Prévalence des troubles du sommeil et de la vigilance chez les lycéens de l'Académie de Lyon. *Rev Epidém et Santé Publ* 1993;**41**:383-388.
- 5 Partinen M, Kaprio J, Koskenvuo M y cols. Sleeping habits, sleep quality, and use of sleeping pills: a population study of 31,140 adults in Finland. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:29-35.
- 6 Carskadon MA. Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician* 1990;**17**:5-12.
- 7 Coleman R. Diagnosis, treatment and follow-up about 8,000 sleep/wake disorders patients. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:87-97.
- 8 Lavie P. Sleep apnea in industrial workers. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:127-135.
- 9 Lugaresi E, Cirignotta F, Zucconi M y cols. Good and poor sleepers: an epidemiological survey of the San Marino population. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:1-12.
- 10 Karacan I, Thornby JL, Williams RL. Sleep disturbance. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:37-60.
- 11 White L, Hahn PM, Mitler MM. Sleep questionnaire in adolescents [extracto]. *Sleep Research* 1980;**9**:108.
- 12 Price VA, Coates TJ, Thoresen CE, Grinstead OA. Prevalence and correlates of poor sleep among adolescents. *Am J Dis Child* 1978;**132**:583-586.
- 13 Kirmil-Gray K, Eagleston JR, Gibson E, Thoresen CE. Sleep disturbance in adolescents: sleep quality, sleep habits, beliefs about sleep, and daytime functioning. *J Youth Adolesc* 1984;**13**:375-384.
- 14 Goodyer I, Cooper PJ. A community study of depression in adolescents girls II: the clinical features of identified disorder. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:374-380.
- 15 Dealberto MJ. Les troubles du sommeil en psychiatrie. Aspects épidémiologiques. *L'Encéphale* 1992;**XVIII**:331-340.
- 16 Weyerer S, Dilling H. Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Fields Study. *Sleep* 1991;**14**:392-398.

- 17 Lundh LG, Broman JE, Hetta J. Personality traits in patients with persistent insomnia. *Person Individ Diff* 1995;**18**:393-403.
- 18 Morrison DM, McGee R, Stanton WR. Sleep problems in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:94-99.
- 19 Kovacs M. *The Children's Depression Inventory: a self rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh, 1983 [manuscrito no publicado].
- 20 Domènech E, Polaino A. *La epidemiología de la depresión infantil en España*. Barcelona: Espaxs, 1990.
- 21 Canals J, Martí C, Fernández J, Domènech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Eur Child & Adolesc Psychiatry* 1994 (en prensa).
- 22 Spielberger CD. *STAIC: Preliminary Manual for State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Press, 1973.
- 23 Canals J, Martí C, Fernández J, Clivillé R, Domènech E. Scores on the State-Trait Anxiety Inventory for children in a longitudinal study of pubertal Spanish youth. *Psychological Reports* 1992;**71**:503-512.
- 24 Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Madrid: Tea, 1984.
- 25 Thurstone LL, Yela M. *Test de percepción de diferencias*. Madrid: Tea, 1985.
- 26 Thurstone LL, Thurstone TG. *Test de aptitudes escolares*. Madrid: Tea, 1986.
- 27 Domínguez L, Díaz E. Insomnio, epidemiología y clasificación. *Jano* 1994;**XLVI**:61-64.

**F. Espín Jaime**

Aspectos epidemiológicos de las  
cefaleas como motivo de  
consulta

**Correspondencia:**

F. Espín Jaime  
Alfonso XI, 23-1º A  
11201 Algeciras (Cádiz)

*Headache as the origin of the  
consultation. Epidemiological  
aspects*

**RESUMEN**

En este estudio presentamos los resultados de nuestra experiencia sobre la presencia de cefaleas como causa de consulta en un Servicio de Neuropsiquiatría del ISM en Algeciras en una población de 3 a 18 años entre los meses de febrero a mayo de 1994.

Esta muestra representa al 45,36% del total de los pacientes neuropsiquiátricos que han sido vistos en nuestra consulta.

Hay un predominio de hembras y una mayor frecuencia en el grupo de edad de 14-18 años (edad media 11,8).

Encontramos la migraña como el diagnóstico más frecuente.

**PALABRAS CLAVE**

Cefaleas; Frecuencia de presentación; Migraña.

**ABSTRACT**

*In this study we present our experience about the presence of headache as the origin of the consultation to the Neuropsychiatric Service of the ISM from Algeciras, in a population from 3 to 18 years old and between february to may from this year. This sample represents 45.36% of the overall neuropsychiatric patients that have been studied in our Service. It has female predominance and a higher representation of the 14-18 old year group (average age: 11.8).*

*We found the migrain the most frequent diagnostic.*

**KEY WORDS**

*Headaches; Frequency; Migraine.*

## INTRODUCCIÓN

La cefalea, el "dolor de cabeza", es el síntoma clínico más frecuente durante la infancia, generalmente el primero que el niño es capaz de identificar y expresar a sus padres, e indudablemente, el que más consultas médicas va a condicionar a lo largo de su vida.

Los estudios epidemiológicos recogen frecuencias muy variables de cefaleas en la infancia y la adolescencia debido, pensamos, a las diferencias metodológicas entre ellos. Aun a pesar de dichas limitaciones, todos los estudios coinciden en afirmar el incremento progresivo de dicha frecuencia con la edad.

De forma clásica el dolor de cabeza en la infancia y adolescencia ha sido considerado un síntoma de gran importancia para el diagnóstico precoz de procesos intracraneales graves.

Sin embargo, es importante señalar que en un gran porcentaje de casos se trata simplemente de un síntoma trivial, que se acompaña de una gran alarma familiar entre la posibilidad de que se trate de un tumor cerebral u otra enfermedad intracraneal y donde la exploración tiene una función tranquilizadora.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado todos los niños que han acudido a un consultorio de Neuropsiquiatría del ISM en Algeciras y que se quejaban de cefaleas durante un período de tiempo comprendido entre febrero y mayo de este año.

Se analizan las variables edad, sexo y diagnóstico final. Se estudiaron un total de 93 niños, 29 varones y 64 hembras. Todos ellos con padres de un nivel socioeconómico similar procedente del sector pesquero. Se les realizó una historia clínica completa, pruebas analíticas, y complementarias (TCM, RM, EEG).

## RESULTADOS

El total de niños de edades comprendidas entre los 3 y 18 años que acudieron al consultorio de Neuropsiquiatría del ISM en Algeciras durante el período de febrero a mayo de este año ambos inclusive fueron 205, de los cuales 114 eran hembras (55,6%) y 91 varones (44,4%).

De éstos presentaban el síntoma cefaleas como motivo de consulta 93 niños, es decir el 45,36%, de la

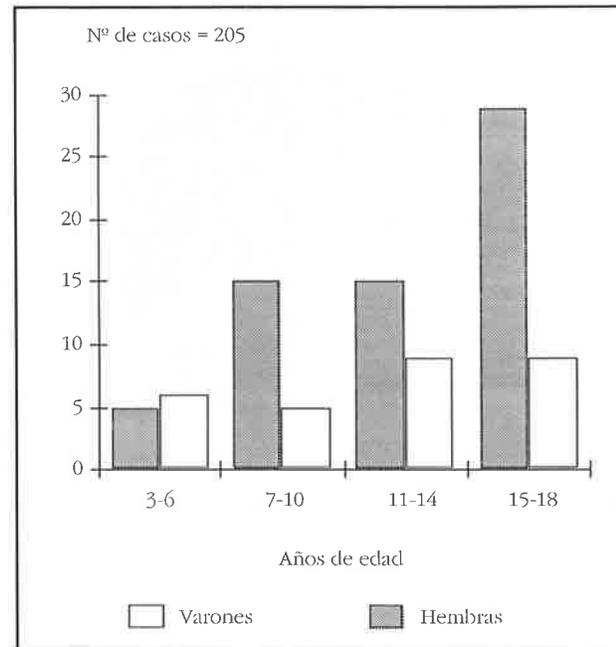


Figura 1. Distribución según edad y sexo.

muestra frente al 54,63% que presentaban otros síntomas. De este 45,36%, más de la mitad 68,82% corresponden a hembras y el 31,18% a varones.

En cuanto a la edad su valor medio se sitúa en 11,8 años (12 años para los varones y 12,53 para las hembras) con una mediana de 13 años (12 años para los primeros y 13 años para los segundos).

Por grupos de edades la frecuencia de presentación de las cefaleas se acentúa con la edad, lo que estaría de acuerdo con lo encontrado en otros estudios según los cuales esta frecuencia pasaría del 37,7% en niños de siete años a 69% cuando tienen 14 años (Fig. 1).

Analizando la distribución seguida por la muestra según las variables anteriores (edad y sexo) encontramos que, tal como se ha comentado, predominan las hembras, salvo en el primer grupo de tres a seis años, mostrando cómo esta relación es máxima en los grupos de 15-18 años y en menor medida en el grupo de 7-10 años (Fig. 1).

Algunos estudios similares consultados encuentran, coincidiendo con nuestra experiencia, mayor porcentaje de varones hasta los siete años, mostrando sin embargo un predominio de las mujeres a partir de dicha edad.

104

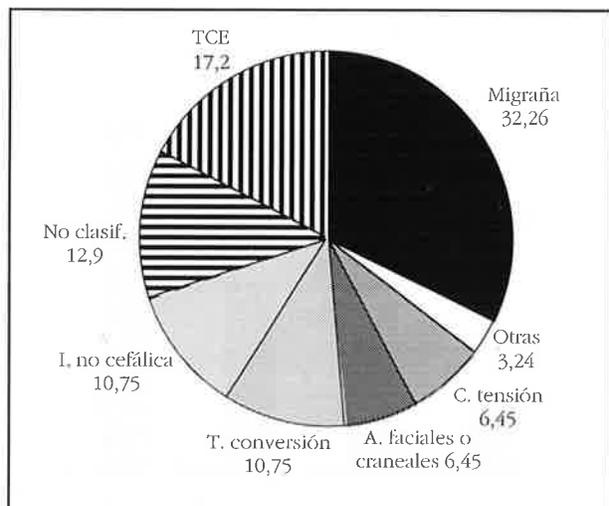


Figura 2. Diagnósticos (%).

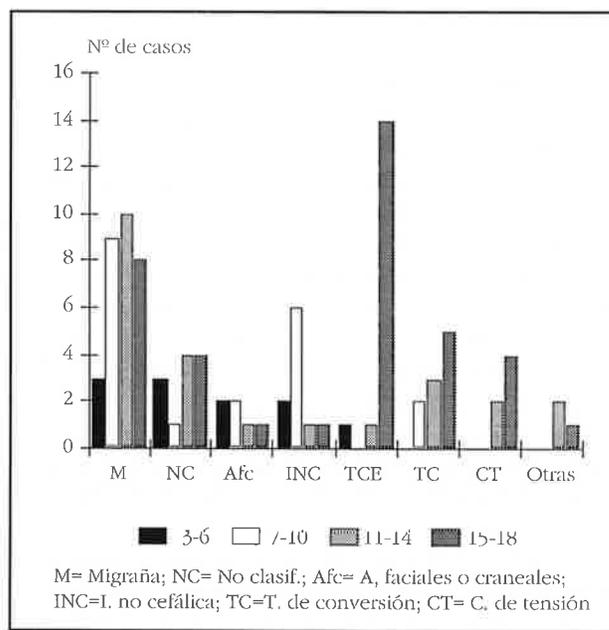


Figura 3. Distribución de diagnósticos según edad.

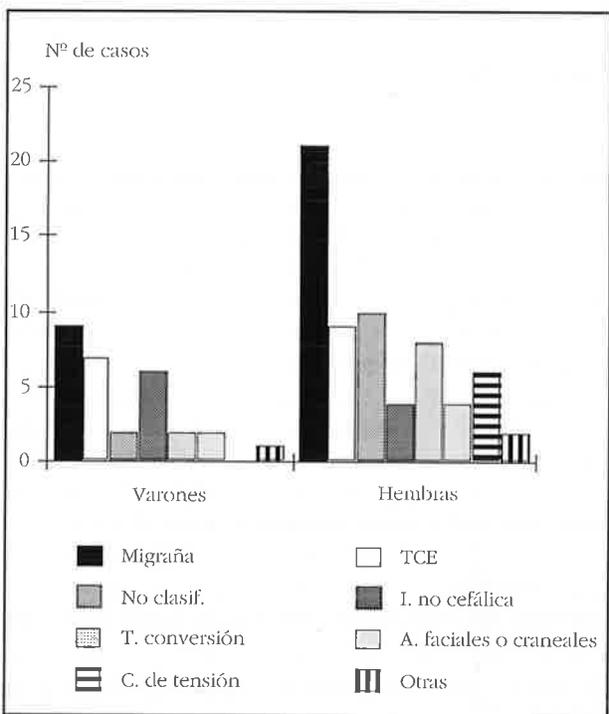


Figura 4. Distribución de diagnósticos según el sexo.

Respecto a los diagnósticos establecidos finalmente, destaca en primer lugar la *migraña*, con un 32,26% se-

guida de las *cefaleas asociadas a TCE* con un 17,20%. *No clasificadas* apartado que engloba aquellos casos en los que no se encuentra patología y en los que demandan una exploración tranquilizadora con un 12,90%, *cefaleas asociadas a infección no cefálica* el 10,75%, con igual porcentaje los *trastornos de conversión, alteraciones craneales, cuello, ojos...* u otras estructuras faciales o craneales y *cefaleas de tensión* el 6,45%, *cefaleas asociadas a hipertensión intracraneal* el 2,15% y *cefaleas que se incrementan con el ejercicio físico* el 1,08% (Fig. 2).

Cabe destacar la escasa frecuencia de los cuadros de hipertensión intracraneal asociados a cefaleas que hemos encontrado. De este modo vemos la controversia planteada por muchos padres que al llevar a sus hijos a la consulta muestran como principal preocupación la posibilidad de que éstos tengan un tumor cerebral u otra enfermedad intracraneal grave y que en nuestro caso vendrán a engrosar en gran medida el grupo que hemos catalogado como no clasificable.

Como diagnóstico más frecuente encontramos la *migraña* como ocurre en otros estudios consultados donde se le señala como uno de los procesos más frecuentes dentro de las cefaleas en la infancia (Starfield y cols.).

Siguiendo con los diagnósticos, si los analizamos según las edades (Fig. 3) encontramos la *migraña* como el más frecuente en todos los grupos de edad, salvo en el de 15 a 18 años donde son las cefaleas asociadas a TCE el que predomina. Las no clasificadas presentan unos valores semejantes en las diferentes edades, siendo algo menor en la banda de 7 a 10 años. Los T. de conversión así como las cefaleas de tensión se incrementan conforme aumenta la edad de los enfermos. El resto de los diagnósticos aparecen en valores inferiores.

En relación con el sexo, vemos cómo las patologías más frecuentemente encontradas, predominan en las hembras (Fig. 4).

## CONCLUSIONES

En el estudio realizado, constatamos que el 45,36%

de los niños que consultaban lo hacían con el síntoma cefaleas. Más de la mitad eran hembras, situándose la edad media en un valor medio de 11,8 años y una mediana de 12 años para los varones y de 13 años para las hembras.

La frecuencia de presentación del síntoma cefalea como motivo de consulta se incrementa con la edad y es mayor en el sexo femenino a partir del grupo de edad de 7-10 años. Los grupos diagnósticos que aparecen con más frecuencia son: la *migraña* con un 32,26%, independientemente de las variables edad y sexo, seguido del apartado no clasificable y de las cefaleas asociadas a TCE.

Todas predominan en el sexo femenino, a partir de los siete años para la primera, en el grupo de 15-18 años para la última y de forma similar para el grupo no clasificable, con menor intensidad en el grupo de 7-11 años.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 DSM III R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- 2 Elser JM. Cefaleas en la infancia. *Contem Pediatr* 1992;2(5):237-244.
- 3 Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain* 1991;46:247-264.
- 4 Publicación de la XXIX Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría. *Cefaleas en el niño y adolescente*. Herranz Fernández JL.
- 5 Verhulst FC. Epidemiología en Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Psiquiatr Inf Juvenil* 1983;3:149-153.

**F. Rey Sánchez<sup>1</sup>**  
**F. J. Samino Aguado<sup>1</sup>**  
**M. J. Lorenzo Bragado<sup>1</sup>**  
**A. Pendas Campos<sup>1</sup>**  
**J. R. Gutiérrez Casares<sup>2</sup>**

## Hallazgos en la exploración urodinámica de niños afectos de enuresis

- 1 Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario, Salamanca  
2 Servicio de Psiquiatría, Hospital Regional Universitario "Infanta  
Cristina", Badajoz

### *The outcomes of a urodynamic study in children with enuresis*

**Correspondencia:**

F. Rey Sánchez  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Clínico Universitario  
Pº de San Vicente, 58-182  
37007 Salamanca

#### **RESUMEN**

Durante los años 1991 y 1992 fueron atendidos en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil un total de 70 niños enuréticos. A 44 de ellos se les realizó estudio urodinámico (63%). En el presente trabajo exponemos los resultados de estas exploraciones. Un 70% (31 niños) de los estudios arrojaron resultados patológicos. Las anomalías detectadas con mayor frecuencia fueron disminución de la capacidad vesical, en un 50% de los casos (15 niños) y la inestabilidad vesical, en un 43% de los casos (13 niños). En cuatro niños aparecieron ambas. En seis niños (20%) se detectaron estenosis uretrales, cuya significación es discutible.

#### **PALABRAS CLAVE**

Enuresis; Inestabilidad; Urodinamia; Capacidad vesical.

#### **ABSTRACT**

*During 1991 and 1992, 70 enuretic children came by first time to our Child Psychiatric Unit. Urodynamic studies were carried out with 44 of them (63%). In this paper we show the outcomes of these studies. The outcomes were abnormal in 31 children (70%). The more common anomalies were: small bladder capacity (50%), and unstable bladder (43%). Four children were both small and unstable bladder.*

#### **KEY WORDS**

*Enuresis; Unstable; Urodynamic; Bladder capacity.*

## INTRODUCCIÓN

La palabra enuresis deriva de un vocablo griego que puede traducirse aproximadamente como "orinar".

La primera descripción de la enuresis proviene de un papiro egipcio, el de Ebberth, en el cual se describía un remedio para los niños afectados de esta patología consistente en un grano de enebro, un fruto de ciprés y una medida de cerveza.

Clásicamente se ha definido la enuresis como emisión involuntaria de orina, de día o de noche, en momentos y lugares considerados socialmente inapropiados, cuando el sujeto cuenta con la edad suficiente para haber adquirido un adecuado control sobre su vejiga y sin la existencia de una patología orgánica que lo justifique.

El DSM-III-R<sup>(1)</sup> sigue en líneas generales esta definición, aunque considera también como enuresis la emisión voluntaria de orina. Este último punto es contestado por la mayoría de los autores.

Se pueden distinguir tres tipos de enuresis según el momento del día en que se produzca la micción: nocturna, diurna y mixta.

Según la existencia o no de control esfinteriano previo, se subdividen en primarias (o continuas), si el niño no ha presentado nunca un período de continencia suficientemente largo, y secundarias o discontinuas si ha presentado por lo menos seis meses de continencia y durante ese tiempo ha sido capaz de controlar el funcionamiento esfinteriano.

En lo referente a su edad de inicio, aún se continúa debatiendo la edad a partir de la cual un niño puede ser considerado enurético. Esta edad varía entre las diferentes culturas, pero se estima que se sitúa entre los tres y cinco años<sup>(2-4)</sup>.

Aunque la incidencia de este trastorno es controvertida, se calcula que afecta aproximadamente al 20% de los niños de cinco años. Este porcentaje disminuye con la edad. Así, a los 10 años son enuréticos el 10% de los niños, y sólo el 2% lo son a los 12 años<sup>(2,3,5)</sup>.

En lo referente a la distribución por sexos, la mayoría de los trabajos sobre el tema publicados hasta el momento adjudican una mayor incidencia al sexo masculino en una proporción que varía entre 1,3 y 1,7:1, aumentando con la edad.

## Factores etiológicos

No está demostrado un único factor etiopatogénico para la enuresis; su origen sería, pues multifactorial<sup>(2-4,6)</sup>.

Desde el punto de vista psicodinámico, resaltar los trabajos de Freud y Fenichel al respecto. Para Freud, la enuresis sería un equivalente masturbatorio (síntoma conversivo), mientras que para Fenichel sería una forma de agresión hacia los padres (mecanismo de desplazamiento).

Conductualmente, la etiología de la enuresis se ha relacionado con un aprendizaje incorrecto de las respuestas inhibitorias de la micción.

Entre los factores biológicos asociados con este trastorno, el sueño ha sido uno de los que con más frecuencia ha sido objeto de estudio, no obstante, los hallazgos no han sido definitivos, ya que no se han podido demostrar diferencias significativas en la arquitectura del sueño entre niños sanos y niños enuréticos.

Los factores genéticos también han sido considerados por múltiples autores. Järvelin y cols. demostraron que el riesgo de que un hijo de padres enurético fuera asimismo enurético es 7,1 veces mayor que si su padre no lo era. Para el caso de que la afectada fuera la madre, el riesgo relativo era menor, concretamente 5,2<sup>(7)</sup>.

Una patología que se ha relacionado clásicamente con la enuresis ha sido la espina bífida, ya sea evidente u oculta. Este hipotético factor etiopatogénico es hoy contestado por la mayoría de los autores.

Recientemente se ha especulado con la importancia que podrían tener los factores urodinámicos en la etiología de la enuresis. Para abordar este tema, objeto del presente estudio, es preciso partir de dos definiciones básicas:

*Capacidad vesical funcional (CVF)*: volumen de orina a partir del cual se inician las contracciones del detrusor y, por tanto, las ganas de orinar.

*Capacidad vesical máxima (CVM)*: volumen máximo de orina evacuado en una sola micción.

Se han llevado a cabo numerosos estudios acerca de la capacidad vesical de niños enuréticos. Ya en 1950, Hallman halló que la capacidad vesical de niños enuréticos era significativamente menor que la de niños continentales. Todas las investigaciones realizadas posteriormente han arrojado similares resultados. A este respecto destacar las investigaciones de Zaleski y cols. en 1973<sup>(8)</sup>. Estos autores encontraron que las CVM de 75

108 niños enuréticos eran significativamente inferiores a las de 223 niños controles. No obstante, conviene destacar que a pesar de esa CVM menor, un 24% poseían una CVM dentro de la normalidad.

En este mismo trabajo también se prestó atención a la CVF de estos niños, la cual también estaba reducida, emitiendo los enuréticos menor cantidad de orina por micción que los niños control.

En resumen, de estas investigaciones pueden extraerse varias conclusiones:

- 1) Los niños enuréticos tienen capacidades vesicales máximas menores que los niños normales.
- 2) Orinan con más frecuencia que los no enuréticos.
- 3) Tienen capacidades vesicales funcionales inferiores a las detectadas en los no enuréticos.

Destacar que Troup y Hogdson estudiaron capacidades vesicales, bajo anestesia general, de niños enuréticos y controles y arrojaron volúmenes similares en ambos grupos. En consecuencia, la anomalía responsable de estas alteraciones no es estructural, sino funcional.

Estas anomalías funcionales parecen consistir en dos fenómenos:

- 1) La presión intravesical para un determinado volumen de orina es mayor en niños enuréticos que en niños normales.

2) La amplitud de las contracciones del detrusor es mayor en enuréticos.

La conjunción de estas dos características provoca que el detrusor sufra contracciones que el sujeto es incapaz de inhibir. Es la llamada inestabilidad vesical, descrita por Bates en 1971.

Según Mayo y Burns<sup>(9)</sup> el 51% de los niños enuréticos presentarían inestabilidad vesical, un 16% tendrían un residuo miccional excesivo y sólo un 33% serían urodinámicamente normales.

No obstante, existen estudios que parecen ir en contra de todo lo expuesto anteriormente. Entre éstos, destacan los llevados a cabo en Dinamarca por Norgaard en 1985 y 1986. Estos autores concluyeron que los estudios urodinámicos de un grupo de sujetos enuréticos eran esencialmente normales y además, en una serie de cistomanometrías realizadas en estos niños durante el sueño, concluyeron que las contracciones inestables de la vejiga eran muy escasas y que, cuando aparecen, no guardaban relación con el episodio enurético. Para estos autores, el episodio enurético es una micción prácticamente normal, favorecida por contracciones vesicales completamente estables.

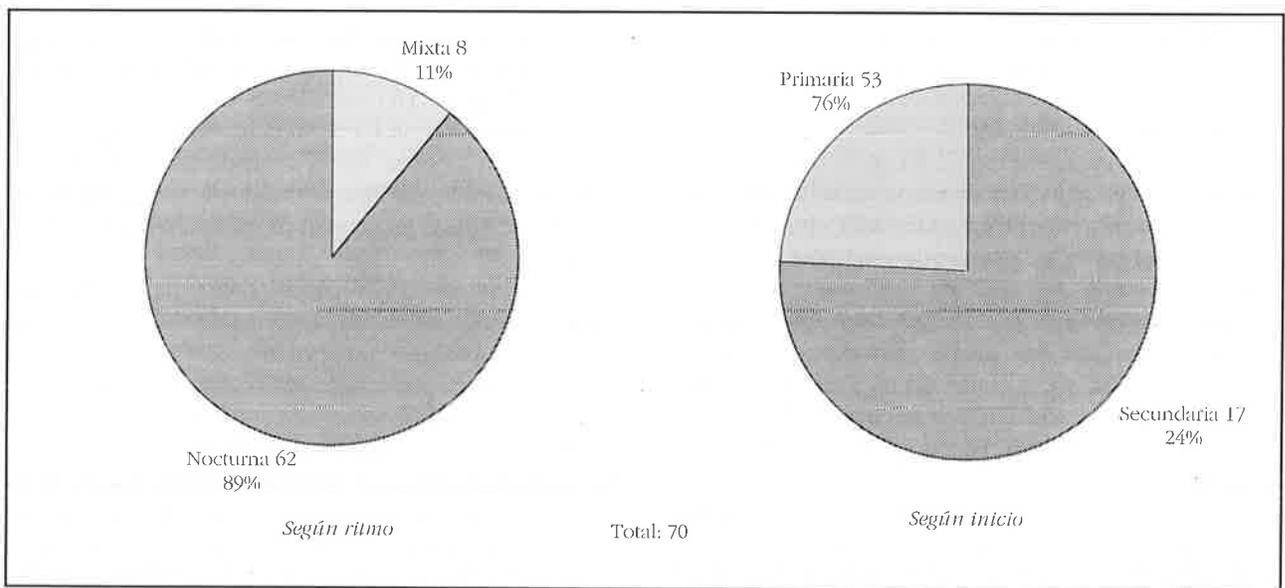


Figura 1. Tipos de enuresis.

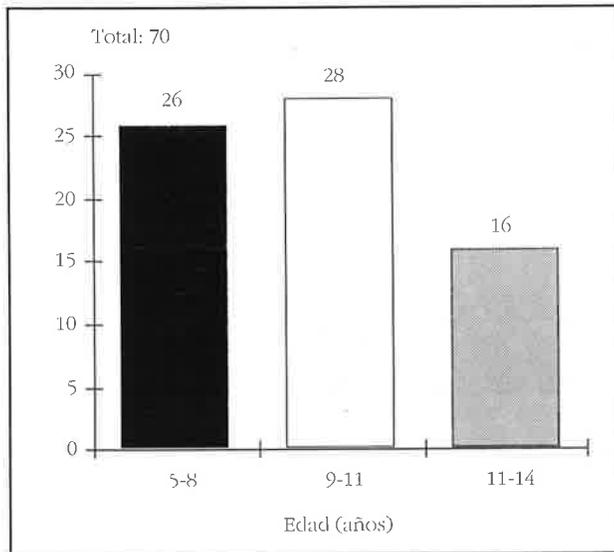


Figura 2. Distribución según edad.

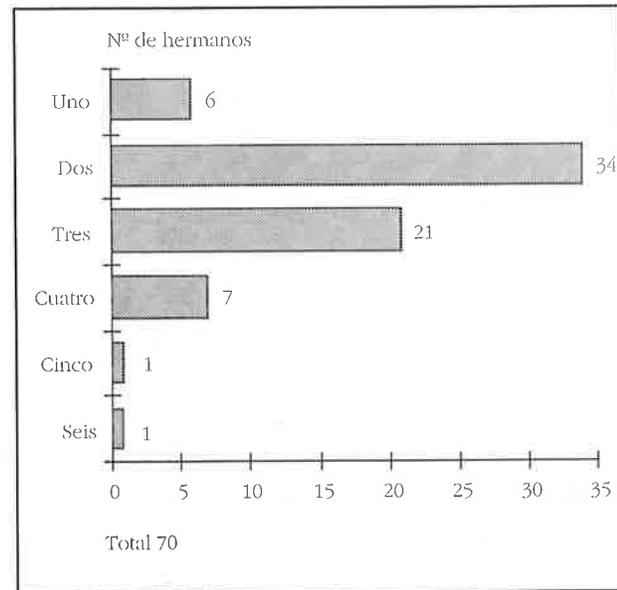


Figura 3a. Distribución según número de hermanos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos estructurado el presente trabajo como un estudio observacional descriptivo. Para llevarlo a cabo hemos realizado una revisión de las historias de niños atendidos en primera consulta durante los años 1991 y 1992. De un total de 371, 70 (18,9%) fueron diagnosticados de enuresis según criterios DSM-III-R. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes enuréticos vistos por primera vez en consulta entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 1992, mayores de cinco años de edad y que hubiesen sufrido un mínimo de dos episodios de enuresis por mes si el niño tenía de cinco a siete años de edad, y un episodio por mes en niños mayores de siete años. Como criterios de exclusión se emplearon la presencia de enfermedad somática intercurrente: diabetes mellitus, diabetes insípida, infección del tracto urinario o epilepsia; también fueron excluidos los niños afectados de cualquier grado de retraso mental.

De los 70 niños estudiados, 62 (88%) padecían enuresis nocturna, ocho (11%) mixta y ninguno diurna. En lo referente al control esfinteriano previo, 53 (76%) eran del tipo primario y 17 (24%) del secundario (Fig. 1). En la distribución por sexos predominaban los hombres: 42 (60%) frente a las mujeres: 28 (40%).

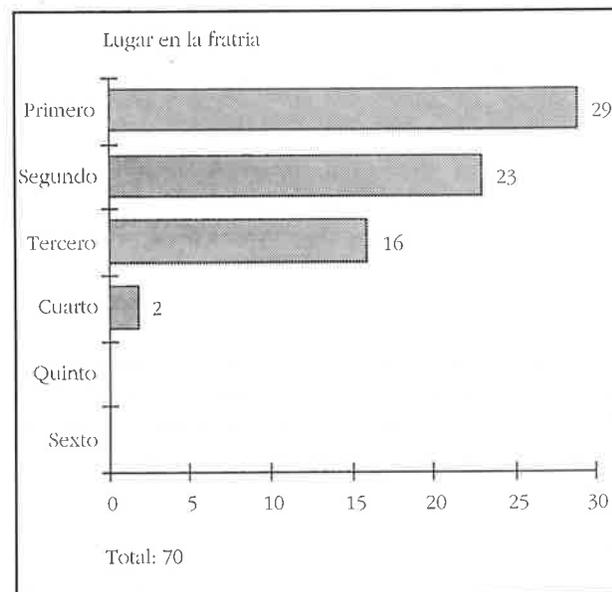


Figura 3b. Distribución según lugar en la fratria.

La edad media de los niños era de  $8,47 \pm 2,41$  años, con un mínimo de 5 y un máximo de 14. La distribución por edades aparece en la figura 2.

110

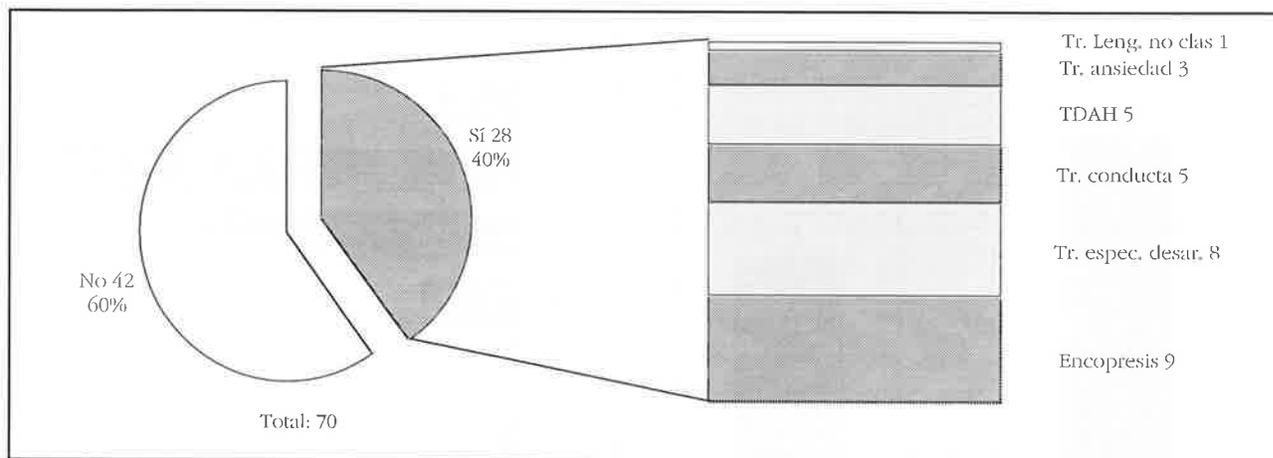


Figura 4. Otras patologías psiquiátricas.

En lo referente a las características sociodemográficas se valoraron:

- Procedencia de la familia (rural *vs* urbana): 32 niños (46%) procedían de zonas urbanas y 38 (54%) de zonas rurales.
- Número de hermanos (Fig. 3a). Predominan claramente las familias con dos hijos, 34 en total, que supone un 49%.
- Lugar en la fratria, predominan los hermanos mayores (29, que suponen un 41%) (Fig. 3b).
- Edad materna. La media de edad es de  $36,21 \pm 7,05$  con valores extremos de 57 y 23 años.
- Edad paterna. La media de edad es de  $38,94 \pm 7$  y los valores máximo y mínimo 56 y 27 años respectivamente.

Atendiendo a la presencia de otra patología psiquiátrica acompañante, observamos que la mayoría de los niños (42, un 60%) no presenta. De los 28 niños restantes, un 40% padece algún tipo de trastorno, destacando la encopresis (nueve casos) y los trastornos específicos del desarrollo (ocho casos) (Fig. 4).

Del total de 70 casos de enuresis recogidos, se le practicó estudio urodinámico a 44 (63%).

Los estudios fueron realizados por la Unidad de Urodinámica del servicio de Urología del Complejo Hospitalario de Salamanca, y se practicaron diversas exploraciones:

*Exploración física:* abdomen, genitales externos, sensibilidad perineal y tacto rectal.

*Flujometría:* se determina el volumen miccional, flujo máximo, flujo medio, tiempo de micción y residuo postmiccional.

*Cistomanometría:* capacidad vesical, presión del detrusor al llenado, volumen a partir del cual se presenta el primer deseo miccional y volumen para el que se producen contracciones involuntarias del detrusor, caso de que existan.

*Test presión detrusor/flujo miccional:* determinación de presión máxima del detrusor en contracción voluntaria, flujo máximo, flujo medio, tiempo de micción y residuo postmiccional.

*Electromiografía de esfínteres:* no se realiza de manera sistemática, sólo si se sospecha alteración neuromuscular.

En los casos en que el estudio urodinámico arrojará resultados patológicos, y fuera precisa la instauración de tratamiento, realizamos una nueva exploración 6-8 meses después, a fin de conocer la evolución anatómico-fisiológica vesical.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como ya comentamos anteriormente, de los 70 niños enuréticos que acudieron por vez primera a consultas durante los años 1991 y 1992, les fue practicado estudio urodinámico a 44 (63%). De éstos, 31 (70%) fue informado como patológico, y 13 (30%) normal (Fig. 5a). Estas proporciones coinciden, *grosso*

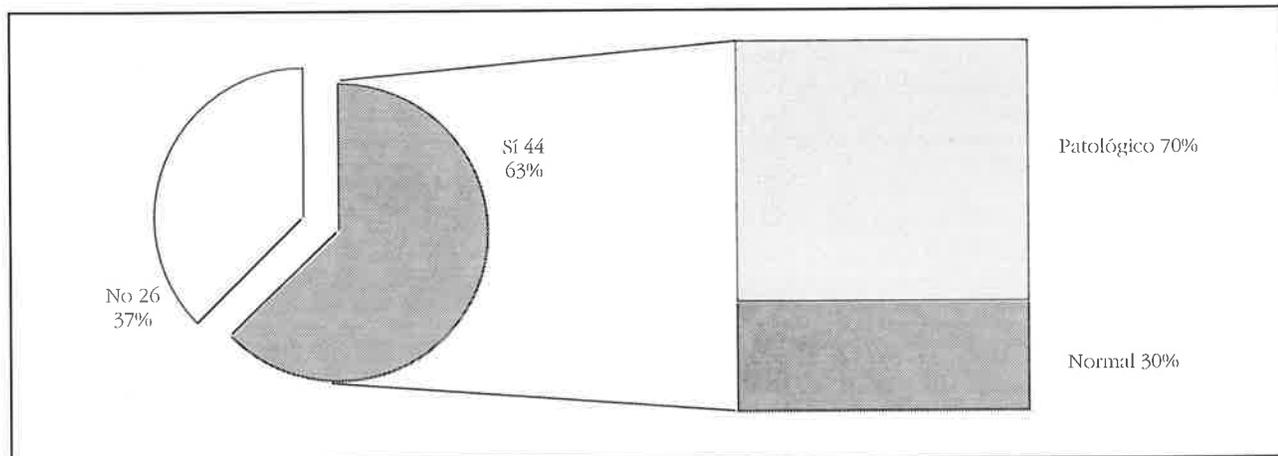


Figura 5a. Estudio urodinámico.

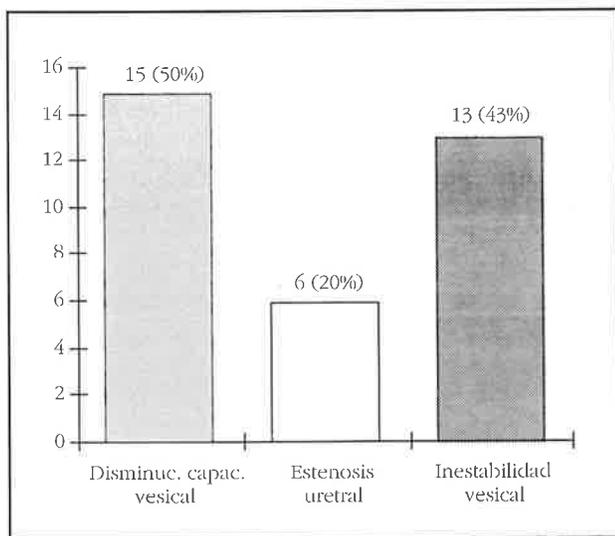


Figura 5b. Hallazgos urodinámicos.

modo, con las publicadas por Mayo y Burns, citadas anteriormente.

Los hallazgos patológicos del grupo con alteraciones urodinámicas se exponen en la figura 5b. Destaca la elevada frecuencia con que aparece la disminución de la capacidad vesical (50%), y la inestabilidad vesical (43% de los estudios patológicos). En cuatro casos aparecen asociadas ambas, de ahí que el número total de hallazgos sea mayor que el de casos.

En los estudios urodinámicos también aparecen seis pacientes en los que se detectó estenosis uretral, en algunos de ellos asociados a válvulas uretrales. La relación de estas anomalías con la enuresis es controvertida, pero la tendencia actual es a considerarlas dos entidades no relacionadas entre sí. En un estudio realizado por Cohen en 1975, no halló anomalías de este tipo más que en un 3% de los niños enuréticos que acudían a una consulta de pediatría.

Independientemente de la actitud terapéutica que cada profesional pueda seguir para el control de la enuresis, preconizamos la conveniencia de utilizar imipramina u oxibutinina en los casos de vejiga inestable y/o capacidad disminuida, acompañados de entrenamiento del paciente con el fin de aumentar su retención urinaria vesical.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third edition revised, 1987.
- 2 Ollendick TH, Hersen M. *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- 3 Toro J. *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
- 4 Fergusson DM y cols. Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8-year longitudinal study. *Pediatrics* 1986;78(5):884-890.

---

F. Rey Sánchez  
F. J. Samino Aguado  
M. J. Lorenzo Bragado  
A. Pendas Campos  
J. R. Gutiérrez Casares

Hallazgos en la exploración urodinámica de niños afectados de enuresis

- 112 5 De Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*, Barcelona: Masson, 1990.
- 6 Acosta A, Freire F, Rey F, López G. Estudio de los factores etiopatogénicos de la enuresis en nuestro medio. *Actas del IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*. Valencia, 1984.
- 7 Jarvelin MR y cols. Enuresis in seven-year-old children. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1988;**77**(1):148-153.
- 8 Zaleski A, Gerrard JW, Shoikeir MHK. Nocturnal enuresis: the importance of a small bladder capacity. En: *Bladder control and enuresis*. Londres: Heinemann, 1973.
- 9 Mayo ME, Burns MW. Urodynamic studies in children who wet. *British Journal of Urology* 1990;**65**:641-645.

**L. Rocabayera**  
**M. Bargadà**  
**M. L. Teixidó**  
**A. Bielsa**  
**X. Gastaminza**  
**J. Tomás**

Unidad de Psiquiatría  
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron  
Barcelona

**Correspondencia:**

L. Rocabayera  
Unidad de Psiquiatría  
Hospital Universitario Materno-Infantil. Vall d'Hebron  
Pg. Vall d'Hebron, 119-129  
08035 Barcelona

Estudio psicológico evolutivo de  
niños con hipotiroidismo  
congénito

*Developmental psychologic study  
of children with congenital  
hypothyroidism*

**RESUMEN**

El presente estudio recoge una muestra de 40 niños con hipotiroidismo congénito distribuidos en dos grupos: 13 pacientes, todas niñas con agenesia de la glándula y 27 pacientes, (18 niñas y 9 niños) con tiroides ectópica. Edad media de las agenesias al inicio del tratamiento:  $X=27,7$  días y la de los hipofuncionante  $X=28,3$ . Media de la T4 en la agenesias  $X=1,06$  y en las hipofuncionantes  $X=3,89$ . El nivel socioeconómico y cultural es similar en los dos grupos. Se exponen los resultados de tres evaluaciones: a los dos, cuatro y seis años. Las pruebas usadas han sido Denver, McCarthy, Rey y Wisc y la historia clínica informatizada en la que se consideran datos sobre desarrollo motriz, conducta del sueño, alteraciones relacionales, trastornos del lenguaje, trastornos de la ansiedad y adaptación extrafamiliar. Así mismo se ha valorado el nivel de ansiedad de los padres con el cuestionario de ansiedad STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Los resultados muestran una distribución de los niveles intelectuales similar a los de la población general. A los dos años aparecen problemas en la motricidad fina y su conducta personal social se halla poco desarrollada. Se señalan porcentajes elevados

de niños con trastornos del sueño. A partir de los cuatro años aparecen, además, trastornos del lenguaje, conducta tiránica y absorbente, y alteraciones de la percepción. En ninguno de estos parámetros existen diferencias significativas según las etiologías. En cambio a los seis años, y en el grupo de las agenesias, manifiestan conductas de inhibición y sintomatología ansiosa que coincide con el período de escolarización y en el grupo de las agenesias y con diferencias significativas con la glándula hipofuncionante y con las otras edades. En general los niveles de ansiedad de las madres son superiores a la de los padres y ésta disminuye con el aumento de la edad del hijo.

**PALABRAS CLAVE**

Hipotiroidismo congénito; Desarrollo psicomotor;  
Problemática psicológica.

**ABSTRACT**

*The present study comprises a sample of 40 children congenital hypothyroidism distributed in two groups:*

- 114 *13 patients, all girls with gland agenesis and 27 patients (18 girls and 9 boys) with ectopic thyroids. Mean age of the girls with agenesis at the start of treatment was  $X=27.7$  days and  $X=28.3$  in those with hypofunction. Mean T4 in girls with agenesis was  $X=1.06$  and  $X=3.89$  in those with hypofunction. Socio-economic and cultural levels were similar in both groups. The results of 3 evaluations at 2, 4 and 6 years are presented. Tests used were Denver, McCarthy, Rey and WISC, together with a computerized clinical history in which data on motor development, sleep behaviour, relationship alterations, language disorders, anxiety levels of the parents were assessed by the STAI (state-trait anxiety inventory) anxiety questionnaire. Results show an intellectual level distribution similar to that of the general population. Fine motor problems appeared at 2 years and personal social behaviour was under-developed. Percentages of children with sleep disorders were high. Furthermore, from 4 years on, language disorders, tyrannical and absorbent behaviour and perceptions alterations were detected. No significant differences were observed in any of these parameters according to their aetiologies. In contrast, at 6 years, and in the agenesis group, inhibited behaviour and anxiety symptoms became evident, coinciding with the schooling period and with significant differences between the hypofunctioning gland and the other ages. In general, anxiety levels of the mothers were higher than those of the fathers and decreased as the child grew older.*

#### KEY WORDS

*Congenital hypothyroidism; Psychomotor development; Psychologic problems.*

#### INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo congénito era una de las causas reconocidas que producían retraso mental en los niños hasta el momento en que las técnicas de despistaje han permitido la puesta en marcha de terapias precoces, que aminoran las adversidades psicológicas.

Hasta hace unos años el diagnóstico del hipotiroidismo congénito se realizaba al mismo tiempo en que aparecían los síntomas de la enfermedad, e incluso éstos, se agravaban antes de ser correctamente interpretados. Síntomas tales como: retraso del crecimiento y del desarrollo psicomotor, apatía, alteración de la alimentación, etc.<sup>(1)</sup>. Actualmente esta enfermedad se diagnostica durante las primeras semanas de vida del niño.

La prognosis mental de los hipotiroidismos congénitos mejora significativamente cuando el tratamiento empieza antes de los siete meses<sup>(2)</sup>. Así mismo, diversos estudios han demostrado que los niveles del CI son más elevados cuando el tratamiento se inicia antes de los tres meses<sup>(3,4)</sup>. Aunque, Rovet y cols.<sup>(5)</sup>, usando el Griffiths y el Wechsler, hallaron que los CI de sus pacientes eran superiores a los CI dados por los pacientes que habían sido diagnosticados y tratados a edades superiores, pero con diferencias significativas con sus hermanos.

Vemos pues que, en la bibliografía especializada, se encuentran a menudo datos relativos al retraso del desarrollo de estos niños, pero hay pocas referencias a otro aspectos psicológicos.

Es frecuente que los padres de estos niños vivan la enfermedad de sus hijos con ansiedad e incluso muchos la asemejan a una enfermedad crónica, generándoles actitudes que pueden desencadenar trastornos en las conductas de los niños y alguna conflictiva de tipo emocional. En el momento del diagnóstico los padres se encuentran frente a una enfermedad grave. La insuficiencia tiroidea les plantea muchos temores, tanto a nivel neurológico, fisiológico como patológico. Una incertidumbre acerca de su futuro, de su CI y de la evolución de su personalidad, prestando una especial atención a características de su comportamiento, que hubieran pasado desapercibidas si no estuvieran enfermos.

Esto puede desencadenar un grado de ansiedad aunque el niño no presente aspecto de enfermo. La enfermedad asume consecuentemente para los padres, un connotación fantasmática<sup>(1)</sup>. Ha sido esto lo que ha promovido nuestro interés a iniciar un estudio que analice estos aspectos.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

En el estudio se recoge una muestra de 40 niños con hipotiroidismo congénito, diagnosticados en el Servicio

**Tabla 1 Relación edad media al inicio del tratamiento**

	Media	DB	Casos
Población total	28,12 días	7,1	40
Agnesias	27,76 días	8,4	13
Hipofunción	28,29 días	6,5	27

**Tabla 3 Nivel socioeconómico-cultural**

	Eco. bajo	Eco. medio	Cul. bajo	Cul. medio	Total
Agnesia	8	5	7	6	13
Hipofunción	17	10	16	11	27

de Endocrinología del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron.

Para determinar si existían diferencias psicológicas según la etiología del hipotiroidismo, se distribuyeron los niños en dos grupos: uno de 13 pacientes, todas niñas, con agnesia de la glándula, y otro de 27 pacientes (9 niños y 18 niñas) con tiroides ectópica, la mayoría con glándula hipofuncionante.

La edad media al inicio del tratamiento de las agnesias era de  $X=27,7$  días y la de los hipofuncionantes  $X=28,3$  días. La media de la T4 en las agnesias era de  $X=1,06$  y en las hipofuncionantes  $X=3,89$  (Tablas 1 y 2).

El nivel socio-económico y cultural es medio-bajo en los dos grupos (Tabla 3).

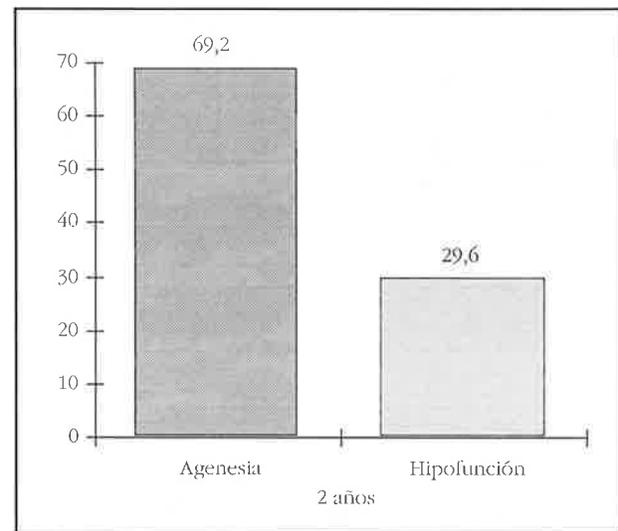
Estos pacientes han sido explorados y controlados en la Unidad de Psiquiatría del mismo Hospital en diferentes etapas de su desarrollo. No existe grupo control; es un estudio evolutivo y se exponen los resultados de tres evaluaciones: la primera a los dos años, la segunda a los cuatro y la tercera a los seis años.

Las pruebas empleadas han sido: historia clínica (Tomás, 1991) de la cual se han considerado datos sobre desarrollo motriz, conducta del sueño, alteraciones relacionales, trastornos del lenguaje, adaptación extrafamiliar y trastornos de la ansiedad ya que parecía que en estos factores estos niños presentaban cierta dificultad.

A los dos años se les exploró a través del Denver y del McCarthy. El primero especifica el desarrollo del lenguaje, la conducta personal-social, motor fino y motor grueso y el McCarthy el nivel general cognitivo. A los cuatro años también se utilizó el McCarthy, y para determinar la percepción a esta edad se usó Figura de

**Tabla 2 Niveles T4 al inicio del tratamiento**

	Media	DB	Casos
Población total	2,97	2,63	40
Agnesias	1,06	0,24	13
Hipofunción	3,89	2,76	27



**Figura 1. Retraso psicomotoriz,**

Rey y Bender. Estas mismas pruebas permitieron evaluar la percepción a los seis años, junto al WISC para medir el nivel intelectual.

Al mismo tiempo y en cada una de las evaluaciones de sus hijos, a todos los padres se les valoró el nivel de ansiedad, mediante el Cuestionario de STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

**RESULTADOS**

En el grupo de las agnesias se ha hallado el 69,2% de niñas con retraso psicomotoriz, y el 29,6 en el grupo de los hipofuncionantes; existen pues, diferencias entre ambos grupos, diferencias que, mediante la prueba de  $\chi^2$ , realizando primero la prueba de Yates, se ha demostrado son estadísticamente significativas ( $\chi^2=5,63$ ;  $p=0,0176$ ) (Fig. 1).

Las puntuaciones halladas en el McCarthy a los dos años nos indican que el nivel cognitivo de la mayoría de

116

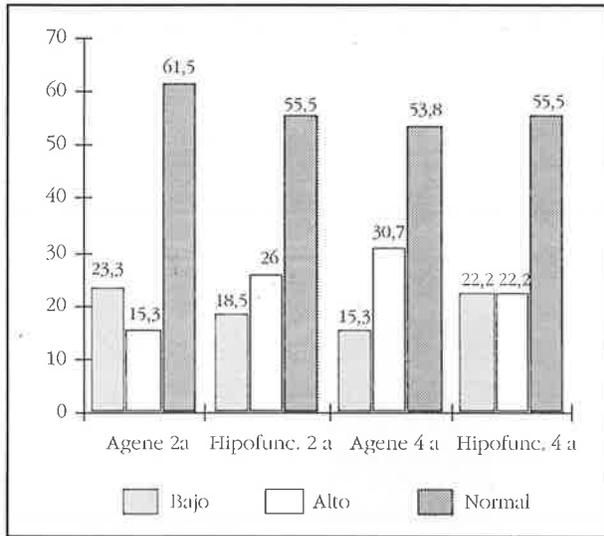


Figura 2. McCarthy, Nivel cognitivo.

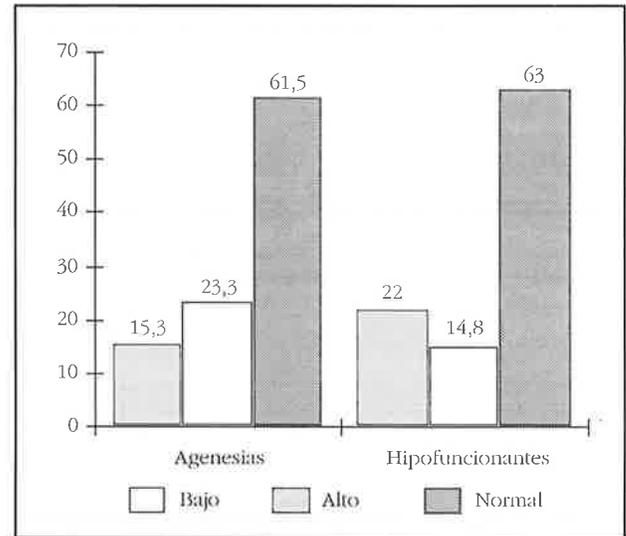


Figura 3. Inteligencia 6 años (WISC).

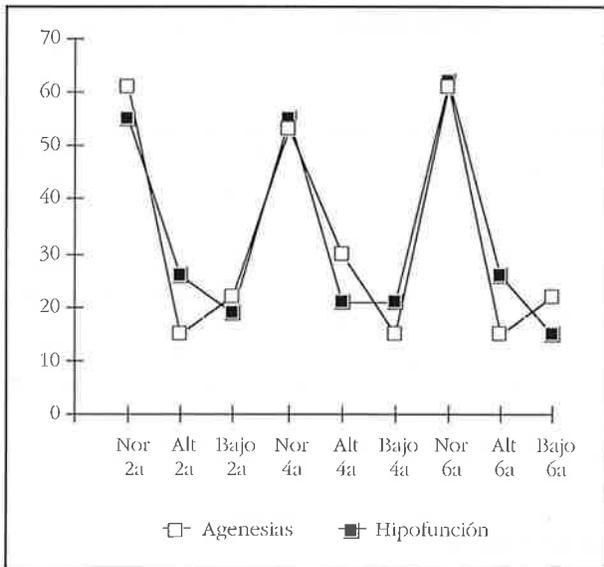


Figura 4. Total Inteligencia: a los 2, 4, y 6 años.

las agencias ha sido normal, aunque se observó un 23% con nivel bajo. Resultados similares se obtienen en el grupo de las glándulas hipofuncionantes. Cuando estos niños alcanzan la edad de cuatro años los resultados que se obtienen son parecidos (Fig. 2). Aunque cabe señalar que en las escalas de motricidad y verbal del

McCarthy se obtienen puntuaciones más bajas. En la escala de motricidad se obtiene una puntuación típica media de 41 a los dos años en las agencias y 44 en las hipofuncionantes. En la escala verbal, a los cuatro años se obtiene una puntuación típica media de 40 en las agencias y 44 en las hipofuncionantes. En la escala verbal, a los cuatro años se obtiene una puntuación típica media de 40 en las agencias y una de 43 en los hipofuncionantes, puntuaciones que sitúan a estos niños ligeramente por debajo de la media.

La evaluación realizada a los seis años con la prueba del WISC, muestra que el 61,5% del grupo de las agencias obtiene un cociente intelectual global normal, un 23% bajo y 15,3% alto. Y en el grupo de los hipofuncionantes se halla un 63% con un cociente intelectual global normal, un 14,8% bajo y un 26% alto. Tampoco aquí se evidencian diferencias entre las agencias y los hipofuncionantes (Fig. 3).

Los resultados de la escala verbal son también ligeramente inferiores a los de la escala manipulativa. En algunos niños aparecen ligeras discrepancias que pueden indicar la presencia e influencia de alteraciones emocionales, pero a pesar de esto, la media de la puntuación típica para las agencias en esta escala verbal fue de 47 y para los hipofuncionantes de 52, lo que sitúa a estos niños dentro de los límites de la normalidad.

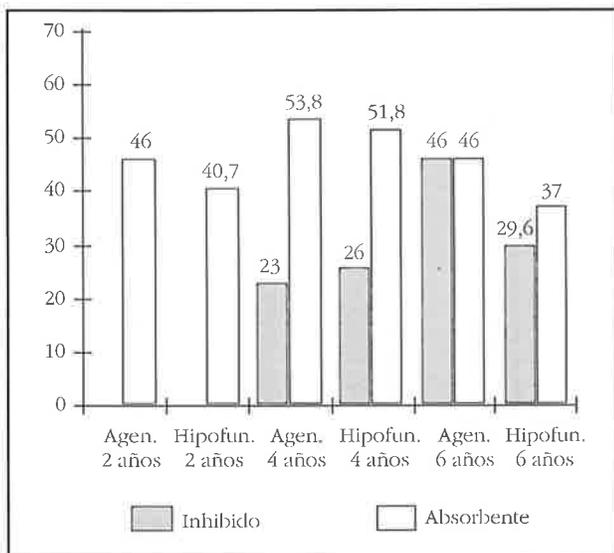


Figura 5. Alteración relacional.

Según los resultados globales obtenidos se puede concluir que el nivel cognitivo a los dos y cuatro años valorado con el test de McCarthy, y el nivel intelectual valorado a los seis con el WISC, se sitúan dentro de las puntuaciones estadísticas que se obtienen a esas edades (Fig. 4).

En la *entrevista clínica* se ha puesto de manifiesto la presencia de *alteraciones de la conducta del sueño*: a los dos años, 29,6% en el grupo de los hipofuncionantes y 30,7% de las agenesias; a los cuatro años, 33% en los hipofuncionantes y 30,7% en las agenesias y a los seis años los porcentajes disminuyen a un 22% y 23% respectivamente. No ha habido diferencias significativas de esta conducta entre el grupo de las agenesias y el de los hipofuncionantes ni tampoco entre los dos, cuatro y seis años.

En el estudio se muestran porcentajes elevados de niños con *trastornos del lenguaje*, siendo la tartamudez uno de los más señalados tanto a los cuatro años, como a los seis años y por igual en ambas etiologías. A los dos años el lenguaje se halla poco evolucionado, pero no se ha considerado todavía la posibilidad de alteraciones del lenguaje, en cambio a los cuatro años en el grupo de las agenesias un 46,4% presentan trastornos y un 48% en los de glándula hipofuncionante. A los seis años en el grupo de las agenesias aparece un 61,5% de niños con alteraciones del lenguaje y un 41% en los de glándula hipofuncionante.

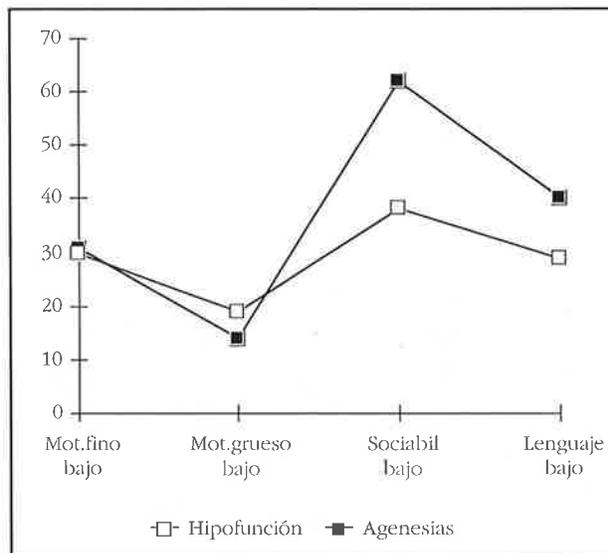


Figura 6. Total Denver.

En relación a la *conducta de sociabilidad*, aparecen a menudo actitudes absorbentes, tiránicas, propias de estas edades, pero en los niños con enfermedades crónicas o consideradas como tales estos comportamiento pueden ser reforzados por las actitudes de los padres. Merecerían más atención los porcentajes de niños con conductas de inhibición, 23% en las agenesias y 26% en los hipofuncionantes a los cuatro años y 46% en las agenesias y 29,6% en los hipofuncionantes a los seis años (Fig. 5). Cabe destacar que, a los seis años es más elevado el porcentaje de niñas con conductas de inhibición en el grupo de las agenesias que en el grupo de los hipofuncionantes y mediante la  $\chi^2$ , realizando antes la prueba de Yates, se ha podido observar que estas diferencias son estadísticamente significativas ( $\chi^2=5,90$ ;  $p=0,015$ ).

En general se ha observado una *adaptación extrafamiliar* buena, aunque a los seis años se ha podido detectar algún porcentaje de desadaptación, un 40% en las agenesias y un 26% en los hipofuncionantes. Al revisar las historias clínicas se comprueba que la mayoría de los niños con desadaptación extrafamiliar, son los que presentan conductas de inhibición.

Los resultados de la prueba del *Denver* a los dos años, muestran *alteraciones en el motor fino* en un 30,7% de las agenesias y en un 29,6% de los hipofuncionantes, posible consecuencia de daño intrauterino. El Denver

118

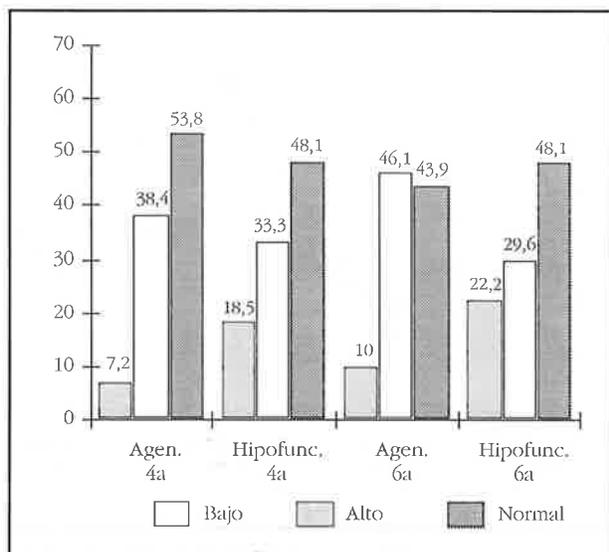


Figura 7. Percepción 4 y 6 años (Bender).

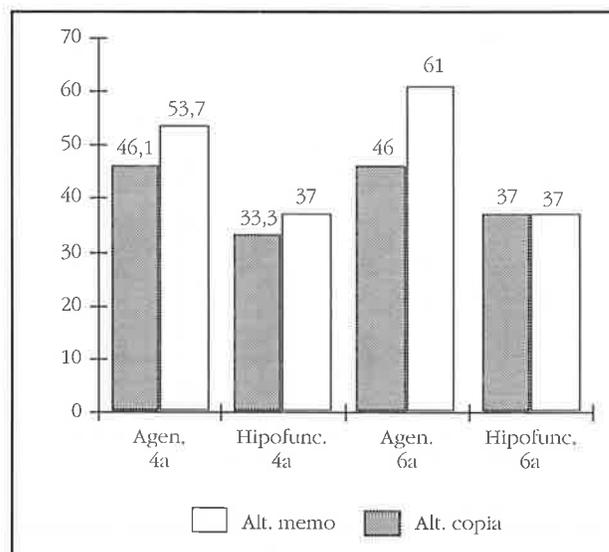


Figura 8. Percepción visuo-espacial 4 y 6 años (figura de Rey).

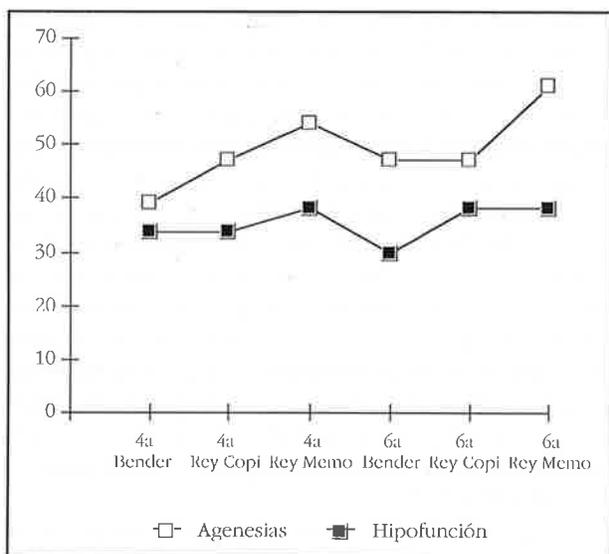


Figura 9. Total percepción: alteración a los 4 y 6 años.

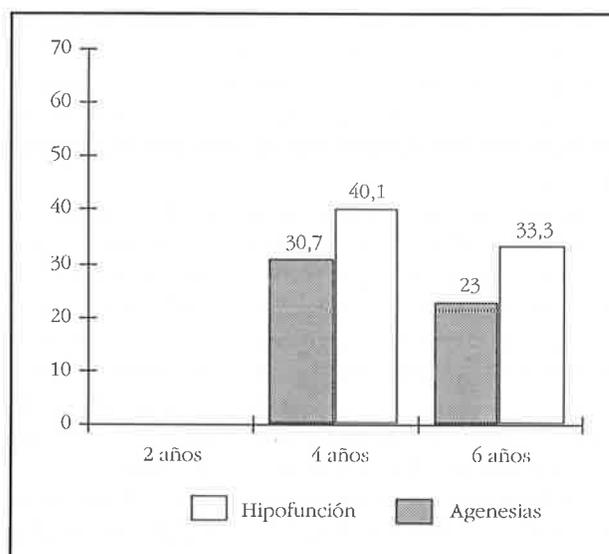


Figura 10. Ansiedad.

además, confirma la existencia de las *alteraciones del lenguaje* que se detectaron en la entrevista clínica, como antes se ha mencionado. Por otra parte esta prueba también muestra porcentajes de niños, un 61,5% en las agenesias y un 37% en los hipofuncionantes, con

una *conducta personal-social inmadura* como posible consecuencia de actitudes de sobreprotección anticipatoria por parte de los padres (Fig. 6).

La *percepción* de estos niños se halla alterada tanto a los cuatro como a los seis años, esto se comprobó

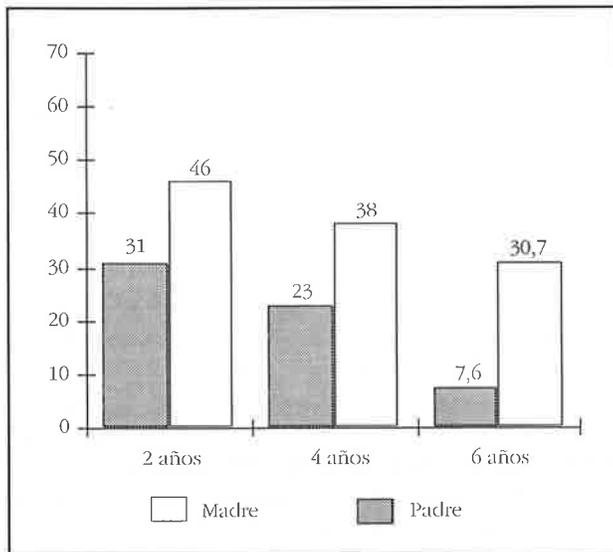


Figura 11. Cuestionario de ansiedad STAI: padres agenesias.

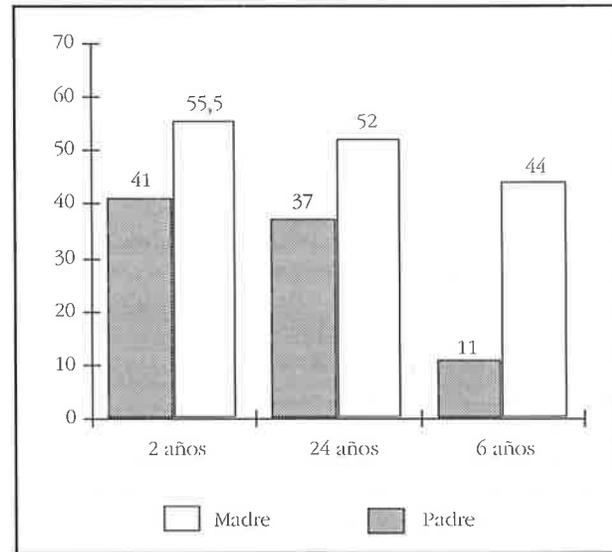


Figura 12. Cuestionario de ansiedad STAI: padres glándula hipofuncionante.

mediante el test perceptivo de Bender y la Figura de Rey que mide percepción visuo-espacial y memorización perceptiva. Estas alteraciones son más frecuentes a los seis años y en el grupo de las agenesias. Las figuras 7, 8 y 9 muestran la distribución de los porcentajes. Está descrito que los niños con problemas emocionales suelen tener la percepción alterada.

Mediante la entrevista clínica, los padres describen a su hijos a los cuatro y seis años con *simptomatología de tipo ansioso*, tanto en el grupo de las agenesias como en el de los hipofuncionantes (Fig. 10).

Los resultados del *cuestionario de ansiedad STAI* (State-Trait Anxiety Inventory) administrado a los *padres de los pacientes* en las diferentes exploraciones de sus hijos muestran que, a los dos años y en el grupo de las agenesias, un porcentaje de 31% de padres y un 46% de madres sufren niveles de ansiedad. En el grupo de los hipofuncionantes un 41% de padres y 55,5% de madres. A los cuatro años en el grupo de las agenesias: 23% y 38% respectivamente, y en los hipofuncionantes 37% y 52%. A los seis años en el grupo de las agenesias 7,6% y 30,7% y en el grupo de los hipofuncionantes 11% de padres y 44% de madres ansiosas. Se puede comprobar pues, que los padres en general, muestran menos ansiedad que las madres y que a medida que los niños avanzan en edad cronológica, aparecen menos porcen-

tajes de padres ansiosos que de madres. En este estudio persiste la ansiedad más en las madres del grupo de los hipofuncionantes que en el de las agenesias (Fig. 11 y 12).

## CONCLUSIONES

Se han hallado porcentajes elevados de retraso psicomotriz en el grupo de las agenesias, con diferencia significativa en relación a los niños con glándula hipofuncionante, si bien el nivel de inteligencia a los dos y cuatro años, con el McCarthy y a los seis con el WISC, muestran una distribución de los niveles intelectuales similar a la distribución de la población general.

A los dos años existen problemas del motor fino. La alteración del motor fino, descrito con mayor frecuencia en la bibliografía, es uno de los factores que quizás está más ligado a funciones neurológicas<sup>(4,6,11)</sup>. A esta edad, en estos niños la conducta personal-social se halla poco desarrollada.

Por otra parte, el estudio ha señalado porcentajes elevados de niños con trastornos del sueño. Es frecuente hallar en los niños pequeños alteraciones del sueño, como consecuencia de la ansiedad de separación que experimentan a estas edades. En el caso de los niños

120 con hipotiroidismo esta ansiedad parece ser más frecuente.

Aparecen también trastornos del lenguaje, especialmente tartamudez, valorados a partir de los cuatro años.

Estos niños suelen tener una conducta tiránica y absorbente, aunque hay que mencionar que, en este estudio, han aparecido un grupo de niños con conducta de inhibición, de manera especial a los seis años y en las agencias. Al mismo tiempo se observa sintomatología ansiosa que coincide con la etapa de escolarización (EGB).

Los tests perceptivos muestran alteraciones de la percepción, alteraciones que suelen aparecer en niños con problemas emocionales.

Como ya se ha mencionado anteriormente, casi todos los trastornos hallados en este estudio, podrían ser explicados por las actitudes de sobreprotección, miedo, inseguridad, ansiedad de los propios padres. La entrevista clínica realizada con los padres y los resultados obtenidos en sus cuestionarios de ansiedad, facilitó datos que contribuyen a esta conclusión.

## DISCUSIÓN

Tal como se ha dicho al inicio, en este estudio no ha habido grupo de comparación, por consiguiente los resultados pueden ser cuestionados. Ha sido un estudio preliminar, que ha conducido a abrir una investigación que se está realizando.

Es evidente la importancia de iniciar el tratamiento en los primeros meses e incluso días de los niños con hipotiroidismo congénito, a fin de evitar la probabilidad de retrasos en el cociente intelectual.

Los resultados del desarrollo intelectual, muestran que los niños a los dos, cuatro y seis años con hipotiroidismo congénito que han sido tratados prematuramente, están generalmente dentro de la normalidad. Murphy<sup>(6)</sup> llegó a iguales conclusiones en un estudio en niños de uno, tres y cinco años con hipotiroidismo congénito. Evaluó a 56 niños de tres años con el test de McCarthy, y obtuvo puntuaciones dentro de la normalidad. Posteriormente 20 de estos niños fueron estudiados de nuevo a los cinco años, mediante el WISC y también obtuvieron los mismos resultados.

Sin embargo, Glorieux<sup>(7)</sup> en un estudio realizado en Canadá halló en los niños con hipotiroidismo congénito a la edad de tres años, un cociente intelectual (media

101), pero significativamente inferior al del grupo control (media 114), y esta diferencia persistía a los siete años valorados con el WISC-R. Aunque las puntuaciones verbales obtenidas eran inferiores a las manipulativas, hallazgo que coincide con los de este estudio.

No se han hallado diferencias en la distribución del nivel intelectual en las diferentes etiologías. Así mismo, Glorieux<sup>(8)</sup> y Komianou<sup>(9)</sup> informan sobre estudios dirigidos a evaluar si el tratamiento temprano previene el retraso mental, y tampoco hallan diferencias de CI en relación a las distintas etiologías. En el estudio de Glorieux, realizado con niños de cinco y siete años con hipotiroidismo congénito, se utilizó el test de Griffith a los cinco años y el test de Weschler a los siete años, las puntuaciones obtenidas no mostraron diferencias estadísticas en la media del CI, entre las dos etiologías de hipotiroidismo. También Komianou realizó un estudio longitudinal en niños con hipotiroidismo congénito, entre los 5 y 35 meses, divididos en dos grupos según la etiología: glándula ectópica y agenesia glandular, en el que analizaba el desarrollo psicomotriz mediante el test de Griffith, y las conclusiones no mostraron diferencias significativas entre ambas etiologías.

Datos también similares a los que se han observado en este estudio, en relación a la motricidad, en especial al motor fino, son referidos por la mayoría de autores. Virtanen<sup>(10)</sup> estudió las posibles correlaciones de la alteración del motor fino con la clase social y ocupación de la madre, sin encontrar relación significativa entre ellos, en un estudio realizado con 50 niños, de dos años de edad. Sí confirma la posibilidad de lesión intrauterina como causa de las alteraciones del motor fino, halladas en nuestro estudio.

Fuggle<sup>(11)</sup> realiza un estudio, con 57 niños de cinco años con hipotiroidismo congénito comparándolos con un grupo control, en el que analiza el desarrollo general cognitivo, mediante el test de WISC, con resultados del CI dentro de la normalidad para ambos grupos, coincidiendo con los niveles referidos en este estudio. Por el contrario al estudiar la habilidad motora mediante el test de Bruinicks-Oseretsky, se obtienen puntuaciones inferiores en el grupo de hipotiroides comparados con el grupo control, con diferencias estadísticamente significativas, en las pruebas de destreza manual, equilibrio y velocidad. Estos resultados reafirman la idea de la influencia del hipotiroidismo en el período prenatal y perinatal y sus efectos a largo plazo sobre el funcionamiento cerebral posterior.

Los niños con hipotiroidismo congénito refieren con más frecuencia problemas de sueño<sup>(11)</sup>, como ya se ha expuesto, estos trastornos aparecen frecuentemente en los niños evaluados por nosotros.

En investigaciones posteriores, se espera tratar acerca de la evolución de la conducta social, ansiedad de los niños y de los padres, que en este estudio preliminar se ha detectado.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rondanini GF, Cerabolini R, Ongari B, Focarile F, Bollati A, Chiumello G. Ipotiroidismo congenito nuove problematiche psicologiche legate alla precocità della diagnosi. *Min Ped* 1987;**39**:457-461.
- 2 Smith DW, Blizzard RM, Wilkins L. The mental prognosis of hypothyroidism of infancy in childhood. *Pediatrics* 1957;**19**:1011.
- 3 Raiti S, Newns GH. Cretinism: early diagnosis and its relation to mental prognosis. *Arch Dis Child* 1971;**46**:692-695.
- 4 Klein AH, Meltzer S, Kenney FM. Improved prognosis of congenital hypothyroidism treated before 3 months. *J Pediatr* 1972;**81**:912-913.
- 5 Rovet JF, Westbrook D, Ehrlich RM. Neonatal thyroid deficiency: early temperamental and cognitive characteristics. *J Amer Acad Child Psychiatry* 1984;**23**:10-22.
- 6 Murphy G, Hulse JA, Jackson D, Tyrer P, Glossop J, Smith I, Grant D. Early treated hypothyroidism: development at 3 years. *Archives of Disease in Childhood* 1986;**61**:761-765.
- 7 Glorieux J, Desjardins M, Dussault J, Letarte J, Morissette J. Etude longitudinale du développement mental des hypothyroïdiens congénitaux. *Arch Fr Pediatr* 1987;**44**:709-714.
- 8 Glorieux J, Dussault JH, Letarte J, Morissette J, Desjardins M. Follow-up at ages 5 and 7 years on mental development in children with hypothyroidism detected by Quebec Screening Program. *The Journal of Pediatrics* 1985;**107**(6):913-915.
- 9 Komianou F, Makaronis G, Lambaradiris J, Sarafidou E y cols. Psychomotor development in congenital hypothyroidism. *Eur J Pediatr* 1988;**147**:275-278.
- 10 Virtanen M, Santavuori P, Hirvonen E, Perheentupa J. Multivariate analysis of psychomotor development in congenital hypothyroidism. *Acta Paediatr Scand* 1989;**78**:405-411.
- 11 Fuggle PW, Grant DB, Smith I, Murphy G. Intelligence, motor skills and behaviour at 5 years in early-treated congenital hypothyroidism. *Eur J Pediatr* 1991;**150**:570-574.

**J. F. Lozano Oyola**  
**P. J. Mesa Cid**  
**A. Blanco Picabia**

Problemas de conducta en una  
muestra de niños asmáticos

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos  
Facultad de Psicología. Sevilla

*Behavioral problems in a sample  
of asthmatic children*

**Correspondencia:**

J. F. Lozano Oyola  
Uña 5-1º A  
41005 Sevilla

**RESUMEN**

El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, siendo muchas las investigaciones llevadas a cabo sobre aspectos psicológicos de ésta. Pero no todas las investigaciones han comparado los resultados obtenidos con grupos adecuados (de niños sanos y de niños con otras enfermedades crónicas), por lo que no es posible saber si las diferencias encontradas entre unos y otros niños, son debidas al asma en sí o al hecho de ser una enfermedad crónica. Estudiamos tres grupos de niños en los que evaluamos los problemas conductuales que presentaban según la opinión de uno de sus padres o de su profesor. El análisis estadístico de los resultados arrojó diferencias estadísticamente significativas.

**PALABRAS CLAVE**

Asma bronquial; Niños; Problemas de conducta.

**ABSTRACT**

*Bronchial asthma is the commonest chronic illness in childhood and many investigations have been made about its psychological aspects. But not every investigations have compared the results obtained with adequate control groups, so it is not possible to know if the differences between them are caused by the asthma itself, or because of being a chronic illness.*

*We studied and assessed three groups of children with respect to behavioral problems (the parents' and teachers' opinion).*

*Statistical analysis of the results showed statistically significant differences.*

**KEY WORDS**

*Bronchial asthma; Children; Behavioral problems.*

## INTRODUCCIÓN

Una de las últimas definiciones del asma bronquial internacionalmente aceptadas, es el «*International consensus report on diagnosis and management of asthma*»<sup>(1)</sup>: *el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias en la que varias células juegan un papel, incluyendo los mastocitos y los eosinófilos. En los individuos susceptibles, esta inflamación produce síntomas que generalmente están asociados con una obstrucción variable al flujo aéreo que es reversible de forma espontánea o con medicación y produce un aumento de las respuestas de las vías aéreas a diversos estímulos.*

Pero los diferentes estudios que se han llevado a cabo acerca de las consecuencias de las enfermedades crónicas infantiles, no siempre han llegado a conclusiones tan unánimes. Generalmente, se han informado de problemas asociados en el niño y en la familia tales como ansiedad, depresión, dependencia, trastornos de conducta, etc., aunque otros estudios llegan a conclusiones casi opuestas. Ocurre que no siempre estos estudios han tenido un control experimental adecuado (muestras pequeñas, ausencia de grupos de control, escasos instrumentos psicológicos y a veces poco fiables, etc.) y esto ha hecho que los resultados hayan diferido bastante entre unos y otros estudios.

El centro de nuestro trabajo es el asma bronquial infantil, la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y una de las más estudiadas, porque tanto desde el punto de vista médico como psicológico se ve cada vez menos como una entidad algo misteriosa, a pesar de todo el interés que su estudio siempre ha suscitado. Nosotros nos centramos en el estudio de problemas de conducta (excesos y déficits conductuales) para saber si la posible ocurrencia de los mismos era debida al asma en sí, o al hecho de ser una enfermedad crónica, con las implicaciones que esto conlleva. Además, queríamos estudiar la incidencia de estos problemas tanto desde la percepción de uno de los progenitores del niño, como desde la del profesor del mismo.

Para conseguir el objeto de nuestro trabajo, tomamos tres grupos independientes: uno de niños asmáticos, otro de niños con diversas enfermedades crónicas y otro de niños sanos. Además, también estudiamos tres grupos que se componían de uno de los padres, que normalmente eran madres, de cada uno de los niños de los grupos anteriormente mencionados.

## MATERIAL Y MÉTODO

El grupo de niños asmáticos fue recogido durante un período de un año consecutivo, de la Consulta de Alergia del Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla. El criterio que se siguió para conseguir la totalidad del grupo, fue temporal y no numérico. Esto fue debido a que si hubiéramos optado por esto último, pues el objetivo era conseguir unos 50 sujetos y sus respectivos progenitores, quizá se hubiera completado antes la muestra, pero no se habría podido tener en cuenta la posible influencia de los cambios estacionales en una enfermedad fluctuante según las condiciones climáticas como el asma. Los hermanos de los niños seleccionados no debían padecer ninguna enfermedad crónica, y los niños asmáticos ninguna otra aparte del asma.

El grupo de niños sanos y sus progenitores fue seleccionado a partir de una muestra homogénea de niños, en colegios de Sevilla y su provincia. Ni los niños ni sus hermanos debían padecer enfermedades crónicas. Aquí el criterio fue numérico, se pretendía tener 100 sujetos, aunque la negación a participar de dos colegios seleccionados hizo que esto no fuera viable y que sólo se tomaran 82.

Por último, el grupo de enfermedades crónicas fue seleccionado de un número de consultas en que se trataban enfermedades parecidas al asma en ciertas características importantes, como ser crónicas, tener un curso fluctuante, requerir ocasionalmente hospitalización, no afectar la movilidad del niño, etc. La elección de los sujetos se realizó por orden alfabético en los ficheros de las consultas participantes, y en principio estaba previsto conseguir 50 niños, pero la colaboración fue aquí escasa y sólo entrevistamos a 32 niños. Los hermanos de los niños de este grupo tampoco sufrían ninguna enfermedad crónica.

Fue tomado este último grupo de los siguientes Servicios -entre paréntesis figura el número de sujetos elegidos de cada consulta- y en este mismo orden de recogida: Medicina Interna (1), Cardiología (2), Nutrición (3), Hemodinámica (2), Gastroenterología (3), Endocrinología (21).

Todos los niños y niñas debían tener entre ocho y doce años de edad.

Fue un diseño de grupos naturales, en que los niños fueron seleccionados de modo que los grupos resultan diferentes respecto a ciertas características específicas, en este caso tener asma, otra enfermedad crónica o no

124

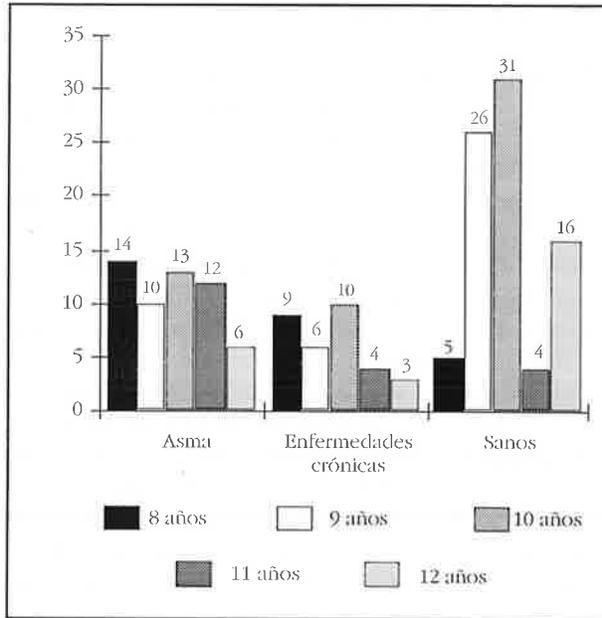


Figura 1. Edades.

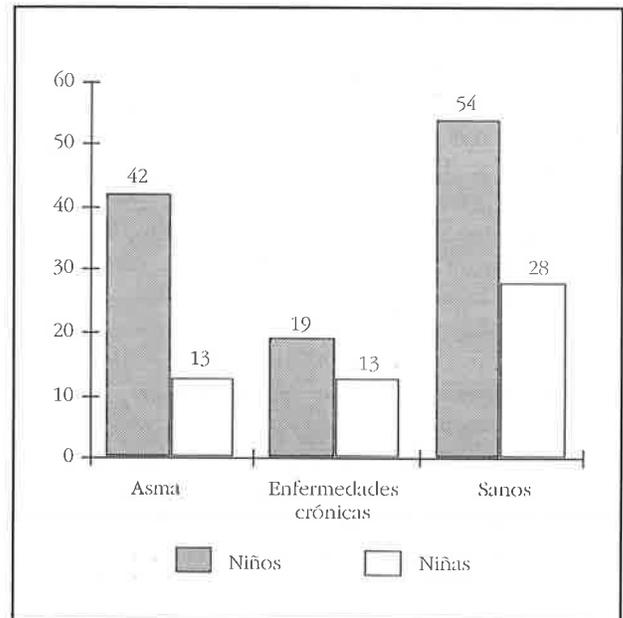


Figura 2. Sexo.

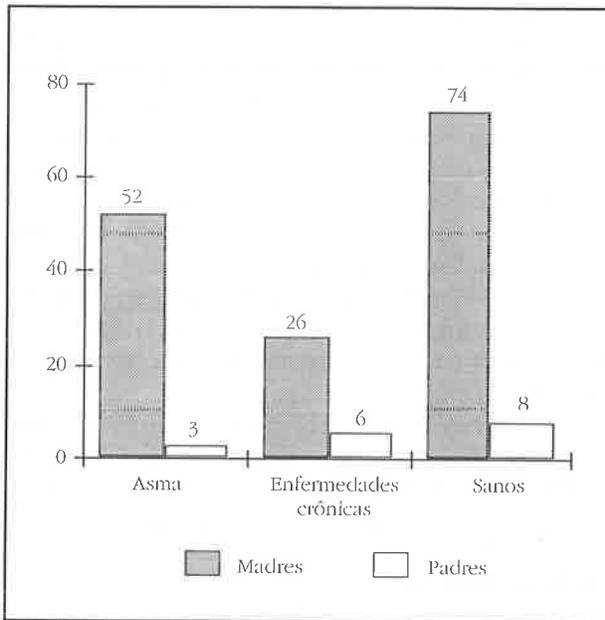


Figura 3. Sexo progenitor entrevistado.

tenerlas. A continuación se describen algunas características de la muestra.

*Edad de los niños:* las edades de los niños y niñas oscilaban entre 8 y 12 años. Puede observarse su distribución en los tres grupos en la figura 1. Predominan especialmente los niños con edades de 9 y 10 años en el grupo de niños sanos, ya que la recogida en los colegios fue mayoritariamente en los grupos de quinto de EGB. En el grupo de niños asmáticos hay más sujetos de 8 años y en el grupo de otras enfermedades crónicas, de 10.

*Sexo de los niños:* dado que en el asma hay un claro predominio de niños afectados respecto a las niñas, se intentó respetar esta proporción también en los otros dos grupos y como puede observarse en la figura 2, se consiguió especialmente en el grupo 3 (sanos).

*Sexo del progenitor entrevistado:* en los tres grupos, las madres fueron las que mayoritariamente contestaron todas las pruebas y cuestionarios, bien en consulta, bien en los colegios (Fig. 3).

*Lugar de residencia:* si bien en los grupos de niños enfermos hubo un ligero predominio de sujetos residentes en la provincia de Sevilla, en el grupo de niños sanos, predominaron los residentes en la capital (Fig. 4).

*Nivel económico* (Fig. 5): se pidió a los progenitores que clasificaran la situación económica familiar en fun-

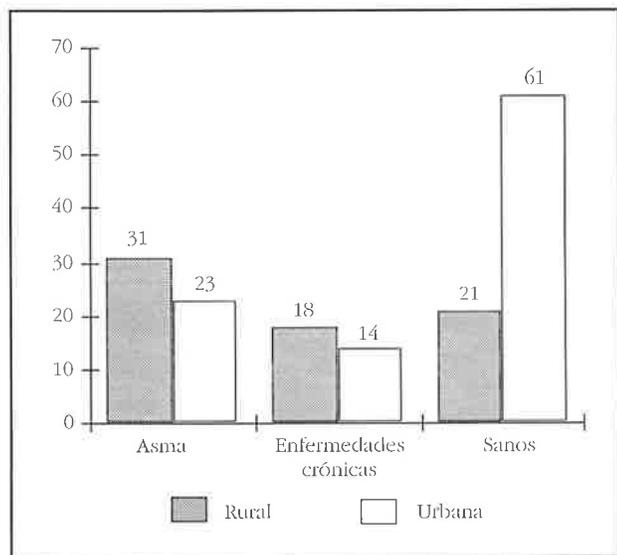


Figura 4. Lugar de residencia.

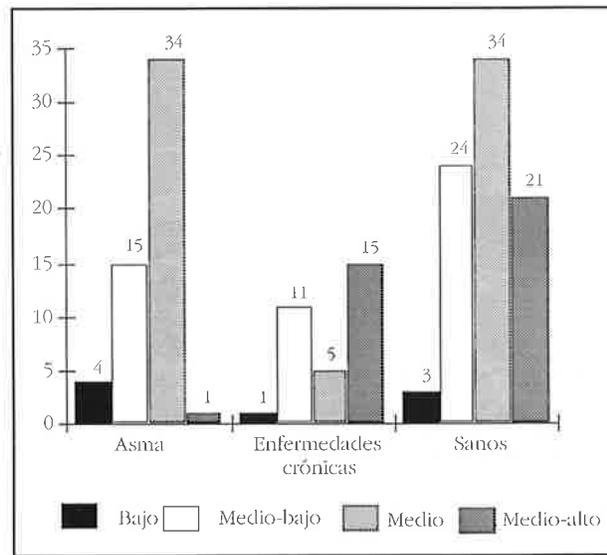


Figura 5. Nivel económico.

ción de cinco categorías, si bien ninguno de ellos se incluyó en la categoría de nivel económico alto; mayoritariamente los padres de niños asmáticos y sanos, se incluyeron en el nivel medio. Las otras categorías posibles eran medio-alto, medio, medio-bajo y bajo.

Por otro lado, el tiempo desde que se diagnosticaron las enfermedades fue similar en ambos grupos de enfermos.

Estos datos que acabamos de comentar se consiguieron porque a uno de los progenitores de cada niño, se le aplicaba una encuesta sociodemográfica al comienzo de la entrevista, que además de aclarar los objetivos de la investigación, facilitaba el adecuado rapport. Dicha encuesta aporta información acerca de datos familiares (edad y estudios de los padres, nivel socioeconómico...), los correspondientes al niño y su desarrollo y posibles problemas sufridos durante el mismo. En aquellos casos en que el niño tenía una enfermedad crónica, se preguntaba además sobre otros aspectos relacionados con la misma (reacción al diagnóstico, hospitalizaciones, adherencia al tratamiento...).

Para obtener información sobre los problemas conductuales desde el punto de vista de los progenitores, hemos utilizado la *Escala de Observación Conductual para Padres* de Achenbach y Edelbrock, adaptada por Fernández-Ballesteros<sup>(2)</sup>, dada la amplia gama de conductas que permite evaluar. Algunos autores han encontrado una mayor tasa de problemas conductuales en

niños enfermos crónicos<sup>(3,4)</sup> y en asmáticos, concretamente a través del Cuestionario de Achenbach y Edelbrock<sup>(5,6)</sup>. Para comprobar si esto ocurría en nuestro medio y la relación que esto tenía con los otros parámetros evaluados, decidimos utilizar dicho cuestionario con la adaptación mencionada anteriormente.

La *Escala de Observación Conductual para Profesores* de Achenbach y Edelbrock, adaptada por Fernández-Ballesteros<sup>(2)</sup> fue contestada por el profesor o el tutor de cada niño. Se compone de ítems-conducta muy parecidos a los que componen la Escala de Observación de Padres, pero lógicamente adaptados a la situación escolar. Al igual que en dicha escala, no conocíamos resultados de la adaptación mencionada, pero dado que nuestro objetivo era saber si determinadas conductas eran más frecuentes en uno u otro grupo, y que nos interesaba comparar estos posibles problemas de conducta en la escuela y en casa, sin que tuviéramos noticias de otros instrumentos de características semejantes y con mayores criterios de bondad, nos pareció oportuno aplicar esta prueba.

## RESULTADOS

Pasando a los análisis estadísticos realizados, diremos que se llevó a cabo un *análisis factorial de com-*

**Tabla 1 Escala de padres**

*Factor conducta disocial*

- 41. Ataca físicamente a la gente
- 73. Amenaza a la gente
- 71. Tiene ataques de ira o mal carácter
- 5. Desafía o contesta mal
- 27. Dice que los demás le tienen manía
- 3. Discute
- 47. Grita
- 31. Interviene en burlas
- 13. Se agita nerviosamente
- 30. Interviene en luchas físicas

**Tabla 2 t de Student: escala de padres**

Variable	t	Contrastes grupales (p)
Conducta disocial	0,95	G1-G2 (0,17)
	2,90	G1-G3 (0,004*)
	1,48	G2-G3 (0,7)

\* ( $p < 0,005$ ).

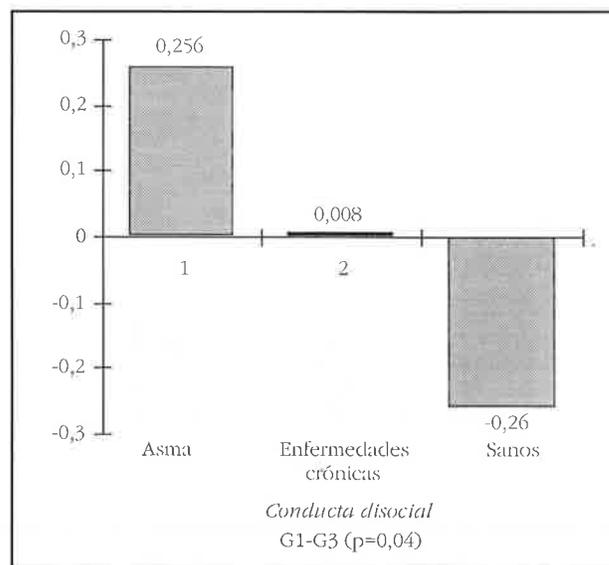
G1= Asma; G2= Enfermedades crónicas; G3= Sanos.

ponentes principales con los items de la Escala de Observación Conductual para padres. Dada la estructura factorial resultante, decidimos seleccionar un solo factor del análisis, al que llamamos *conducta disocial*, que explicaba el 20,7% de la varianza total de la prueba. Aun con un solo factor, pensamos que los resultados se pueden considerar válidos y útiles para diferenciar entre las tres muestras de nuestra investigación, e incluso entre las tres agrupaciones dentro del grupo de niños asmáticos, surgidas del análisis de clusters que hemos llevado a cabo y cuyos resultados publicaremos en breve.

Los items (precedidos del número de orden que ocupaban en la escala), que formaban este factor, una vez realizado el análisis factorial se recogen en la tabla 1. Con este factor se realizó un contraste de medias entre los tres grupos que componían el estudio. Las medias obtenidas por cada grupo pueden observarse en la figura 6.

Por otro lado, el contraste de medias realizado con la t de Student, arrojó los siguientes resultados (Tabla 2).

Estos resultados indican que son claramente las madres de los niños asmáticos las que evalúan a sus hijos como aquellos que tienen una *mayor conducta*



**Figura 6. Escala de padres.**

*disocial*, cuando se comparan con los otros dos grupos. Esta diferencia además, es estadísticamente significativa cuando se comparan estas puntuaciones con el grupo de niños sanos, algo que no sucede cuando la comparación es entre el grupo de niños con otras enfermedades y el de sanos. De todos modos, hay que decir que las madres de los niños con otras enfermedades crónicas, también encuentran una mayor frecuencia de problemas conductuales, que las de los niños sanos.

Al igual que con la Escala anterior, con los items del Cuestionario de Observación para el Profesor, se realizó un *análisis factorial de componentes principales*. Se tomaron los dos primeros factores resultantes del mismo, que explicaban el 45,7% de la varianza de la prueba (33,7 y 12% respectivamente).

También en este caso se realizó un análisis factorial de componentes principales para hallar aquellos factores que explicaran el mayor porcentaje posible de varianza, objetivo que creemos que se cumplió y que proporcionó dos factores que denominamos *Conductas no favorecedoras del aprendizaje y conducta disruptiva*. Silva y Martorell<sup>(7)</sup> en nuestro país, han adaptado y baremado una batería de pruebas (E.P.I.J.) entre las que se encuentra una muy parecida a esta adaptación utilizada por nosotros, informando también de buenos resultados y de factores similares.

**Tabla 3 Escala del profesor**

*Factor 1. Conductas no favorecedoras del aprendizaje*

- 78. No atiende, se distrae fácilmente
- 61. Se muestra pobre en sus trabajos escolares
- 72. Trabaja desorganizadamente
- 8. No puede concentrarse; no puede fijar la atención mucho tiempo
- 92. Vaguea; no trabaja todo lo que podría
- 49. Tiene dificultades en el aprendizaje
- 4. No termina las cosas que comienza
- 60. Apático o desmotivado
- 100. Falla en el desempeño de tareas que le han asignado
- 22. Tiene dificultades para seguir instrucciones
- 17. Sueña despierto o está perdido en sus pensamientos

*Factor 2. Conducta disruptiva*

- 24. Molesta a otros alumnos
- 67. Rompe la disciplina de la clase
- 39. Está siempre pegado a los que se meten en problemas
- 86. Es obstinado, rencoroso, irritable
- 3. Discute mucho
- 23. Es desobediente en la escuela
- 38. Interviene en burlas
- 53. Habla aun cuando no le toca su turno
- 73. Se comporta irresponsablemente
- 26. No parece sentirse culpable después de comportarse mal
- 41. Es impulsivo o actúa sin pensar
- 93. Habla demasiado
- 109. Se muestra amable, gentil

**Tabla 4 t de Student. Escala del profesor**

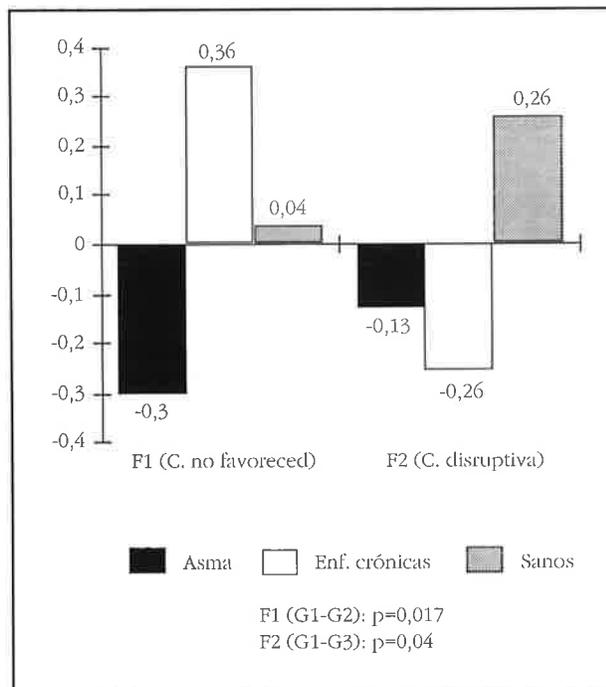
Variable	t	Contrastes grupales (p)
Conductas no favorecedoras del aprendizaje (F1)	-2,19	G1-G2 (0,017*)
	-1,31	G1-G3 (0,96)
	0,96	G2-G3 (0,17)
Conductas disruptivas (F2)	0,40	G1-G2 (0,34)
	-1,77	G1-G3 (0,4*)
	-1,47	G2-G3 (0,74)

\* (p<0,05).

G1=Asma; G2=Enfermedades crónicas; G3=Sanos.

Los items que componían estos dos factores se recogen en la tabla 3.

En lo que hace referencia a la existencia de problemas de conducta en clase, se compararon los tres grupos en función de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Observación del Profesor. Las puntuaciones medias de los dos factores se exponen en la figura 7.



**Figura 7. Escala del profesor.**

Al igual que hicimos con la anterior variable, llevamos a cabo un contraste de medias por pares de grupos a través de la t de Student-Fisher, cuyo resultado mostramos en la tabla 4.

Estos resultados muestran que son los niños del grupo 2 (enfermedades crónicas), los que *más alto* puntúan en el primer factor (conductas no favorecedoras del aprendizaje) y los asmáticos los que puntúan más bajo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05, que es el que nosotros tomamos como significativo.

En cuanto al factor 2, conducta disruptiva, son también los chicos asmáticos los que *menos problemas* plantean en clase y los sanos los que más, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de niños. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de enfermos crónicos y el de niños sanos en ninguno de los dos factores.

## DISCUSIÓN

La opinión de los progenitores sobre los "problemas conductuales infantiles" o *conducta disocial*, siguien-

128 do la nomenclatura utilizada tras el análisis factorial de la Escala de Observación Conductual, no concuerda con la que tienen los profesores de estos niños, comparando con el factor similar llamado *conducta disruptiva*. Podríamos pensar que la percepción de la conducta de los niños por parte de sus madres, o bien por parte de sus profesores, puede estar distorsionada. Pero también puede pensarse que ninguna está distorsionada, sino que el niño se comporta de modo distinto en casa y en clase, en todos y cada uno de los grupos, independientemente de la "fiabilidad" como observadores de madres y maestros. Esto ya ha sido informado por otros autores. Así, Fitzgerald<sup>(6)</sup> ha señalado que las madres de niños enfermos suelen referir más problemas conductuales en sus hijos que los propios profesores; en nuestro estudio, esto ocurre en los grupos de niños asmáticos y de enfermos crónicos, pero no en el de sanos, con lo que parece confirmarse lo expuesto por dicho autor.

Desde luego, lo que está claro es que las madres de los niños asmáticos eran las que más alto puntuaban a sus hijos en lo que hace referencia a los problemas de *conducta disocial*. Aunque esta diferencia entre las puntuaciones obtenidas no era estadísticamente significativa a un nivel de 0,05 cuando se comparaba con la obtenida por las madres de enfermos crónicos, sí lo era al compararla con la obtenida por las madres de niños sanos. Para Panides y Ziller<sup>(9)</sup>, esta mayor frecuencia de problemas de conducta en los niños asmáticos, puede tener relación con la presencia de depresión de sus madres que puede hacerlas menos sensibles a las demandas y necesidades del niño y que éste se comporte de modo que consiga llamar su atención. Por otro lado, el mismo comportamiento de estos chicos, no les sería útil en otros contextos como el colegio, donde tienen una baja puntuación en *conducta disruptiva*.

Cruz<sup>(10)</sup> cree que en los períodos iniciales de la enfermedad, los niños asmáticos son agresivos y asociales, volviéndose introvertidos e inseguros si la evolución de la enfermedad es mala y esto se confirma en nuestros resultados cuando realizamos el análisis de clusters, ya que los niños del grupo que llevaban un menor tiempo enfermos, eran los que tenían más problemas de conducta disocial, y aquéllos pertenecientes al grupo que tenían el mayor tiempo desde que se les diagnosticó la enfermedad, eran los que tenían la menor puntuación en esta variable y la mayor en depresión.

Nelms<sup>(11)</sup> sin embargo, encontró un nivel menor de agresión en niños asmáticos cuando se les comparaba con niños diabéticos y sanos, explicando esto por el hecho de que los niños asmáticos han podido aprender que determinadas conductas agresivas como gritar (que aparece en el factor de la Escala de Padres) pueden provocar un ataque, y que intenten reprimirlas. De todos modos, el factor de dicha Escala, no sólo mide conductas agresivas que incidan directamente en la respiración del niño y por ello, no son los resultados totalmente equiparables, ya que este autor utilizó una escala diferente. Hamlett y cols.<sup>(12)</sup> han informado recientemente de problemas de conductas internalizantes en niños asmáticos, pero en nuestro caso el factor del Cuestionario de Padres medía lo que se entiende por problemas de conducta externalizantes. Otros autores<sup>(6,13)</sup> han informado de una mayor incidencia de problemas de conducta en los niños asmáticos que en los sanos, especialmente en los que tenían asma grave.

En lo referente a la conducta de los niños en clase, el primer factor surgido del análisis factorial de componentes principales del Cuestionario del Profesor, *conductas no favorecedoras del aprendizaje*, diferenciaba significativamente entre el grupo de niños enfermos crónicos y el de asmáticos, siendo éstos los que puntuaban más bajo y aquéllos los que lo hacían más alto. Hagen y cols.<sup>(14)</sup> han informado que los niños con inicio temprano de la diabetes, y en grupo 2 la mitad son diabéticos, hay con mayor frecuencia deficiencias en el procesamiento cognitivo de la información, lo cual puede dar lugar a problemas de aprendizaje. Si el niño diabético además no tiene un buen balance insulina-glucosa en los días de colegio, no estará en condiciones físicas ni psíquicas de seguir el ritmo de la clase. En otros niños componentes del grupo 2 de nuestra muestra, los niños con PKU, se sabe que cuando no tienen el nivel de fenilalanina en el rango normal y lo superan, siendo esto último frecuente, aparecen problemas de impulsividad o de falta de atención. Son dos ejemplos de niños que han podido elevar el valor medio del factor. Además, estos niños con enfermedades crónicas se ven obligados a faltar a clase con cierta frecuencia debido a revisiones médicas, empeoramientos pasajeros de la enfermedad o alguna hospitalización, por lo que al volver a clase pueden acusar el proceso de readaptación a la dinámica escolar, y especialmente cuando se trata de niños diabéticos o hemofílicos, las ausencias suelen ser prolongadas.

Pero es que, como dijimos, el niño asmático ha podido interiorizar que ha de ser un "niño bueno" al escuchar de boca de sus padres los peligros de no portarse bien en casa, y haber generalizado las situaciones que pueden desencadenar sus ataques al contexto escolar, lo que resultaría en un cambio de comportamiento para ser él responsable de su enfermedad en el colegio, ya que difícilmente ahí podrá obtener la "atención" que consigue en su casa. Hay que tener en cuenta también que a veces los niños asmáticos están más limitados en cuanto a actividad física y esto puede influir para que intente destacar por otro lado más "intelectual" y de buen rendimiento académico, centrándose en realizar lo mejor posible las actividades escolares. En este sentido apuntan Celano y Geller<sup>(15)</sup>, cuando dicen que no hay una clara evidencia para pensar que el niño asmático deba tener una peor ejecución escolar. La comparación de los niños asmáticos con los sanos en este factor, no arrojó diferencias significativas, siendo también los asmáticos los que menos problemas presentaban.

En el factor *conducta disruptiva* escolar, los niños asmáticos también eran los que más bajo puntuaban, pero en este caso los sanos puntuaban más alto que los otros dos grupos, siendo significativa la diferencia con los asmáticos. Ya hemos dicho que las normas de comportamiento repetidas a los niños asmáticos para prevenir posibles ataques (algunas variables del factor son: no discutir, no irritarse, no pelear...) pueden haber sido interiorizadas por éstos y cambiar notablemente su comportamiento cuando cambian de ambiente. Es más probable que en el ambiente escolar, el niño asmático no pueda ejercer el dominio que ejercen en su casa muchos niños con enfermedades crónicas, reforzado por los beneficios secundarios que les proporciona la enfermedad y por las actitudes de pena que a veces provocan en sus familiares. Comportándose de un modo correcto, por ejemplo, puede el niño asmático reafirmarse en su papel de enfermo ante el profesor, esgrimiendo la excusa de que no se encuentra bien para quizá evitar tareas que no le resultan agradables. Además, los síntomas asmáticos suelen ser más espectaculares que los de las otras enfermedades crónicas, algo que quizá pueda condicionar la respuesta de los profesores.

Es posible también que los profesores puedan considerar la misma conducta como disruptiva en un niño sano, mientras que la consideraría normal o debida a su

enfermedad y a las consecuencias que ello conlleva, en un niño asmático, con lo que se sienten obligados a ser más tolerantes debido a sentimientos de lástima hacia los mismos, a posibles consecuencias si al niño le sucede algo durante un ataque o a creencias erróneas acerca del desencadenamiento de las crisis. De ahí la importancia de una adecuada comunicación entre los padres de estos niños y sus responsables escolares, que deberían estar informados de los aspectos básicos de la enfermedad. Esto contrasta con el hecho de que algunos progenitores entrevistados en los dos grupos de niños enfermos no dicen en el colegio que su hijo tiene una enfermedad crónica, por vergüenza en algunos casos o por una mal entendida pena hacia el niño en otros casos.

Enfermedades como la diabetes, fenilcetonuria o celiacía, al contrario que el asma, no tienen unos efectos secundarios inmediatos no asociados con lapsus dietarios que se traduzcan en *conductas disruptivas*<sup>(16)</sup>, por lo que la insistencia en prohibiciones o advertencias por parte de su familia, estará centrada en conductas relacionadas con la comida. En el asma, al ser los precipitantes emocionales y físicos (por ejemplo, correr en condiciones o ambientes inadecuados) importantes en muchos niños, sí es más probable esa insistencia y el consiguiente "buen comportamiento en clase y en el contexto escolar". Volviendo a lo expuesto por Fitzgerald<sup>(8)</sup> lo que resulta sugerente es que en ambos grupos de enfermos, las puntuaciones sobre problemas de conducta en casa y en clase sean tan diferentes, informando de una menor frecuencia siempre los profesores -puede que sus sentimientos hacia un niño con problemas, les haga ser más subjetivos al valorar la conducta del mismo-. En el grupo de sanos es al contrario, o sea, que las madres informan de una frecuencia menor de problemas de conducta que los profesores.

Por todo ello, parece recomendable una comunicación fluida entre todas las fuentes de cuidado del niño enfermo: profesor, médico, familia, etc., para evitar ciertas actitudes de pena o sobreprotección, con objeto de minimizar las consecuencias de la enfermedad y hacer del niño con enfermedad crónica un niño más, que no se sienta diferente a los demás. Para ello, bueno sería que esto comenzara desde los profesionales que estamos en contacto con estos niños y que esto pudiéramos generalizarlo a sus familias.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. *Allergy* 1992;47:1-61.
- 2 Fernández R. *Cuaderno de prácticas de Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED, 1982.
- 3 Rubinstein B. Aspectos psiquiátricos de las incapacidades crónicas. En: Downey JA, Low NL. *Enfermedades incapacitantes en el niño, Principios de rehabilitación*. Barcelona: Salvat, 1987.
- 4 Minuchin S, Rosman B, Baker L. *Psychosomatic families*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- 5 Furrow D, Hambley J, Brazil K. Behavior problems in children requiring inpatient rehabilitation treatment for asthma. *Journal of Asthma* 1989;26:123-132.
- 6 Hambley J, Brazil K, Furrow D, Yuen Chui Y. Demographic and psychosocial characteristics of asthmatic children in a Canadian rehabilitation setting. *Journal of Asthma* 1989;26:167-175.
- 7 Silva F, Martorell C. *E.P.I.J* Madrid: Mepsa, 1993.
- 8 Fitzgerald M. Behavioral deviance and maternal depressive symptoms in paediatric outpatients. *Archives of Disease in Childhood* 1985;60:560-562.
- 9 Panides WC, Ziller RC. The self-perceptions of children with asthma and asthma/enuresis. *Journal of Psychosomatic Research* 1981;25:51-56.
- 10 Cruz M. *Tratado de Pediatría* (vol II) Barcelona: Espaxs, 1994.
- 11 Nelms BC. Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1989;17:657-668.
- 12 Hamlett KW, Pellegrini DS, Katz KS. Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17:33-47.
- 13 Hazzard A, Angert L. Knowledge, attitudes, and behavior in children with asthma. *J of Asthma* 1986;23:61-67.
- 14 Hagen JW, Barclay CR, Anderson BJ, Feeman DJ. Intellectual functioning and strategy use in children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Child Development* 1990;6:1747-1727.
- 15 Celano MP, Geller RJ. Learning, school performance, and children with asthma: How much at risk? Special Series: pediatric chronic illness. *Journal of Learning Disabilities* 1993;26:23-32.
- 16 Lagreca AM, Stone WL. Behavioral pediatrics. En: Schneiderman N, Taps JT, eds. *Behavioral Medicine: The biopsychosocial approach*. Hillsdale NJ: Erlabum, 1985.

**J. L. Jiménez<sup>1</sup>**  
**M. T. Hermana<sup>1</sup>**  
**J. Latorre<sup>1</sup>**  
**M. T. Serrada<sup>1</sup>**  
**E. Aldama<sup>1</sup>**  
**J. M. Béjar Abajas<sup>2</sup>**  
**C. Jul Vázquez<sup>2</sup>**  
**F. J. Gabilondo<sup>2</sup>**  
**J. L. Figuerido-Poulain<sup>3</sup>**

1 Departamento de Pediatría  
2 Servicio de Cirugía Plástica y Grandes quemados  
Hospital de Cruces (Baracaldo)  
3 Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol (Álava)

**Correspondencia:**

J. L. Jiménez Hernández  
Amesti 17-2º-izda  
48990 Algorta (Bizkaia)

Los niños gravemente quemados  
y su rehabilitación psicosocial

*Burns in children and their  
psychosocial rehabilitation*

**RESUMEN**

La bibliografía acerca de las quemaduras en la infancia establece claramente la relación que hay entre el ajuste previo de la familia y la rehabilitación psicosocial posterior. El presente estudio refiere nuestra experiencia en 14 casos de niños gravemente quemados, consultados durante su ingreso en la Unidad de Grandes Quemados, (cinco casos), o transcurrido un intervalo de tiempo superior a un mes (nueve casos).

Se estimó que el grado de salud mental previo, -tanto del paciente como de sus padres-, se correlacionaba con una buena rehabilitación emocional post-quemaduras. Los autores hacen hincapié en la importancia de establecer un programa de trabajo asistencial multidisciplinario para un mejor pronóstico de los pacientes pediátricos gravemente quemados.

**PALABRAS CLAVE**

Grandes quemados; Pediatría; Cirugía plástica; Rehabilitación psicosocial.

**ABSTRACT**

*Preinjury mental health is said to be a major predictive factor in the rehabilitation progress of burn patients. The literature regarding children's burn injuries clearly documents the relationship between the previous adjustment of the family and the psychosocial rehabilitation after burns in childhood.*

*This study shows the rehabilitation progress of 14 major burn pediatric patients. The results indicate the importance of defining outcome with a multidisciplinary approach in pediatric burn patients.*

**KEY WORDS**

*Pediatric burns; Plastic surgery; Psychosocial rehabilitation.*

J. L. Jiménez  
 M. T. Hermana  
 J. Latorre  
 M. T. Serrada  
 E. Aldama  
 J. M. Béjar Abajas  
 C. Jul Vázquez  
 F. J. Gabilondo  
 J. L. Figuerido-Poulain

## 132 INTRODUCCIÓN

De entre los diversos tipos de accidentes infantiles, las quemaduras parecen ser particularmente estresantes<sup>(1,2)</sup>.

El Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Cruces atiende al año 200 ingresos en su Unidad de Grandes Quemados. Aproximadamente, el 25% de ellos (50 casos) son menores de 15 años. La mayoría tienen menos de tres años de edad, con quemaduras no muy extensas (menos del 20% de la superficie corporal), siendo su mecanismo de producción más frecuente la escaldadura<sup>(3)</sup>.

Muchos de los métodos usados en el tratamiento del niño quemado son extrapolados de la experiencia con adultos. No obstante, los niños requieren una atención especial en lo referente al manejo de líquidos y electrolitos, la rehabilitación, y los cuidados psicosociales<sup>(4)</sup>.

Las características peculiares de este grupo pediátrico de pacientes así como las consecuencias psicosociales a corto y a largo plazo de las quemaduras, han determinado la realización del presente estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en nuestras consultas de psiquiatría infantil. La característica común buscada era la presencia de quemaduras graves (que requirieran ingreso), tanto en el motivo de consulta como entre los antecedentes personales del paciente.

En total, 14 casos (N=14) tenían esta característica. De ellos, 11 eran varones (78,6%), y tres mujeres (21,4%). La edad media de la muestra era 8,9 años (DE=3,0). En el momento de la consulta psiquiátrica, la distribución por grupos de edad era: pre-escolares, tres (21,4%), escolares, diez (71,4%) y adolescentes, uno (7,2%).

Sin embargo, al producirse las quemaduras, las edades eran distintas, por lo que la distribución quedaría así: lactantes, tres pacientes (21,4%), pre-escolares, tres casos (21,4%), escolares, ocho casos (57,2%) y adolescentes, ninguno.

La relación entre edad y extensión de las quemaduras se muestra en la figura 1, junto al intervalo de tiempo entre las lesiones y el momento de producirse la consulta psiquiátrica (Fig. 2).

Para el diagnóstico psicosocial, hemos utilizado la ICD-9-CM (código de enfermedades de la O.M.S., mo-

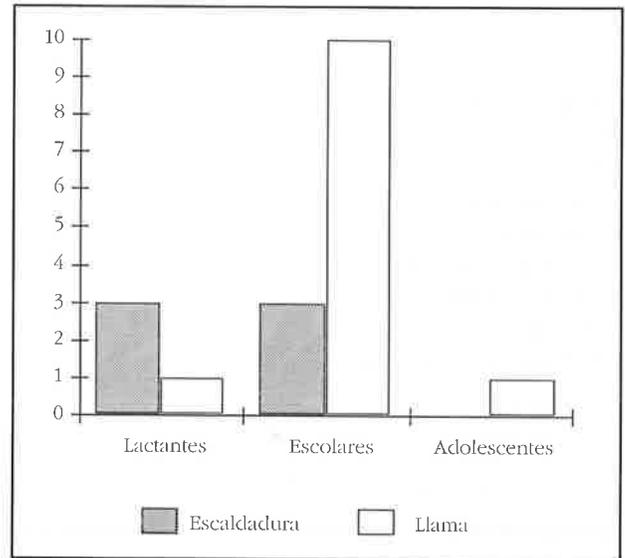


Figura 1. Distribución de los 14 casos en tres grupos de edad por un lado y en quemaduras de extensión mayor o menor del 20% de la superficie corporal.

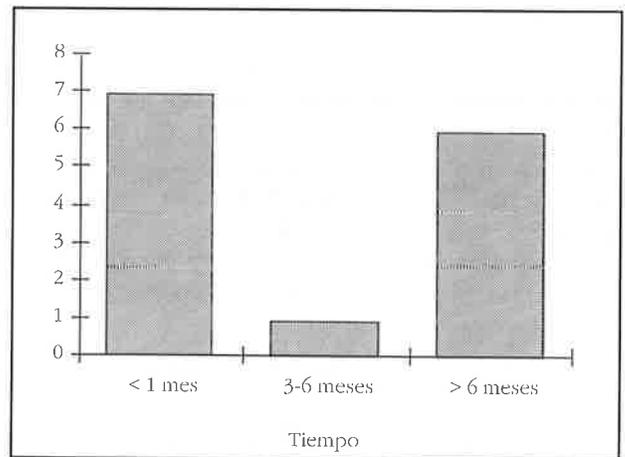


Figura 2. Distribución del grupo total de pacientes según el tiempo transcurrido desde las lesiones a la consulta psiquiátrica (agudos: menos de 1 mes; crónicos: más de 6 meses).

dificado por la Asociación Americana de Hospitales)<sup>(5)</sup>. Los diversos diagnósticos psiquiátricos están reflejados en la tabla 1.

Dentro del código de la ICD-9, los grupos 940-949 corresponden a las quemaduras y, -mediante dígitos-, se añaden al diagnóstico principal la localización, me-

**Tabla 1 Diagnóstico psiquiátrico de los 14 casos estudiados**

<i>Diagnóstico psiquiátrico (ICD-9-CM)</i>	
Trastornos por estrés postraumático (309.89)	8 casos (57,1%)
Trastornos de conducta (312.00)	5 casos (35,7%)
Ansiedad de separación (309.21)	1 caso (7,2%)
Total: 14 pacientes	

canismo de producción, profundidad y extensión de las mismas<sup>(3)</sup>. Los grupos 290-309 se dedican a los Trastornos Mentales.

Con estos datos (Plásticos y Psiquiátricos), hemos extraído una serie de parámetros: edad, sexo, extensión corporal de la quemadura, localización de la misma, mecanismo causal, complicaciones psicosociales añadidas, y evolución posterior (tanto física como emocional). Los resultados de su análisis estadístico se exponen a continuación.

## RESULTADOS

Entre los diversos accidentes, las quemaduras son de lo más estresante para los niños víctimas de las mismas<sup>(6)</sup>. El grupo que hemos estudiado (N=14) tenía una media de edad de 8,9 años, etapa de lactancia, en la que el niño tiene que abandonar su querido mundo imaginativo para convertirse en un ser razonable<sup>(7)</sup>.

Uno de los temas en los que se hace mayor hincapié en la bibliografía<sup>(8)</sup> es la propensión a los accidentes que tienen los niños quemados. Las características de estos pacientes ("accident-proneness") se definen como impulsividad y gran inquietud. De los 14 casos que componen la muestra, ocho (57,1%) tenían conductas arriesgadas antes de las lesiones. Todos eran varones.

Otros autores atribuyen el aumento en la frecuencia de accidentes infantiles a una pobre supervisión parental<sup>(9)</sup>. En tres casos de la muestra (21,4%), se apreciaba un desajuste social suficiente como para impedir una supervisión familiar adecuada.

Los motivos de consulta psiquiátrica eran diferentes para cada caso. Los médicos sospechaban que los problemas eran sobre todo conductuales (seis casos: 42,8%); mientras que los temores de los padres se dirigían preferentemente hacia las dificultades emocionales secundarias a las quemaduras (ocho casos: 57,1%).

El diagnóstico psiquiátrico más frecuente resultó ser las Reacciones Agudas ante el Estrés que suponen las quemaduras y su tratamiento (ICD-9: 309.89); ocho casos (57,1%). En segundo lugar, estaban los Trastornos de Conducta (ICD-9: 312.00); cinco pacientes (35,7%). La paciente restante, de cuatro años de edad, padecía Trastornos por Ansiedad de Separación (ICD-9: 309.21).

Aunque durante algún tiempo se ha pensado que los niños quemados tenían problemas emocionales antes de las lesiones<sup>(10)</sup>; estudios controlados no han confirmado tal hallazgo<sup>(11)</sup>. En nuestra muestra, solamente un varón, que se quemó accidentalmente la cara con ácido sulfúrico, tenía previamente trastornos emocionales.

Tres pacientes tenían un diagnóstico somático asociado: obesidad, retinoblastoma y asma.

Otras variables estudiadas son: desajuste social, que se presentaba en tres casos (21,4%); antecedentes personales médico-quirúrgicos, que consistían en prematuridad (tres casos); otros accidentes (atropellos y fracturas diversas, T.C.E.S., caídas accidentales e ingesta de cáusticos, entre otros ejemplos) ocurridos a los mismos niños que antes calificábamos como "accident proneness", y tratamientos por obesidad y por asma. En un último paciente se identificó un retinoblastoma poco después de las lesiones.

En cinco casos (35,7%) la familia había consultado previamente a algún psiquiatra por otros miembros familiares. Los motivos de consulta fueron: dislexia, retraso mental y disfunción cerebral mínima en alguno de los hermanos del paciente, depresión en una de las madres, y utilismo crónico en uno de los padres.

Dos familias tenían antecedentes de consultas médicas por: toxoplasmosis en uno de los hermanos, por epilepsia parcial benigna en otro hermano, y por cáncer materno en el segundo caso.

El lugar y el tamaño de la fratria son dos variables clave para entender posibles problemas de supervisión parental. En el grupo estudiado, la mayoría de los pacientes eran los benjamines de una familia compuesta por dos hijos (siete casos: 50%). No parece que existieran, pues, dichos problemas en ningún caso.

La extensión de las quemaduras oscilaba desde el 10% al 80% de la superficie corporal, siendo las que afectaban al rostro las más complicadas de rehabilitar. La edad en que se produjeron las lesiones es un factor de capital importancia para comprender los mecanismos comportamentales que llevan a la adaptación del paciente a las mismas.

## 134 DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios realizados al respecto coinciden en afirmar un aumento de los problemas emocionales como secuela de las quemaduras graves en la infancia<sup>(6)</sup>. No tenemos la certeza de que estas alteraciones comportamentales sean mayores que las presentadas por niños sometidos a cualquier otra cirugía. No obstante, hay muchas razones para pensar que sea así. Las fuentes de estrés físico y psicológico son enormes en los niños quemados: hospitalizaciones, frecuentes y prolongadas, un gran esfuerzo de rehabilitación, complicaciones médicas que amenazan la propia supervivencia, dolor terebrante, la angustia que supone el constante temor a contraer infecciones, pérdida funcional de partes corporales, obligada y larga separación de la familia y de los amigos y por último, la posibilidad de quedar desfigurado tras las quemaduras.

Como se ve en la figura 1, a cada mecanismo de producción de las lesiones, correspondía preferentemente un determinado grupo de edad. Así, la edad media de las escaldaduras era de tres años, mientras que la edad media de las quemaduras por llama era de ocho años. Según el Dr. Béjar y sus colegas<sup>(3)</sup>, existe una correlación significativa entre la edad, la extensión de la quemadura, el número de intervenciones quirúrgicas requeridas y el tiempo de estancia hospitalaria<sup>(3)</sup>. En definitiva, a mayor edad del niño, la quemadura genera una mayor morbilidad. Estimativamente, nuestros datos son similares.

En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría definió los Trastornos por Estrés Postraumático<sup>(12)</sup>, que han sido estudiados entre pacientes pediátricos supervivientes a catástrofes o desastres personales<sup>(13)</sup>, y que equivalen a las Reacciones ante Gran Tensión de la ICD-9-CM<sup>(5)</sup>. En la muestra, ocho pacientes (57,1%) presentaban tal síndrome. Las quemaduras son tan estresantes como para producir esta enfermedad emocional como secuela<sup>(14)</sup>.

Una segunda categoría son los trastornos de conducta; cinco varones (35,7%) reunían los criterios necesarios para ser diagnosticados así.

En resumen, los mayores esfuerzos de investigación de los procesos psicológicos que operan en las quemaduras, hacen hincapié en tres apartados: *Diagnóstico psiquiátrico previo a las quemaduras*. Uno de nuestros pacientes estaba considerado como "niño hiperquinético" antes del ingreso en la Unidad de Quemados; *Complicaciones neuropsiquiátricas du-*

*rante el período inicial de hospitalización*. Dos casos padecían en el momento de la interconsulta psiquiátrica un Síndrome Confusional Agudo. Otro, presentaba Ansiedad de Separación y un cuarto, padecía fobias a la venopunción aparte de otros síntomas ansiosos inespecíficos; *Secuelas psicológicas al año de las quemaduras*. Los trastornos comportamentales y las "Neurosis Traumáticas" formarían parte de este tercer grupo.

Las secuelas pediátricas a corto plazo descritas ampliamente en la literatura, son: conductas regresivas, miedos y fobias, trastornos del sueño, extrema dependencia a los padres, rechazo a volver al colegio y aislamiento. Estas conductas son más frecuentes e intensas, cuanto más joven sea el niño.

La reacción familiar al suceso traumático, suele ser de gran culpabilidad, acentuada sobre todo en la madre, con frecuentes depresiones "enmascaradas"<sup>(15)</sup>.

La imagen corporal es un componente del concepto personal, formado a través de experiencias sensoriales y sociales, siendo la reacción cultural de vital importancia para determinar la vivencia corporal de cada sujeto<sup>(16)</sup>. Se ha demostrado que las desfiguraciones de cualquier tipo se acompañan con mucha frecuencia de alteraciones en la imagen corporal e incluso, de cambios en las interacciones sociales. Las quemaduras no son una excepción al respecto, produciendo un impacto negativo sobre el auto-concepto de la víctima<sup>(17)</sup>.

El tanto por ciento de la superficie corporal quemada no ha mostrado relación con alteraciones de la imagen corporal, al contrario del lugar afecto, siendo la cara la zona más devaluada del concepto personal. Como todo el mundo puede imaginar, esta desvalorización se asocia a depresión y a ansiedad<sup>(18)</sup>.

Otro de los temas relacionados con un mal pronóstico es la falta de conexión familiar y la ausencia de un soporte social adecuado<sup>(19)</sup>.

Para concluir este apartado, debemos saber que la estética personal está muy relacionada con la afectividad, de tal manera que los niños que se consideran "niños feos" lo hacen en base a no sentirse suficientemente queridos<sup>(7)</sup>.

Por último, hacemos hincapié en la importancia de prevenir las quemaduras en la infancia. Esta profilaxis es labor de todos los agentes primarios de salud. Se trataría de identificar y de proteger a los niños con las conductas de impulsividad e hiperactividad de los "accident pronones"; y de enseñar, incluso en los mismos colegios, las consecuencias de las quemaduras y cómo prevenirlas.

## CONCLUSIONES

- El grado de salud mental previo (tanto del paciente como de sus padres), se correlaciona con una buena rehabilitación psicosocial.

- Un programa multidisciplinario puede conseguir una recuperación más completa y menos psicotraumática. Este mismo programa, extendido a los agentes primarios de salud, puede contribuir a la prevención de accidentes que originan lesiones por quemaduras en la infancia.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro reconocimiento a los padres y familiares de los pacientes, por su incansable dedicación a sus hijos gravemente quemados; así como al personal de enfermería de la Unidad de Quemados del Hospital de Cruces, sin cuya colaboración no se habría podido realizar el presente trabajo.

135

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Travis G. *Chronic illness in children; its impact on child and family*. Stanford: Stanford University Press, 1976:287.
- 2 Herrin JT, Antoon AY. Medical care strategies in burn care; a pediatric perspective. En: Bernstein NR, Robson MC, eds. *Comprehensive approaches to the burned person*. Hyde-Park: Medical Examination Publishing, 1983.
- 3 Béjar JM, Jul C, Alonso F, Gabilondo FJ. Epidemiología de las quemaduras infantiles. *Gaceta Médica de Bilbao* 1989;**86**:53-60.
- 4 Cariajal F, Parks DH. *Burns in children; Pediatric burn management*. Chicago, Ill: Year Book Medical Publishers, 1987.
- 5 Commission Professional and Hospital activities of USA. *International Classification of Diseases, 9th. Revision, Clinical Modified. ICD-9-CM*. Ann Arbor, Michigan: Edwards Brothers inc., 1980.
- 6 Garmezny N, Rutter M. Children as burn victims. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry, modern approaches*, 2nd ed. Edinburgh: Blackwell Scientific Publication, 1985:164-165.
- 7 Cobo Médina C. *Paidopsiquiatría Dinámica I*. Madrid: Servicio Científico "Roche", 1983.
- 8 Manheimer DI, Mellinger GD. Personality characteristics of the child accident repeater. *Child Dev* 1967;**8**:491-513.
- 9 Knudson-Cooper MS, Leuchtag AK. The stress of a family move as a precipitating factor in children's burn accidents. *J Human Stress* 1982;**8**:32-38.
- 10 Woodward JM. Emotional disturbances of burned children. *Br Med J* 1959;**5128**:1009-1013.
- 11 Wright L, Fulwiler R. Long range emotional sequelae of burns effects on children and their mothers. *Pediatr Res* 1974;**8**:931-934.
- 12 American Psychiatric Association task force on nomenclature and statistics. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed, Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- 13 Jiménez JL, Barrón E, Moreno JI, García Vázquez N. El síndrome de estrés postraumático en la infancia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989;**17**:313-318.
- 14 Courtemanche DJ, Robinow O. Recognition and treatment of the Post-Traumatic Stress Disorder in the burn victim. *J Burn Care Rehabil* 1989;**10**:247-250.
- 15 López-Ibor jr JJ. Diagnosis and treatment of masked depression. En: Lader M, Davies H, eds. *Drug treatment of neurotic disorders*. New York: Churchill Livingstone, 1985:102-111.
- 16 Kolb LC. Disturbances of body-image. En: Arieti S, ed. *American Handbook of Psychiatry* New York: Basic Books, 1959:749-769.
- 17 Galdston R. The burning and healing of children. *Psychiatry* 1972;**35**:57-66.
- 18 Orr DA, Reznikoff M, Smith GM. Body image, self-esteem, and Depression in burn-injured adolescents and young adults. *J Burn Care Rehabil* 1989;**10**:454-461.
- 19 Love B, Byrne C, Roberts J, Browne G, Brown B. Adult psychosocial adjustment following childhood injury: The effect of disfigurement. *J Burn Care Rehabil* 1987;**8**:280-284.

**G. Gallicó Cantalejo**

## La anorexia mental en el muchacho adolescente

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológico. U.B.

**Correspondencia:**  
G. Gallicó Cantalejo  
Guipúzcoa 29-33 ent. 7ª  
08020 Barcelona

## *Anorexia nervosa in adolescent boy*

### **RESUMEN**

Siempre se ha considerado la anorexia mental como un trastorno típico de la mujer. En este trabajo la autora plantea la anorexia desde hipótesis que están en la línea de la vivencia corporal. En el muchacho, de manera análoga a la muchacha, el conflicto con su identidad puede llevarle al rechazo de un cuerpo fuerte y masculino mediante la anorexia.

### **PALABRAS CLAVE**

Anorexia mental; Anorexia en muchachos;  
Adolescencia; Identidad; Vivencia corporal.

### **ABSTRACT**

*Mental anorexia has always been considered a typical female disorder. In this work the author treats anorexia from the hypothetical perspective of "body experience". In boys, in a similar way to girls, the conflict with their identity can lead them to the rejection of a strong and masculine body via anorexia.*

### **KEY WORDS**

*Anorexia nervosa; Anorexia in boys; Adolescence; Identity; Body experience.*

## INTRODUCCIÓN

Normalmente, se considera la anorexia como una enfermedad típica de la mujer adolescente aunque no exclusiva de ella. Los estudios epidemiológicos señalan que aproximadamente en un 5% de los casos, la anorexia se da también en los hombres.

En general, la mayoría de trabajos psicoanalíticos que revisan este tema buscan el significado de la anorexia en la dificultad de aceptación del cuerpo femenino sexuado a través de los síntomas característicos como el adelgazamiento y la amenorrea. También se suele concebir que subyacentemente a la anorexia hay toda una serie de fantasías sobre embarazo, fecundación oral a través de la comida, etc. No obstante, la anorexia mental, como ya hemos mencionado antes, también podemos encontrarla en adolescentes varones, es por este motivo que hemos emprendido esta revisión sobre el tema con el objetivo de podernos acercar a la comprensión de esta patología. Para ello, pensamos que es imprescindible mantener una actitud abierta y receptiva hacia otras hipótesis que permitan acercarnos a su nosografía.

Pensamos que se ha conseguido avanzar hacia la profundización de esta problemática con la evolución que han sufrido las concepciones psicodinámicas en las últimas décadas, en las que se han pasado de hipótesis basadas en la oralidad -en las cuales, comer significa a un nivel inconsciente quedarse embarazada- a hipótesis que se encuentran más en la línea de la vivencia corporal. Es hacia estas últimas que hemos dirigido nuestra atención, ya que nos parece que son las que pueden explicar de una forma más completa la anorexia mental.

## DISCUSIÓN

Sin olvidar que hay casos atípicos en que la anorexia se puede presentar como parte de una esquizofrenia u otro cuadro clínico, hay toda una serie de casos en los cuales los chicos anoréxicos presentan los mismos síntomas que las chicas anoréxicas y los efectos psicológicos también son los mismos.

Bruch<sup>(1)</sup> que es una de las autoras que más ha trabajado esta temática, concibe la anorexia mental respondiendo a tres niveles de trastorno psicológico: a) como una perturbación del esquema corporal y del concepto

corporal; b) como una modificación de la percepción exacta o de la interpretación cognoscitiva de los estímulos corporales, es decir, habría un fracaso en la interpretación de signos indicadores de la necesidad de satisfacerse; c) como un paralizador sentimiento de ineficacia.

A continuación describiremos algunas aportaciones teóricas basándonos en estos tres niveles descritos por Bruch.

El primer nivel hace referencia al esquema corporal. En este sentido, Halmi<sup>(2)</sup> remarca que la percepción distorsionada que las personas anoréxicas tienen sobre el cuerpo es un fenómeno muy complejo ya que efectúan una sobreestimación de sus partes raquílicas al calificarse como obesas.

Shilder<sup>(3)</sup> señala que nuestro cuerpo y la imagen corporal de nuestro cuerpo constituyen desde el primer momento el objeto de las emociones más fuertes. La imagen corporal es en su forma definitiva una unidad, pero esta unidad no es rígida, sino variable. La manera como percibimos nuestro cuerpo está relacionada con la forma en cómo percibimos los objetos del mundo externo. El niño desde el primer momento incorpora ciertas partes de los cuerpos de los otros a su propia imagen corporal, y adopta, también para su personalidad, la actitud asumida por los otros en relación con las distintas partes del cuerpo; a este proceso le denominamos identidad. Pero también frecuentemente el individuo quiere desprenderse de partes de la imagen corporal y eso lo efectúa a través de la proyección. Este mismo autor considera que la influencia emocional puede alterar el valor relativo y la claridad de las distintas partes de la imagen corporal. Además, esa alteración tanto puede ser un cambio operado en la superficie del cuerpo como en sus partes internas, y el cambio puede producirse en la apariencia subjetiva de la piel o ser una pérdida de la sensación respecto a una parte del cuerpo, o ser incluso el olvido de una parte. Los estudios de Bruch<sup>(1)</sup> van en esta línea ya que considera que el origen de la concepción monstruosa y grotesca que poseen los anoréxicos sobre su cuerpo, recae en las perturbaciones de las relaciones y en los procesos primitivos de proyección e introyección que juegan un rol fundamental en la construcción de la imagen corporal.

También Fenichel<sup>(4)</sup>, considera que la imagen corporal no coincide con el cuerpo real porque en la imagen corporal se incluyen también las partes alucinadas, eso ocurre porque el bebé descubre el "no-

138 yo-exterior" a través de las frustraciones que padece. El bebé necesita conocer este "no-yo-exterior" para a partir de él y de las sensaciones que derivan de él poder diferenciar su "yo-interior" y las sensaciones provenientes de él.

Por otra parte, Kreisler y cols.<sup>(5)</sup>, consideran la anorexia como una conducta de restricción alimentaria, una lucha contra el hambre, detrás de la cual existe la idea puramente invasora que es el deseo de adelgazamiento. Hay un irreconocimiento del cuerpo raquíutico que las lleva a sentirse gordas a pesar de su extrema delgadez. Megalómanas de sus posibilidades psíquicas y fisiológicas anuncian su cuerpo omnipotente y triunfante.

En cuanto al segundo nivel descrito por Bruch hace referencia al fracaso en la interpretación de signos indicadores de la necesidad de satisfacerse. Es bastante evidente que el anoréxico no sólo teme la incorporación oral -por tanto su voracidad- sino también la proximidad emocional, la ternura, el contacto físico, todo lo que significa tomar y recibir. Rechaza, por tanto, cualquier cosa que proviene de los otros. Para entender este funcionamiento creemos que hay que retroceder a las primeras relaciones de estos individuos. De acuerdo con Kreisler y cols.<sup>(6)</sup> la primera forma de comunicación y por tanto de relación, entre la madre y el recién nacido se produce mediante la alimentación. La madre a través de su capacidad de "réverie"<sup>(7)</sup> puede hacerse cargo de las necesidades del bebé y obrar en consecuencia, otorgando primero un significado al llanto y brindando la satisfacción adecuada. Cuando la madre fracasa en este proceso y no puede hacerse cargo de las necesidades del bebé, entonces el niño no podrá a su vez diferenciar entre sus diversas necesidades, no sabrá cuándo tiene necesidad de comida o necesidad de afecto. En estos casos, tal como señala Jeammet<sup>(8)</sup> la necesidad afectiva puede estar ubicada en la comida. Además hay una similitud entre la forma en cómo estos chicos se relacionan con la comida y con las demás personas.

Selvini-Palazzoli<sup>(9)</sup> considera que rechazar la satisfacción oral significa para el anoréxico adquirir seguridad y poder evitar la dependencia. Cuando la satisfacción oral se hace incompatible con la necesidad de seguridad, autonomía y poder, el cuerpo se hace inaceptable, despierta culpa, se le siente como portador de pasividad psíquica. A causa de su sentimiento de impotencia, el anoréxico se siente incapaz de probar

su poder en relaciones interpersonales, hecho que le hace ocuparse plenamente en una relación intrapersonal con su propio cuerpo. El anoréxico quiere ejercer un control sobre su cuerpo, al que siente indestructible, en realidad no les falta el apetito aunque se comportan como si no lo tuvieran. Kreisler<sup>(5)</sup> se refiere a la perversión del hambre, a la erotización, como forma de atentar la distancia que separa la necesidad de la satisfacción.

Kestemberg<sup>(10)</sup> aunque considera que la capacidad de fantasear de estas personas es muy rica, también está de acuerdo en que sus fantasías son muy arcaicas, frecuentemente megalomaniacas, pero una posición muy regresiva de lucha contra la dependencia bloquea las capacidades asociativas, lo que se pone de manifiesto en el poco contacto que estos pacientes tienen con su propia historia, que ha quedado desdibujada, de manera que casi les es imposible recordarla. Este mismo autor añade que en los anoréxicos, el superyo queda confundido con el yo ideal primitivo, estableciendo un tipo de relación de objeto narcisista, al mismo tiempo que efectúan tanto una idealización como una erotización del cuerpo. Por una parte se produce en ellos una vivencia arcaica de fusión con el objeto pero no puede ser aceptada por su propia postura megalomaniaca. Se hipotetiza que el anoréxico encuentra una satisfacción perversa en el rechazo del cuerpo y el manejo de los otros; el placer es encontrado dentro del cuerpo, en el hambre, y la erotización es desplazada hacia la motricidad y el pensamiento. En este sentido, se puede considerar que la persona anoréxica erotiza su cuerpo mediante la manipulación de las funciones corporales: funcionamiento digestivo, intelectual e hiperactividad motora.

En cuanto al tercer apartado señalado por Bruch, respecto al sentimiento de la ineficacia que supone la anorexia, esta misma autora señala que para las personas que padecen este trastorno rechazar la comida supone rechazar todo aquello que proviene de los otros y que no está dispuesto a aceptar porque ello amenaza su propia identidad. En otros términos, parece que el único medio que han encontrado los anoréxicos de alcanzar la diferenciación y asumir una identidad propia, es rechazando la comida.

Girard<sup>(11)</sup>, también está de acuerdo en que la anorexia es una crisis de identidad vivida a nivel de la imagen del cuerpo, que revela el fracaso de las relaciones objetales estables, que no permitirían la separación maternal. Así,

pues, la persona anoréxica reivindica una identidad imposible.

El anoréxico no puede percibirse ni en estado de saciedad, ni como un ser mortal con limitaciones, ni como persona madura. Su identidad, por sí misma frágil y conflictiva, no permite la resolución de los conflictos de identificación del adolescente, de ahí que los fantasmas megalomaniacos intenten satisfacer los deseos narcisistas. Podemos observar una cierta similitud entre esta postura de omnipotencia y autosuficiencia y el estadio infantil en que el bebé recurre al placer autoerótico, alejándose del objeto y negando, por tanto, su dependencia respecto a él.

Thomä<sup>(12)</sup> subraya que la persona anoréxica cuando llega a la adolescencia y la madurez sexual se convierte en realidad psíquica, sufre una crisis intrapsíquica importante. En el adolescente normal como remarca Aberastury<sup>(13)</sup>, se fluctúa entre una dependencia y una independencia extremas y sólo la madurez le permitirá ser independiente dentro de un marco de necesaria dependencia. Tanto los cambios que se producen en el propio cuerpo como los imperativos del mundo externo son vividos como una invasión. Las modificaciones corporales obligan a una modificación del esquema corporal y del conocimiento físico de sí mismo, por supuesto que esto ocurre desde el principio de la vida, pero se precipita especialmente en la adolescencia. Todos estos cambios que se producen durante la pubertad que el joven vive pasivamente y ante los cuales se siente impotente llevan a un tipo de manejo omnipotente de las ideas frente a la sensación de fracaso en el manejo de la realidad externa. Selvini-Palazzoli<sup>(9)</sup> señala que el anoréxico no se encuentra preparado para todos estos cambios que se producen en la pubertad y que amenazan el autocontrol. Los trastornos somáticos representan la incapacidad de enfrentarse a los sentimientos ambivalentes.

En el comportamiento alimentario, se da un juego de relaciones y manipulaciones familiares. En el síntoma de rechazo de comida y del rechazo del otro o de algo que proviene del otro hay implícito el rechazo del cuerpo y de acceso a la sexualidad genital, de ahí que los individuos anoréxicos no presenten ningún interés por lo sexual. El síntoma supone el investimiento narcisista, la regresión a niveles arcaicos de la oralidad en sus modalidades desviadas o perversas, la racionalización razonada, llevada al extremo para defender el ascetismo y el retorno a la omnipotencia infantil. Los anoréxicos

desafían a los otros y a su cuerpo raquíptico. Hay un sentimiento de inmortalidad triunfante.

De acuerdo con Fernández y Gómez<sup>(14)</sup>, la anorexia podría representar una manera de negar las transformaciones somáticas hacia las formas adultas suprimiendo el cambio psicobiológico mediante una alteración psicometabólica inducida. Esta actitud reflejaría una incapacidad por hacer duelos que supone la etapa adolescente -duelo por el yo, duelo por el cuerpo infantil perdido y duelo por los padres de la infancia- así como la urgencia de hacer una regresión impidiendo cualquier progreso. Del mismo modo que el anoréxico no puede digerir la comida, no puede digerir el medio familiar. Por otra parte, es típico que la madre sea sobreprotectora, preocupada por alimentar, centralizando al máximo la oralidad y la libido del hijo, produciendo una "simbiosis nutricia" y que la figura paterna despierte gran odio en el chico anoréxico. Por otra parte, el adolescente anoréxico no ha podido superar la separación materna, ha habido una dificultad en poder hacerse duelo. Cuando la simbiosis amenaza romperse, el adolescente puede entrar en una fase de fracaso llevado al terreno de la alimentación, que puede concretarse, en ocasiones, en bacanales gastronómicas siempre realizadas fuera del seno familiar.

Taipale y cols.<sup>(15)</sup> sugieren que el padre del anoréxico muestra un rechazo hacia el hijo varón a causa de su debilidad, mientras que la madre favorece sus rasgos femeninos; la proximidad de la adolescencia horroriza al muchacho, porque ni el padre ni la madre son capaces de ayudarlo a hacerse un hombre adulto. Estos autores consideran la anorexia mental como una forma más o menos femenina de reaccionar y que se da en algunos muchachos con una predisposición particular. Por otra parte, Pavan y Agius<sup>(16)</sup> consideran los adolescentes anoréxicos como personas que tienden a la soledad, faltos de interés u objetivos, que viven las dificultades en las relaciones interpersonales en un plano puramente corporal.

Bruch<sup>(1)</sup> considera que en general la pérdida de peso se da en los chicos de repente y después de algún cambio brusco en la vida de éste, cambio de escuela, separación familiar, etc. En concreto, recientemente hemos podido observar dos casos de anorexia en muchachos, en los cuales el desencadenante fue la marcha al servicio militar, que en nuestra sociedad se ha adelantado en edad en estos últimos años produciéndose por tanto en pleno período adolescente.

140 Otro aspecto destacable en el que están de acuerdo la mayoría de autores estudiados es que, al igual que ocurre con las chicas anoréxicas, a lo largo de su vida han sido chicos ejemplares, dignos de elogio, etc. La enfermedad se produce cuando el estatus de superioridad hasta entonces asegurado se ve amenazado.

Un punto de discrepancia que se discute es si los chicos anoréxicos presentan también la hiperactividad típica de las chicas anoréxicas; más bien parece, en cambio, que suelen presentar apatía y pasividad. En los dos casos observados hemos podido constatar la alternancia entre ambas posturas, empezando primero por una hiperactividad: participando en maratones, practicando deportes, etc., para después caer en un estado de total pasividad y apatía.

Riser<sup>(17)</sup> señala que si consideramos la anorexia como un fracaso en poder asumir la identidad, la explicación por la cual en el varón no es tan frecuente es debido probablemente a que el chico adolescente tiene más posibilidades de autoafirmarse en nuestra sociedad que la muchacha adolescente.

Otros autores, como por ejemplo, Totstrup<sup>(18)</sup> subraya que hay diferencias en la anorexia del adolescente varón tanto en los factores psicológicos, como en la imagen del cuerpo y el simbolismo del alimento, prueba de ello serían los fantasmas del embarazo.

No obstante, nos inclinamos a pensar que hay una cierta similitud del fenómeno de la anorexia en ambos sexos, principalmente si nos atenemos a considerar las concepciones sobre la vivencia corporal e identidad a las que nos hemos referido a lo largo de este trabajo, que se pone de manifiesto en el paralelismo entre la mucha-

cha para la cual perder peso significa borrar las formas femeninas y un horror al embarazo, y el muchacho para el cual perder peso significa el rechazo de un cuerpo fuerte, adulto, y masculino para el que no se encuentra preparado.

## CONCLUSIONES

Parece que en la desesperación para ser alguien y afirmar su identidad, el adolescente anoréxico sigue el mismo recorrido en su enfermedad que la chica anoréxica. La manipulación de su cuerpo por el hecho de dejar de comer y la pérdida de peso es el último estadio de esta evolución.

En los muchachos anoréxicos, al igual que en las muchachas anoréxicas, no se puede hablar de que haya una pérdida del hambre sino de rechazo a alimentarse, rechazo que puede alternar con períodos bulímicos seguidos de vómitos.

Si en la muchacha anoréxica, el conflicto es siempre con la madre, en el caso del muchacho anoréxico, el conflicto es siempre con el padre, hacia el cual hay un gran odio, mientras que con la madre se da una relación simbiótica. En la fantasía del chico el padre es una figura dañada, ausente o muerta, todo lo cual no permite que el chico se identifique con él y que asuma su rol de identidad masculina.

Probablemente, la anorexia supone para el muchacho con estas dificultades la única vía posible para afirmar su identidad, aunque ésta tenga como precio la muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bruch H *Les Yeux et le ventre*. París: Payot, 1975.
- 2 Halmi K, Brodian G, Loney J. Prognosis in anorexia nervosa. *Ann Intern Med* 1973; **77**:907-909.
- 3 Schilder P. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Barcelona: Paidós, 1983.
- 4 Fenichel O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- 5 Kreisler L, Faim M, Soulé M. Psychosomatique de l'enfant. *Psychiat Infant* 1966; **9**:89-222.
- 6 Kreisler L, Faim M, Soulé M. *L'enfant et son corps; études sur la clinique psychosomatique du premier âge*. París: Press Universitaires, 1981.
- 7 Bion W. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- 8 Jeammet PH. Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia: Anorexia y bulimia. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia infantil* 1989;
- 9 Selvini-Palazzoli M. *L'anorexia mentale*. Milán: Feltrinelli, 1963.
- 10 Kestemberg D. *La faim et le corps*. París: P.U.F., 1972.
- 11 Girard C. Hospitalization et psychotérapie de l'anorexia mentale. *Psychiat enfant*, 1978; **2**:449-560.
- 12 Thomä H. *Anorexia Nervosa*. Stuttgart: Hubert-Klett, 1961.
- 13 Aberastury A. *Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, 1978.

- 14 Fernández J, Gómez J. Anorexia Nerviosa. En: Feinstein S, Kalina E, Knobel M, Slaff B, eds. *Psicopatología y psiquiatría del adolescente*. Buenos Aires: Paidós-Assapia, 1973.
- 15 Taipale V, Larquio-Miettinen K, Valanne EH, Moren R, Aukee M. Anorexia nervosa in boys. *Psychosomatic* 1972;**13**:236-240.
- 16 Pavan L, Agius S. Considerazioni sulla anoressia mentale morchille. *Psichiatria* 1966;**3**:393-401.
- 17 Riser M, Gayial L, Baciocchi M, Bastie Y. Notes sur les maigreurs fonctionnelles. *Ann Méd Psychol* 1960;**118**,2:3-26.
- 18 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson, 1977.

**J. L. Pedreira Massa**

Profesor asociado. Área Psiquiatría. Departamento de Medicina.  
Universidad de Oviedo  
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Principios introductorios a la  
metodología de investigación en  
Psiquiatría de la infancia y la  
adolescencia

*Research and methodological  
aspects in child and adolescent  
psychiatry and mental health*

**III. BASES DE LA METODOLOGÍA DE  
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

**INTRODUCCIÓN**

La investigación científica en temas sanitarios y, por extensión, también en Psiquiatría y Salud Mental ha sido, históricamente, una investigación cualitativa: descripción de casos clínicos, comparación de descripciones, historias de vida, etc. Pero el desarrollo y empuje de las Ciencias Naturales hizo que se intentaran aplicar procedimientos de investigación cuantitativos también a los temas sanitarios y de salud mental. La intención era buena, pero un uso/abuso excesivo de los procedimientos han "enfriado" los resultados al hacerlos demasiado racionalizados.

Con el paso del tiempo se han comprobado que las metodologías cuantitativas adolecían de importantes fallos que han condicionado una cierta percepción de fracaso de estas metodologías cuantitativas por varias razones:

- Los métodos cuantitativos de las ciencias naturales aplicados a las ciencias humanas no constituían más que una pseudo-legitimación de los procedimientos empleados para este segundo tipo de ciencias.

- Los aportes teóricos fundamentales han sido escasos, desde las grandes modificaciones introducidas por Freud y Marx no han existido casi nuevas aportaciones teóricas fundamentales, al menos con la solidez que estos dos autores daban a sus fundamentaciones.
- En las épocas de crisis se ponen en cuestión, con gran frecuencia, los valores pre-existentes, en estas circunstancias los resultados de las encuestas son cuestionables.
- Los procedimientos cuantitativos poseen una dificultad para analizar ciertos valores culturales propios (p. e. honor, envidia, etc.), con lo que se abre el debate entre la razón y la emoción.
- Lo cuantitativo representa la historia de las gentes sin historia, hoy en día interesa más y se buscan con afán las "historias de vida", tal y como expresaba de forma gráfica J. de Miguel.

**FUNDAMENTOS DE LA METODOLOGÍA  
CUALITATIVA**

El punto de partida de la metodología cualitativa consiste en asumir que tanto el observador como lo observado son parte del mismo fenómeno. Por ello entre las metodologías cuantitativa y cualitativa existen

**Tabla 3 Características diferenciales entre los métodos de investigación cuantitativo y cualitativo**

*Paradigma cualitativo*

- Aboga por emplear métodos cualitativos.
- Comprensión fenomenológica: interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.
- Observación naturalista y sin control.
- Subjetivismo.
- Proximidad a los datos. Perspectiva "desde adentro".
- Fundamentado en la realidad:  
Orientado a los descubrimientos  
Exploratorio  
Expansionista  
Descriptivo  
Inductivo
- Orientado al proceso.
- Válido: datos "reales", "ricos" y "profundos".
- No generalizable: Estudio de casos aislados.
- Busca explicaciones holistas.
- Asume una realidad dinámica.

*Paradigma cuantitativo*

- Aboga por emplear métodos cuantitativos.
- Positivismo lógico: busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos.
- Medición penetrante y controlada.
- Objetivismo.
- Al margen de los datos, Perspectiva "desde fuera".
- No funcionamiento en la realidad:  
Orientado a la comprobación  
Confirmatorio  
Reduccionista  
Inferencial  
Hipotético-deductivo
- Orientado al resultado.
- Fiables: datos "sólidos" y repetibles.
- Generalizable: Estudio de múltiples casos.
- Particularista.
- Asume una realidad estable.

diferencias de singular relevancia que se esquematizan en la tabla 3 y que se ampliarán de forma pormenorizada a lo largo de toda esta serie de trabajos.

El conocimiento es útil cuando permite acercarse a un principio de realidad constituida esta realidad por tres componentes: la realidad-real, la realidad que se mide y la construcción social de la realidad. El fundamento científico asegura que no puede hacerse un análisis cualitativo de los tres componentes de la realidad anteriormente citados, sin una experiencia cuantitativa previa y con un entrenamiento muy específico en las técnicas de observación. Si lo anteriormente expuesto no acontece puede existir un peligro: pasar de la observación de un hecho a la racionalización de la irracionalidad.

Frente a lo anterior se contraponen la corriente antihumanitaria de la ciencia, ya que existen variables que no son medibles, p. e. felicidad, amor, odio, etc. Un segundo factor a considerar es que no existe una observación neutral, pues de resultados parciales se extrapola a lo más global con el sesgo ideológico dominante de la educación y la cultura del investigador. La contradicción que hay que saber superar es que la observación es la base de la metodología cualitativa.

Existen tres grandes bloques de ideas que deben tenerse en cuenta en cuanto a la metodología cualitativa:

### **Beneficios de la metodología cualitativa**

Lo cualitativo más que analizar la realidad lo que analiza es aquello que tenemos socialmente asumido. En ocasiones puede detectarse un fallo metodológico: intenta explicar la normalidad desde posiciones que se separan de lo normal. Lo cuantitativo sólo sirve para confirmar el saber pre-establecido de una teoría, mientras que lo cualitativo puede aportar una alternativa. En particular se pueden enunciar como beneficios los siguientes:

1. El objetivo de la metodología cualitativa es la realidad socio-cultural, intentando pasar resultados de lo anormal a lo normal, lo que hace sin tener una teoría previa. En definitiva: el método cualitativo recrea la intuición, pero lo hace desde dos posiciones: si aparecen contradicciones con la teoría hay que replantear el proceso y, en segundo lugar, permite la unión entre la historia observada y las realidades simbólicas que provienen de la cultura.

2. El método cualitativo no define variables, ni hipótesis, ni relaciones causales, ya que consiste en investigar y teorizar desde la práctica.

- 144 3. La metodología cualitativa es un coste barato, pero precisa una gran dedicación por parte del investigador.

### Problemas de la metodología cualitativa

Sólo se van a formular para establecer las bases para iniciar un debate:

1. Puede pasar a ser un método conservador porque no intenta cambiar nada, sólo observa y describe.
2. Requiere que el investigador se sitúe en el lugar del que sufre para comprender y describir ese sufrimiento, pero plantea una pregunta de difícil respuesta: ¿qué hacer para que el investigador tome la suficiente distancia?
3. No se pone en duda el tema del poder.
4. Puede tener el error de comunicar que la realidad global es la suma de las realidades individuales.

### ¿Qué hacer con los datos cualitativos?

Sitúa el problema de la recogida y transmisión de los datos, para lo que debe tenerse en cuenta:

1. La observación no es algo intuitivo, la observación debe aprenderse y este aprendizaje y entrenamiento es algo costoso.
2. En el momento actual se está introduciendo una cierta cuantificación básica.
3. Se precisan estudios comparativos de diferentes tendencias teóricas y desde distintas perspectivas.
4. Es preciso poner límites para que persista el sentido crítico y una cierta distancia con la observación.

### RECORRIDO METODOLÓGICO BÁSICO EN LA METODOLOGÍA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN

#### Pre-requisitos básicos

1. En toda investigación cualitativa *no cabe ignorar hecho alguno* en beneficio de poder encontrar una explicación más nítida para el fenómeno que se pretende investigar.
2. Todas las *hipótesis* cuando puedan formularse, *han de ser expresadas en una forma que pueda ser refutable*.
3. Se deben *especificar previamente las condiciones bajo las que se abandonará una opinión* que, hasta ese momento, se mantenía.

4. Las *hipótesis que se demuestren como falsas han de ser reemplazadas* por otras explicaciones alternativas que, a su vez, serán comprobadas.

### Pasos de la inducción analítica

1. Desarrollar una *definición aproximada al fenómeno a explicar*.
2. *Formular una hipótesis para explicar ese fenómeno* (puede basarse en datos propios, en otras investigaciones o en la comprensión o intuición del investigador).
3. *Estudiar un caso* para comprobar el ajuste de la hipótesis.
4. Si la hipótesis no explica el caso, *reformularla o redefinir el fenómeno*.
5. *Buscar activamente casos negativos* que refuten la hipótesis.
6. Cuando se encuentren casos negativos, reformular la hipótesis o redefinir el fenómeno.
7. Continuar hasta que se ha puesto a prueba adecuadamente la hipótesis examinando una amplia gama de casos posibles (es lo que algunos investigadores denominan como "relación universal").

### Bases para la estrategia analítica cualitativa

La estrategia analítica es lo que mejor y más esencialmente realiza al método cualitativo de investigación y consiste en:

1. *Describir incidentes clave* en términos descriptivos que sean funcionalmente relevantes.
2. Situar esos incidentes en una cierta *relación con un contexto social* que debe tender a ser lo más amplio posible.
3. El incidente clave se emplea como ejemplo concreto de funcionamiento de principios más abstractos de la organización social.
4. La información se transmite *excepcionalmente en forma numérica* y suele ser registrada en el propio lenguaje de los sujetos observados.
5. Se exige una *cierta cercanía con la investigación* que se va a realizar, por lo que deben cumplirse los siguientes pre-requisitos:
  - a. Detenida formación y adiestramiento.
  - b. Posibilidad de tomar distancia de la situación.
  - c. Supervisión por personal con mayor experiencia, para cada paso.

d. Retorno a la situación de origen del investigador para el análisis, interpretación y redacción del informe.

### El trabajo con los datos

1. *Leer repetidamente los datos obtenidos.* Antes del inicio del análisis deben conocer los datos casi de memoria. Suele ser una buena idea leer los datos varias personas de un grupo de investigación.

2. Seguir la pista de determinados temas, instituciones, interpretaciones e ideas. Se recomiendan la *redacción de memorandum* para determinados temas y para un grupo de investigadores, ya que ayudan a mantenerse al día con lo que en cada día y cada situación va aconteciendo.

3. *Buscar los temas emergentes.* Temas de conversación, vocabulario empleado, actividades recurrentes, significados, sentimientos, dichos y argot empleado, etc.

4. *Elaborar tipologías.* Son útiles para identificar temas o desarrollar conceptos o teorías. Una clase de tipología se relaciona con el modo con el que las personas clasifican a los otros y con los objetos de sus vidas. Se puede seguir un esquema de clasificación pre-establecido o bien el grupo de investigadores puede definir su propia clasificación de tipologías.

5. Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas

- a. Los conceptos, como ideas abstractas generalizadas a partir de hechos empíricos, son utilizados en la investigación como instrumentos sensibilizantes, lo que proporciona un sentido de referencia general y sugiere direcciones para la observación (Blumer). El desarrollo de conceptos es un proceso intuitivo, puede ser aprendido, pero no puede ser objeto de una enseñanza formal. Se puede sugerir tres pasos: buscar palabras y frases propias de los informantes (conceptos concretos); comparar los enunciados y acciones sobre un mismo tema de los datos recogidos buscando algo que los unifique y, por fin, a medida que se identifican temas diferentes se buscan las semejanzas subyacentes.
- b. La proposición es un enunciado general de hechos, basados en los datos. Las proposiciones son verdaderas o erróneas, aunque el investigador podría estar en condiciones de no poder demostrarlo.

6. Lectura del *material bibliográfico*. De esta lectura se obtienen, con gran frecuencia, proposiciones y conceptos que ayudan a interpretar los datos. Hay que tener sumo cuidado para "no forzar" nuestros datos para que encajen en el marco de algún trabajo previo. Es importante conocer marcos teóricos durante la etapa de los análisis intensivos de la investigación, ya que por el denominado "interaccionismo simbólico" nos ayuda a buscar perspectivas, significados y definiciones. El denominado interaccionismo simbólico se interesa por preguntas del tipo de:

- ¿Cómo se definen las personas a sí mismas y a los otros, a sus escenarios y a sus actividades?
- ¿Cómo se desarrollan y cambian las definiciones y perspectivas de la gente?
- ¿Cuál es el ajuste entre las diferentes perspectivas de distintas personas? ¿Cuál es el ajuste entre las perspectivas de la gente y sus actividades?
- ¿Cómo tratan las personas con las discrepancias entre sus perspectivas y actividades?

7. Desarrollar una *guía de la investigación*. Constituye la "hebra analítica, en expresión bien acuñada por Taylor y Bogdan, que une e integra a los principales temas de los datos. Sería aproximarse a responder la pregunta: ¿sobre qué trata este estudio?

8. *Codificar los datos*. La codificación es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. El proceso de codificación incluye: reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones. Se puede aportar un esquema de codificación de los datos cualitativos:

- a. Desarrollar categorías de codificación. Redactar listado de temas, conceptos, interpretaciones, tipologías y proposiciones identificadas o producidas durante el análisis inicial. Intentar ser lo más específico, aunque muchas ideas estarán con una formulación vaga. El número de categorías dependerá de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad de nuestro esquema analítico. Se asignará un número a cada categoría, teniendo en cuenta que con más de un símbolo se pueden indicar relaciones lógicas (p.e. subapartados de una categoría determinada).
- b. Codificar todos los datos: tanto las notas como las transcripciones, documentos u otro tipo de materiales. Codificar tanto los incidentes negativos como los positivos que se relacionen con la categoría que se

146

trate. La regla cardinal de la codificación es que la codificación en el análisis cualitativo consiste en hacer que los códigos se ajusten a los datos y no a la inversa: Si algunos fragmentos de los datos pueden entrar en una o varias categorías, se les debe asignar códigos en todas ellas.

- c. Separar los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación: es una operación mecánica, no interpretativa. Un ejemplo claro es que la pregunta del entrevistador debe acompañar a la respuesta del informante. Se aconseja conservar una copia intacta de todos los materiales tal como se recogieron originalmente.
- d. Repasar los datos que no han podido ser codificados: ver si se ajustan a alguna de las categorías existentes o se debe abrir una nueva categoría. No obstante hay que saber que ningún estudio utiliza la totalidad de los datos recogidos.
- e. Refinar el análisis: en el conjunto de los datos suelen aparecer datos negativos y contradicciones. Aunque casi todos los investigadores los soslayan, se deben analizar los casos negativos para profundizar la comprensión de los temas que se están investigando, ya que estos casos negativos suelen ser una fuente fructífera de información y de comprensión. Hay que saber que en una investigación cualitativa no existen guías previas que determinen la cantidad de datos necesarios para refrendar una conclusión o interpretación.

9. *Relativizar los datos*: Consiste en interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos, ya que como Deutscher señala, todos los datos son potencialmente valiosos si sabemos evaluar su credibilidad. En principio no se descarta ningún dato, pero se modifica su interpretación según sea el contexto, para lo que se debe considerar.

- a. Datos solicitados y datos no solicitados. Se debe observar si la gente al responder nuestras preguntas dice cosas diferentes a cuando habla por propia iniciativa.
- b. Influencia del observador y del escenario. Los observadores influyen sobre el escenario que investigan y viceversa.
- c. ¿Quién estaba en el estudio? Muchas otras personas presentes durante el proceso de información pueden influenciar las respuestas del informante.

- d. Datos directos e indirectos. Cuanto más se tiene que leer en los datos y extraer inferencias basadas en los datos indirectos, menos seguro se puede estar acerca de la validez de las interpretaciones y conclusiones, según la regla formulada en 1957 por Becker y Geer y que guarda hoy día toda su vigencia.
- e. Fuentes. Existe el peligro potencial de generalizar sobre un grupo sobre la base de lo que dice una persona de ese grupo. Está bien recurrir a informantes claves para las comprensiones esenciales, pero conviene distinguir entre las perspectivas individuales de las grupales. Por ello en la transcripción debe señalarse una aproximación cuantitativa de los informantes (“una”, “varias”, “una minoría” o “una mayoría”, etc).
- f. Nuestros propios supuestos. El investigador inicia el estudio con un mínimo de supuestos, además nuestros propios pre-conceptos son difíciles de evitar. Los datos nunca se explican a sí mismos, todos los investigadores se basan en sus propios supuestos teóricos y en sus conocimientos culturales y científicos para obtener sentido de los datos. La supervisión del trabajo es un buen método para abordar con seriedad este punto.

#### AMENAZAS A LA VALIDEZ DE UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

##### **La verdad encontrada no tiene por qué ser toda la verdad**

Cada situación puede generar varias preguntas que, a su vez, posibilitan distintas respuestas. De ello se desprende que *se debe desconfiar de la existencia de afirmaciones contradictorias*, una cosa es la flexibilidad y la aceptación de nuevas premisas y otra bien distinta es que las afirmaciones de partida sean contradictorias.

##### **La verdad no quedará comprobada con una sola investigación, ni por un cierto número de ellas consideradas en sí mismas**

Se precisa de la confluencia de varios aspectos parciales de cada situación. Además se necesitan aportaciones complementarias (p.e. documentos, entrevistas, imágenes, etc.).

### **Nunca se podrá estar totalmente seguro de la verdad de una afirmación**

El punto de partida consiste en reconocer que el conocimiento es parcial y, por ello, falible. Se pueden encontrar nuevos datos que demuestren que una afirmación que era considerada como verdadera resultará ser parcial o totalmente falsa.

### **No existe una sola norma de validez que resulte aceptable para todos los grupos sociales y para todos los fines**

El escepticismo de algunos grupos puede deberse a razones muy diversas (p.e. inclinaciones profesionales, intereses personales o de grupo, etc.). Se debe valorar cuáles serán las posibles repercusiones para la acción de las conclusiones que se hayan obtenido.

### **LA COMBINACIÓN DE METODOLOGÍAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN**

Es una opción que hemos repetido en varias ocasiones precedentes. Pero existen aspectos que deben ser tenidos en cuenta para defender esta postura y, sobre todo, conocer los inconvenientes para intentar analizar la viabilidad de desarrollar este procedimiento mixto.

### **Ventajas de la utilización conjunta de metodologías y procedimientos cuantitativos y cualitativos de investigación**

1. La presencia de objetivos múltiples exigen el empleo de una gran variedad de métodos y no circunscribirse a una metodología en exclusividad.

2. Cuando ambos métodos se utilizan en conjunto y para un mismo propósito, *se vigorizan mutuamente* al prestarse percepciones y, por lo tanto, obtener resultados sinérgicos que por separado ninguna de las dos metodologías sería capaz de obtener.

3. Ningún método está libre de sus propios prejuicios, por lo que al emplear procedimientos múltiples y técnicas diferentes, el investigador consigue realizar una triangulación (buscar un tercero de referencia), al intentar *conseguir que esas técnicas sean convergentes*.

4. Ya que ambas metodologías poseen sesgos diferentes y que le son propios, al emplear conjuntamente los procedimientos de ambas, puede ser posible someter a cada uno a un *proceso de comprobación mutua* y aprender de esa comprobación, de sus resultados y de sus conclusiones.

### **Obstáculos para el empleo conjunto de metodologías y procedimientos cuantitativos y cualitativos de investigación**

1. *Encarece los costes*, pues suele representar una concatenación de los elementos más costosos de cada uno de los métodos, cuando éstos se desarrollan por separado.

2. *Enlentece la investigación* por las comprobaciones sucesivas y los posibles enfrentamientos y/o estériles confrontaciones permanentes y mantenidas en el tiempo. Puede solventarse si las actividades de las dos metodologías pueden tener un lugar simultáneo donde realizar la investigación.

3. *Insuficiente formación y entrenamiento* de los investigadores en ambos métodos conjuntamente. Por lo tanto son investigaciones que deben basarse en equipos multidisciplinares diferentes y, por ello, las relaciones entre ambos equipos puede que no sea lo fluida que se desearía.

4. *"Moda"* y adhesión a y en la forma dialéctica del debate por parte de los integrantes de los grupos de investigadores.

### **Planteamiento metodológico para el empleo conjunto de metodologías y procedimientos cuantitativos y cualitativos de investigación**

Los procedimientos cuantitativos están acostumbrados a funcionar con una metodología general hipotético-deductiva, consistente en formular una hipótesis, definir el marco de trabajo y con los resultados obtenidos deducir un tipo de conclusiones desde donde se extrapola a la realidad. Esta metodología está muy extendida en los ámbitos académicos. Pero la combinación de procedimientos, sobre todo en el análisis de los sistemas complejos, se debe introducir una modificación sensible en la orientación metodológica, que es la metodología dialéctica. La hipótesis del equipo investigador funciona como tesis, que debe confrontarse con los datos obtenidos empíricamente de la realidad y que, por lo tanto, funciona como antítesis. De esa confron-

**148** tación se debe obtener una síntesis: la formulación del trabajo con sus conclusiones. Pero estas conclusiones sólo tendrán validez si son capaces de abrir nuevas preguntas y posibilitan la formulación de nuevas hipótesis, con lo que se vuelve a iniciar el proceso. Nos parece que este camino es muy difícil y complejo, pero

enriquece de manera importante el proceso de investigación, sobre todo para investigaciones clínicas y de con perspectiva longitudinal (p.e. de gran aplicación en investigaciones de psicopatología del desarrollo o de eficacia de tratamientos en determinados procesos clínicos, etc.).

### ACERCA DEL CONCEPTO DE MUTUALIDAD PSÍQUICA

En este trabajo nos proponemos ilustrar la influencia que las proyecciones de los padres pueden tener sobre la evolución mental de los hijos. Siguiendo a Kramer (citado en Palacio)<sup>(1)</sup>, existiría un área de "mutualidad psíquica" entre padres y niños pequeños según la cual el niño en los primeros años de vida es muy permeable a las proyecciones de los padres, quienes desempeñarían un papel altamente estructurante en el desarrollo y organización de su personalidad. En ocasiones, estas proyecciones, según sea su calidad y rigidez, pueden crear conflictos en la personalidad del niño, lo que a su vez daría origen a los síntomas. Otros autores como Lebovici<sup>(2)</sup> y Macias Rocha<sup>(3)</sup> proponen el término de "interacción fantasmática" para referirse a las fantasías que ejercen presión a través de las proyecciones de la madre y que son introyectadas por el bebé configurando sus primeros contenidos psíquicos y provocando la producción de síntomas a través de los cuales, el niño es obligado a interpretar un rol específico que se halla relacionado con el pasado de la madre. También en este sentido, Winnicott<sup>(4)</sup> considera que el bebé se percibe a sí mismo a través del estado anímico que él provoca en su madre, de manera que el bebé cuando mira en el rostro de su madre, como si de un espejo se tratase, descubre sus propios afectos aunque matizados o modificados por las fantasías de ésta.

Tomando estos postulados en consideración, podemos preguntarnos ante cada caso que se nos consulta: ¿Qué dificultades se han originado en el niño como reacción a las proyecciones de los padres? ¿Cuáles son debidas a la propia personalidad del niño? Es obvio que todos los padres proyectan diversos aspectos de su propia personalidad sobre sus hijos, pero algunas de estas proyecciones son claramente patológicas.

A continuación exponemos el caso clínico de Teresa que permite hacer ilustrativo este concepto de mutualidad psíquica al que acabamos de referirnos.

### MOTIVO DE CONSULTA

Teresa tenía seis años en el momento de la petición de consulta. Sus padres la presentan como una niña con un retraso general del desarrollo. La describen con un comportamiento muy inmaduro para su edad, con gran retraso en el lenguaje y en los aprendizajes escolares, con enturesis diurna y nocturna, y se muerde la lengua y los dedos hasta hacerse llagas.

Teresa nació con un solo ojo. Desde su nacimiento, hay en los padres la convicción de que "eso" refiriéndose al defecto físico no venía solo. La fantasía que se configura en ellos desde

el primer momento es el haber dado a luz a una hija deficiente. A los tres años se le diagnostica, en un centro mental público, de deficiente mental, lo que solamente sirve para confirmar las sospechas de los padres.

### ANTECEDENTES PERSONALES

La madre estuvo durante el post-parto deprimida, muy ansiosa y culpabilizada ya que según los médicos la causa del defecto físico había sido o una caída de la madre o alguna droga tomada durante el embarazo, hechos que la madre no podía corroborar.

Durante los primeros meses de la vida de Teresa, parecía, según palabras de los padres, que no había bebé. Nosotros pensamos que esta escasez de presencia de la niña se relaciona con la poca estimulación que sin duda pudo recibir de su madre tremendamente culpabilizada y deprimida.

A partir de los nueve meses hay un cambio. La niña deja de comer, rechaza la comida, vomita, llora inconsoladamente, principalmente por las noches y apenas duerme. Es a partir de ese momento que empiezan según los padres todas las dificultades de Teresa.

Ancluvo a los 14 meses; hasta ese momento había estado mucho tiempo en el parque infantil. Las primeras palabras se producen al año y medio, hasta entonces señalaba.

Hasta los tres años rechazaba a cualquier persona que no fuera la madre. Empezó la escuela a los cuatro años, le costó adaptarse al principio, pero después le ha servido para abrirse más. Actualmente las relaciones con los otros niños son buenas.

Interrogados los padres sobre si pasó algún hecho significativo hacia los nueve meses, época en que ellos perciben el cambio, cuentan que nada que tuviera relación con la niña, aunque en esa época el padre se realizó la vasectomía a petición reiterada de su mujer, a pesar de que Teresa es hija única y los padres son personas muy jóvenes, ya que la madre a raíz del nacimiento de la niña se había negado a mantener relaciones con su esposo aterrizada ante la idea de que pudiera volver a embarazarse y tener otro hijo deforme.

### EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA

El Wisc da como resultados un C.I. verbal de 77, un C.I. manipulativo de 96 y un C.I. total de 85. El subtest más bajo es el de información que obtiene una puntuación de 4.

Se intentaron pasar también pruebas proyectivas pero debido a la gran ansiedad de la niña que dificultaba su

150 atención no se pudieron administrar. En cambio, sí que fue posible realizar dos sesiones de juego diagnóstico.

El primer contacto que la terapeuta mantiene con la niña es muy particular. Teresa se muestra muy ansiosa, respira con ahogo, se adhiere físicamente a ella, todo lo hace muy rápido, cuesta mucho entenderla porque pronuncia muy mal y por la rapidez con que lo hace. Aunque Teresa físicamente no es fea, toda su forma de comportarse provoca contra transferencialmente en la terapeuta sentimientos de rechazo. Ello nos llevó a entender que este rechazo debe ser el que los padres por un lado sienten y por otro lado el que ellos le hacen sentir a la niña.

Por otra parte, la niña establece desde el primer día un buen contacto con la terapeuta, juega, le cuenta sus sueños, pide volver con ella, y que le cure el ojo. Parece que Teresa se da cuenta del investimento emocional que sus padres efectúan de su defecto físico y del peso de éste en sus dificultades psicológicas.

Tras la exploración y diversas entrevistas con los padres se indicó un tratamiento de psicoterapia dinámica de dos veces por semana.

## EVOLUCIÓN

Al cabo de unos meses de tratamiento, Teresa había realizado notables cambios, por ejemplo había desaparecido totalmente la enuresis, comía mejor, y podía empezar a seguir los aprendizajes escolares. No obstante y a pesar de que estos progresos son transmitidos por los padres, éstos no muestran ninguna ilusión por los cambios que la niña está realizando, mostrando una gran disociación entre lo que cuentan y la tonalidad afectiva con que lo cuentan. Seguramente hay en ellos un gran miedo a ilusionarse, por el temor a sentirse nuevamente frustrados. Ello les impide poder ver a su hija distinta de cómo la veían hasta ese momento y siguen aferrados a la imagen de su hija deficiente.

Pensamos que en los cambios que Teresa consiguió a lo largo de su tratamiento influyó el que la terapeuta fuese capaz de captar el rechazo que la niña le provocaba y de entenderlo en vez de actuarlo. La terapeuta que desde un principio trató a la niña no como una deficiente sino como una niña capaz de poder evolucionar mentalmente, le sirvió a ésta de modelo distinto al de los padres, que podía introyectar y con el cual poderse identificar. Pretendemos ahora ubicar el significado que para esta familia ha podido tener la vasectomía del padre, y su repercusión en la niña, ya que como hemos mencionado anteriormente este hecho pudo haber sido el detonante de las dificultades de Teresa. La madre de Teresa está enormemente culpabilizada, los médicos le adjudican a ella la responsabilidad, y se encuentra aterrizada ante la idea de tener más hijos. Desde una perspectiva psicoanalítica podemos

hipotetizar que la madre siente el interior de su cuerpo dañado, esto estaría sustentado en la fantasía inconsciente primitiva de sentirse castrada por una madre retaliativa que no le deja tener hijos en venganza de que ella cuando era niña tampoco quería que ésta los tuviera<sup>(5)</sup>. Teresa ha sido la confirmación de su castración interna, de su interior destruido.

La madre de Teresa no ha podido contener las ansiedades suscitadas por esta experiencia tan traumática y se ha defendido de ellas proyectándolas al padre, el cual al no poder tampoco contenerlas, ha acabado actuándolas, haciéndose realmente esterilizar.

Por otra parte, sin duda la madre ha sido incapaz, debido a sus propias dificultades, de hacer el duelo que supone tener una hija con un defecto físico. En las entrevistas efectuadas, se nos muestra como una persona bastante narcisista, con unos ideales muy altos para su hija antes de que ésta naciera, ideales que son inmediatamente derrumbados ante la primera presencia de la niña. En realidad los ideales que la madre tenía para su hija no son en ningún modo incompatibles con el hecho de haber nacido con un solo ojo, pero sí con la idea de tener una hija subnormal que es asociado desde el primer momento al defecto físico.

Ahora nos preguntamos qué ha podido ser proyectado de todo esto en Teresa que en ese momento era un bebé. En nuestra opinión, pensamos que, por un lado, Teresa pudo captar la sensación de no haber traído -en tanto que la consideran deficiente- ninguna satisfacción a sus padres, hasta el punto que renuncian a tener nuevos hijos, hecho sin duda, muy provocador de culpa. Por otra parte, también podemos pensar que la madre quedó aterrizada ante la primera presencia de la hija, evidentemente este terror no fue contenido ni por la madre ni el padre y fue proyectado de inmediato en Teresa, la cual, entonces percibe el rechazo de sus padres quedando inmersa en esta sensación de terror.

Evidentemente y basándonos en los conceptos de mutualidad psíquica y de interacción fantasmática a los que nos hemos referido, la visión que los padres tienen de su hija como deficiente es proyectada a la niña y posteriormente actuada, a través de sus síntomas, de manera que ésta se muestra realmente incapaz de aprender, de entender, de progresar, etc.

Por otro lado, el tratamiento que se inició con esta niña puso de manifiesto las proyecciones tan masivas que sus padres depositaban en ella y la necesidad de hacer un trabajo también con ellos que les ayudara a poder diferenciar sus dificultades de las de la niña.

**G. Callicó Cantalejo**

*Departamento de Personalidad. Evaluación  
y tratamiento psicológico  
Barcelona*

---

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Palacio F. Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-niños. Su lugar en la Psicoterapia infantil. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil* 1986; **1**:99-111.
- 2 Lebovici S, Stolereu S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. París: Paidós. Le Centurion. 1983.
- 3 Macías Rocha M. Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil* 1990; **10**:45-64.
- 4 Winnicot DW. *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1974.
- 5 Klein M. *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós, 1980.

**TRATAMIENTO CON CLONIDINA DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO ASOCIADAS CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

Los niños y adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), con o sin tratamiento psicoestimulante, frecuentemente presentan alteraciones del sueño, que son así una queja común (57% de los padres de niños con TDAH refieren dificultades en el sueño de sus hijos)<sup>(1)</sup>.

Los padres refieren una variedad de alteraciones del sueño en sus hijos con TDAH: renuncia a ir a la cama, dificultades para conciliar el sueño, pobre calidad del sueño, frecuentes despertares nocturnos (presente en el 39% de los niños con TDAH)<sup>(2)</sup>, dificultad para despertar por la mañana, sueño inquieto.

Además se ha considerado que los niños con TDAH tienen más alteraciones identificables del sueño que sus homólogos sin TDAH. Así por ejemplo, se estima que la mitad de los niños con TDAH tienen dificultades para conciliar el sueño frente a un cuarto de los niños sin TDAH.

Esta frecuente observación parental, paradójicamente, no se encuentra en igual modo en los estudios objetivos del sueño, pudiéndose encontrar publicaciones sin evidencias de anomalías en la polisomnografía<sup>(1)</sup>. Otras encuentran, utilizando múltiples medidas del sueño, una significativa reducción en la latencia de sueño con incremento de los despertares nocturnos en niños con TDAH no medicados<sup>(3)</sup>, o un incremento de la actividad motora en los niños con TDAH.

El tratamiento farmacológico utilizado para tratar el TDAH también puede producir alteraciones del sueño. La mayoría de niños con TDAH tratados con estimulantes presentan insomnio. Hecho que, confirmado por la experiencia clínica, puede requerir ajustar la dosificación, suspendiendo la última dosis de la tarde o en algún caso incluso el psicoestimulante. El insomnio inducido por la medicación se ha asociado también con otros fármacos como la desipramina<sup>(4)</sup>.

Por lo tanto han sido descritas alteraciones del sueño, subjetivas y objetivas, en niños y adolescentes con TDAH, asociadas al TDAH o al propio tratamiento. Alteraciones del sueño que pueden contribuir a incrementar la sintomatología psiquiátrica, determinando en una adicional disfunción en casa, el colegio y en las situaciones sociales.

Actualmente, aunque poco estudiados, se utilizan tratamientos no medicamentosos (intervenciones conductuales) y farmacológicos (antihistamínicos, hidrato de cloral, benzodiazepina y neurolépticos) para mejorar el sueño. Los fármacos utilizados pueden causar confusión, sedación matutina y efectos adversos a largo plazo, de aquí la necesidad de tratamientos alternativos.

De todo ello el interés del trabajo de Prince y cols.<sup>(5)</sup>, y objeto de esta reseña, valorando el uso de la clonidina en el tratamiento de los trastornos del sueño asociados al TDAH.

La clonidina es un agonista alfa-adrenérgico, que actúa preferentemente en las neuronas presinápticas, alfa-2 inhibiendo la actividad noradrenérgica. La clonidina ha sido usada con seguridad y eficacia en niños con varios trastornos psiquiátricos incluyendo TDAH, trastornos de tics y en comorbilidad de TDAH con trastornos de tics entre otros (recuérdese en este sentido el caso del niño de 4,8 años con trastornos conductuales por encefalopatía pediátrica del VIH-1 tratado con clonidina y reseñado en esta sección anteriormente)<sup>(6)</sup>.

Así, este grupo de Boston publica este trabajo retrospectivo, correspondiente a la revisión sistemática de las historias de los niños y adolescentes tratados con clonidina por presentar trastornos del sueño asociados al TDAH, bajo atención clínica rutinaria en una unidad especializada de psicofarmacología pediátrica.

La muestra, de 62 sujetos, estaba formada por 42 niños entre 4 y 132 años de edad ( $9,2 \pm 0,24$  años) y 20 adolescentes entre 13 y 18 años ( $15,4 \pm 0,33$  años).

Dosis: los pacientes recibieron una dosis total media diaria de  $245 \pm 24 \mu\text{g}$  (rango= 50 a 900), o sea una dosis total por Kg/día de  $6,9 \pm 0,71 \mu\text{g/Kg/d}$  y una dosis media al acostarse de  $157 \pm 14 \mu\text{g}$  (rango= 50 a 800) o dosis nocturna por Kg/d de  $4,4 \pm 0,37 \mu\text{g/Kg}$  al acostarse. El 63% de los pacientes recibieron exclusivamente clonidina al irse a dormir, frente a 23 casos (37%) que recibieron clonidina durante todo el día (no encontrando diferencias significativas en la respuesta entre ambos subgrupos: dosis repartidas *versus* monodosis nocturna). El tratamiento se iniciaba, generalmente, con 50  $\mu\text{g}$  (media tableta de 100  $\mu\text{g}$ ) y ascensos con incremento de 50  $\mu\text{g}$ . La duración del tratamiento fue de  $35,5 \pm 3,5$  meses.

Resultados. La mayoría de pacientes (el 85%) respondieron positivamente, mejorando muchísimo (19 casos) o mucho (34 casos) a la Escala de Valoración global de Mejoría (CGI) del National Institute of Mental Health (NIMH). No encontrando asociación entre respuesta y grupo de edad, sexo, comorbilidad, o medicación concomitante. Mejorando igualmente los niños y adolescentes con trastornos del sueño asociados al TDAH, como los iatrogenos como los exacerbados por el tratamiento farmacológico. La efectividad se mantiene a los tres años. Los efectos secundarios leves se presentaron en 19 casos (31%) siendo los más frecuentes: sedación matutina y cansancio.

Resultados que sugieren que la clonidina puede ser un fármaco efectivo para los trastornos del sueño asociados al TDAH o al propio tratamiento del TDAH.

**TRATAMIENTO CON FLUOXETINA DEL MUTISMO ELECTIVO**

Los trabajos del tratamiento farmacológico del mutismo electivo, en la DSM IV (1994) red denominado mutismo selectivo (para enfatizar que es selectivamente dependiente del

contexto social más que una elección volitiva de no hablar), han aparecido recientemente y en relación con su asociación con los trastornos de ansiedad.

Dummit y cols.<sup>(7)</sup>, de New York, presentan un estudio piloto para estudiar la seguridad y eficacia de la fluoxetina para el tratamiento de niños con mutismo selectivo.

Muestra: 21 niños (edad media de 8,2 y rango de 5 a 14 años), 16 chicas y 5 chicos, cumpliendo criterios DSM III-R de mutismo electivo fueron incluidos en este trabajo.

Método. Estudio abierto, tipo estudio piloto, de nueve semanas de tratamiento con fluoxetina en dosificación gradual, con valoraciones sistemáticas inicial y final con valoración clínica semanal.

Dosificación. La graduación más óptima de dosis fue de 5 mg/d la primera semana, 10 mg/d la segunda y 20 mg/d en la tercera. La dosis final media diaria fue de 28,1 mg (1,1 mg/Kg/d). La dosis máxima fue de 60 mg /dos casos), 40 mg (n= 4) y 20 mg (n= 15).

Resultados. Los 21 casos cumplían criterios DSM III-R y DSM-IV de trastornos de ansiedad. Después del tratamiento con fluoxetina mejoraron el 76%: con disminución de la ansiedad y aumento del habla en situaciones públicas incluyendo la escuela. La mejoría en la 9 semana fue inversamente correlacionada con la edad

**X. Gastaminza**

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Greenhill L, Puig-Antich J, Goetz R, Hanlon C, Davies M. Sleep architecture and <REM sleep measures in prepubertal hyperactivity. *Sleep* 1983;**6**:91-101.
- 2 Salzarulo P, Chevalier A. Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep* 1983;**6**:47-51.
- 3 Ramos Platón MJ, Vela Bueno A, Espinar Sierra J, Kales S. Hypnopolygraphic alterations in attention deficit disorder (ADD) children. *Int J Neurosci* 1990;**53**:87-101.
- 4 Biederman J, Baldessarini RJ, Wright V, Knee D, Harmatz JS. A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD: I. Efficacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:777-784.
- 5 Prince JB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Wozniak JR. Clonidine for sleep disturbances associated with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic chart review of 62 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;**35**:599-605.
- 6 Tratamiento con clonidina de los síntomas conductuales de la encefalopatía pediátrica del VIH-1. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1995;(3):204.
- 7 Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin JH. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;**35**:615-621.

**PSICOPATOLOGÍA EN LA EDAD ESCOLAR**

*Marivi Rivas Terán*

Santander: Universidad de Santander-Servicio de Publicaciones, 1995

El escolar empieza con una crisis vital a los seis años y termina a los 11 años preparándose para otra crisis mayor calado y trascendencia que va a tener que vivir más tarde. Antes, en los cinco primeros años de vida han ocurrido muchas cosas. Pero ¿qué ocurre en este periodo escolar? ¿Es de color de rosa? Para los teóricos es el llamado «periodo de latencia»; «logicooperacional»; «alegre»; el periodo del niño «ávido e industrioso», etc. y eso ¿qué quiere decir?: ¿que los problemas no existen?

El clínico tiene una opinión contraria a la de una placidez psicopatológica de la edad escolar. Para comprobarlo podemos recurrir a los datos epidemiológicos que nos ofrecen los autores a lo largo de la historia. En el libro *Psicopatología en la edad escolar* se resume la información actualizada sobre la epidemiología en nuestra especialidad, con una buena introducción sobre el método epidemiológico y la evolución que ha seguido desde sus inicios hasta la actualidad.

La ausencia de datos epidemiológicos fiables en nuestro país es evidente. Por ello este libro era necesario. La autora no sólo ha hecho un exhaustivo análisis bibliográfico, sino que aporta su experiencia propia, obtenida tras una investigación obtenida en la población escolar de Cantabria en una muestra muy amplia que realiza en 69 centros escolares y 414 niños de edad escolar, muestra indudablemente representativa. La autora se ha preocupado de un abordaje general de prevalencia, y específico con interés focalizado en el área de los trastornos depresivos.

La valoración global que hacemos sobre el libro es altamente positiva, no sólo por su oportunidad sino por el contenido conceptual y teórico, así como por los datos epidemiológicos que aporta y por las posibilidades y sugerencias que plantea.

Animo a la autora, Marivi Rivas Terán a que siga en esa línea de investigación de la estamos tan necesitados. Ya había dado pruebas de su interés por el campo epidemiológico en publicaciones anteriores.

**J. Rodríguez Sacristán**

**INTERNET Y MEDICINA**

*Luis G. Pareras*

Barcelona: Masson, 1996. 701 págs.

Nos encontramos ante un libro escrito por y para el profesional médico de la salud, sobre uno de los avances tecnoló-

gicos de mayor impacto, en nuestro siglo, en el desarrollo de la humanidad, que está influyendo, ya, en gran manera en los procesos de relación y de comunicación interpersonal.

El contenido de la obra está distribuido en cinco partes: la Revolución está aquí, Comunicación en Internet, las Herramientas del futuro, buscando Recursos médicos en Internet, y Recursos médicos en Internet; todas ellas desarrolladas en treinta y cinco capítulos, dejando muy claros todos los conceptos, recursos y herramientas de que se dispone en estos momentos para el uso de Internet.

La exposición es sencilla, didáctica, práctica y amena, realizada paso a paso desde la definición de Internet hasta llegar a los conceptos más complejos, posibilitando el poder aprender a: obtener toda la información que se necesite de Internet, establecer protocolos multicéntricos, conocer las claves para la localización electrónica de otros profesionales, realizar búsquedas bibliográficas y consultas de bases de datos, realizar sesiones clínicas multicéntricas, etc.

El autor, Dr. L.G. Pareras, español, neurocirujano, está considerado actualmente como uno de los mejores expertos en el campo de las aplicaciones de Internet en medicina, habiendo publicado numerosos trabajos sobre el tema.

Libro útil y necesario para todo aquel profesional médico que no quiera quedarse anclado en su evolución, en el campo de la información y comunicación interprofesional; al ritmo que avanza la comunicación electrónica puede ser que en el plazo de unos meses/año ciertas herramientas, aquí expuestas, ya estén desfasadas y superadas por otras; «es imposible predecir en la actualidad dónde nos llevará este nuevo tipo de colaboración científica, pero lo cierto es que en la próxima década las llamadas comunidades electrónicas, miles de profesionales comunicados entre sí aprovechando la información de que disponen, nacerán y se desarrollarán a una velocidad extraordinaria... El estar dentro o fuera de ellas marcará la diferencia entre los profesionales de la sanidad».

**J.E. de la Fuente Sánchez**

**EL CEREBRO SEXUAL**

*Simon Le Vay*

Alianza Bolsillo, 1995. 244 págs.

En 1991 LeVay publicó en la revista *Science* su artículo sobre las diferencias, en el tamaño del hipotálamo, entre hombres homo y heterosexuales. Desde entonces ha profundizado en su estudio sobre la sexualidad, e investigado nuevos aspectos biológicos de las diferencias entre individuos del mismo sexo y distinta orientación sexual. Todo ello lo ha recopilado en un libro abierto a la comprensión de todos.

La editorial se habría negado a un título como «Estudios y comentarios sobre cómo la naturaleza y el ambiente construyen la sexualidad en el cerebro/la mente», pero ésa puede ser la idea del autor: la comprensión de la sexualidad y de sus variaciones no se puede lograr renunciando a conocer los mecanismos biológicos subyacentes, la forma en que se van modificando desde la vida intrauterina debido a influencias genéticas o ambientales, las consecuencias posteriores sobre la fuerza de los deseos, las acciones y la orientación sexual, o las múltiples diferencias que pueden surgir debido a pequeñas circunstancias aparentemente ajenas a la sexualidad.

La resonancia de esta obra no radica sólo en su información, que pronto podrá considerarse como poco actualizada. Siendo importante lo que dice, resulta más trascendental cómo lo analiza, comenta y explica; con un espíritu realmente científico, y por tanto desapasionado, ofrece una completa perspectiva sobre múltiples facetas de la sexualidad y sus variaciones, que generalmente son tratadas con pasión y subjetividad; por ello, este libro resulta muy enriquecedor para nuestra actitud humana, y también para nuestra actuación profesional.

No se trata de un libro de divulgación sin más; contiene tanta o más información veraz sobre el tema como otros sesudos libros especializados; no es dogmático, ofrece sugerentes opiniones (bien diferenciadas de los hechos científicos), con adecuada bibliografía, y está escrito con un espíritu empático que ha sido bien mantenido por la traductora. También puede ser adecuado para padres.

**J.L. Pedreira Massa**

#### **EL CUERPO COMO DELITO. ANOREXIA, BULIMIA, CULTURA Y SOCIEDAD**

*Josep Toro*

Barcelona: Ariel Ciencia, 1996. 353 págs.

La práctica clínica diaria, la literatura científica y hasta los medios de información social muestran la creciente importancia de los trastornos del comportamiento alimentario, complejos trastornos psiquiátricos de incidencia creciente.

En esta obra, cuarto libro que conozca del autor, el Prof. Toro se dedica, ampliamente, al análisis de los factores socio-culturales de los trastornos alimentarios.

Una revisión histórica de la anorexia, así como de la evolución del modelo corporal femenino, la moda del vestir femenino y el rol social de la mujer constituyen dos capítulos que complementados con un abordaje transcultural, confirman la consideración del autor de la cultura occidental como un gran caldo de cultivo para los trastornos del comportamiento alimentario.

La situación actual con la «satanización de la obesidad,... la sacralización de la delgadez -la recta- y el culto al cuerpo», su relación con el ejercicio físico y el gran negocio que gira en su entorno (publicidad, industrias y servicios para adelgazar, medios de masas...) y con el actual rol de la mujer son aspectos también abordados en su obra por el Prof. Toro.

Concluyendo su estudio, que además aporta interesante análisis del actual estilo de vida, con un capítulo a modo de corolario, resumen de su ameno y documentado trabajo.

**X. Gastaminza**

#### **GLOSARIO DE PSIQUIATRÍA**

Madrid: Díaz de Santos, 1996. 504 págs.

Con muy buen criterio se decidió que la edición de la obra fuera en tamaño bolsillo y con pastas blandas. Menor precio y mayores posibilidades de llevarlo encima y poder consultarlo discretamente, tanto para elaborar informes o asistir a reuniones profesionales como para descifrar significados en artículos!, ya estén escritos en inglés o en castellano.

Sólo cuando trata de ser preciso, el lenguaje humano llega a tener dos funciones que lo hacen único, y además útil para la ciencia: la descriptiva (enunciados que describen una situación objetiva) y la argumental (que permite, mediante argumentos críticos, comprobar el grado de verdad de lo anterior). Tanto los autores americanos como los españoles se han esforzado, y mucho, para que podamos describir y argumentar con precisión en la ciencia médica psiquiátrica.

Los creadores de la edición española no se han conformado con hacer una transcripción de la edición americana, han ampliado las voces en más de cien, ajustando los términos legales a nuestra cultura y usos, incluso han desterrado las oscurantistas siglas; por supuesto que se han apartado de las traducciones literales que suelen desvirtuar la lengua española, esforzándose en seleccionar términos lingüísticamente correctos y conceptualmente adecuados. Todo ello es consecuencia de sus principios e intenciones: fidelidad a la lengua castellana, precisión en su uso científico y rigor en la definición de conceptos.

El contenido del glosario es de los más amplios que pueden encontrarse, habiendo cuidado mucho la organización de las entradas de forma que pueda accederse desde una voz a las relacionadas con ella. Se incluyen referencias de personas significativas en el desarrollo de la psiquiatría, aunque el origen americano limita en gran medida los personajes presentes. Las definiciones son detalladas y están cuidadosamente redactadas, pudiendo accederse a ellas tanto desde el español como desde el inglés, lo que supone una gran utilidad.

**156** Como la perfección es un atributo exclusivo de los dioses no podemos exigirselo a los autores. Por ejemplo, su esfuerzo humano nos acerca mucho a concretar conceptos como apego o vínculo y sus homólogos anglosajones *attachment or bonding*, pero no a precisarlos absolutamente porque sería una tarea hercúlea. Posteriores ediciones podrán ampliar las voces incluyendo algunas muy utilizadas en artículos, y a veces incorrectamente, como efectividad, eficacia o eficiencia.

La ignorancia es una carencia excusable, siempre y cuando no se acompañe de contumacia. A partir de ahora carecemos de excusas, si de verdad nos dedicamos a la psiquiatría.

**J.L. Pedreira Massa**

**EL CABALLERO DE LA ARMADURA OXIDADA, 8ª edición**

*Robert Fisher*

Barcelona: Obelisco, 1996. 93 págs.

«Hace mucho tiempo, en una tierra muy lejana, vivía un caballero...». Así comienza el libro que tenemos entre manos. ¿Es un simple cuento, una fantasía o una mera elucubración mental? En realidad, si nos dejamos transportar y ahondamos en sus páginas descubriremos que nos hallamos ante una magnífica descripción fenomenológica de lo que podría ser un camino iniciático en el devenir de los seres humanos.

Observamos cómo a través de su armadura, el personaje protagonista, con el que nos identificamos, va desligándose y desprendiéndose de su armadura, sus mecanismos defensivos, su coraza, que le actúa de capa protectora pero que a la vez le hace insensible e impermeable a sus propias necesidades personales y a las de su entorno, manteniéndole encerrado en su torre de marfil.

Solamente a través de un proceso de introspección y autoconocimiento personal conseguirá librarse de sus miedos, sus falsos sentimientos, sus ambiciones y sus necesidades, artificiosamente creadas por sí mismo, que esconden y sepultan a su verdadero yo, única fuente de felicidad y bienestar personal.

A través de esta andadura simbólica por los caminos de la vida nos sentimos reflejados en lo que el autor denomina el *sendero de la verdad*, abriendo y superando metafóricamente los *tres castillos*, obstáculos y metas a superar, que describe como el del *silencio*, el del *conocimiento* y el de la *voluntad y osadía*, hasta conseguir acceder a la auténtica cima de la verdad.

El libro, pequeño en número de páginas, pero grande en contenido, está estructurado en siete capítulos; es de lectura fácil y comprensiva, muy ameno. Recomendable para deleitarnos y gozar de unos momentos de tranquilidad. Especialmente aconsejable para adolescentes en proceso psicoterapéutico para favorecer y ahondar en su cambio madurativo.

**I. Ferró Ricart**

### VI JORNADES SOBRE TRASTORNOS EN LA INFANCIA: EL PERIODE DE LATÈNCIA. INTERPRETACIÓ D'UN TEMPS DE SILENCI

*Organiza:* Institutos Alba y Balmes; Servicio de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios; Unitat de Crisis d'adolescents; Fundació ETB; Hospital Cruz Roja de Barcelona y CAPIPS de Sabadell, Nou Barris, Hospitalet, Orienta y Lleida.

*Información:* Sra. Pilar Abarca. Tel. 93 - 630 58 82  
Barcelona, 19 de abril de 1996

### V CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE AUTISMO

*Organiza:* Asociación Internacional Autismo-Europa.

*Información:* Fundació Congost Autisme. C/ Sant Antoni M<sup>a</sup> Claret, 282 A, 2<sup>o</sup> 2<sup>a</sup>; 08041 Barcelona. Tel. 93-435 16 79. Fax. 93-455 53 35.

*Presentación de ponencias:* International Association Autisme-Europe. Av. E. Van Becelaere, bte, 21, B-1170 Bruxelles-Bélgica. Tel. 32-2-675 75 05. Fax. 32-2-675 72 70.

Barcelona, del 3 al 5 de mayo de 1996

### VII REUNIÓN NACIONAL DE LA SECCIÓN DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE DE LA A.E.P.

*Sede:* Centre cultural de la Caixa de Terrassa. Rambla d'Egara, 340; 08221 Terrassa.

*Secretaría técnica:* Eurojet Viajes. Rambla d'Egara, 162; 08221 Terrassa (Barcelona). Tel. 93- 780 33 44 / 727 14 40. Fax. 93 - 780 07 59 / 725 13 98.

Terrassa, 17 y 18 de mayo de 1996

### XXXIV REUNIÓN NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Sesiones de Comunicaciones libres.

*Ponencias*

Comorbilidad en psiquiatría del niño y del adolescente.

Factores de riesgo a finales de siglo.

*Comité Organizador:* Dra. Concepción de la Rosa Fox (Presidenta del Comité). Tel. (956) 21 44 46.

Cádiz, del 30 de mayo al 1 de junio de 1996

### XV CONGRÉS DE METGES I BIÒLEGS DE LLENGUA CATALANA

*Información y secretaría:* 15è CMBLC. Apartado 16009; 08080 Barcelona. Te. (93) 448 23 73. Fax. (93) 334 10 79.

*Lugar:* Edificio Central de la Universidad de Lérida. Rambla d'Aragó, s/n. Lérida.

Lérida, de 30 al 2 de noviembre de 1996

### II SIMPOSIUM INTERNACIONAL: STRESS Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y JUVENTUD

*Organización:* Cátedra de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

*Secretaría:* Ultramar Expres. Diputación, 238 3<sup>o</sup>; 08007 Barcelona. Tels. (93) 482 71 40 - 482 71 50. Fax. (93) 482 71 58.

*Lugar:* Palacio de Congresos.

Barcelona, de 3 al 6 de diciembre de 1996

**158 MODELOS ASISTENCIALES ESPAÑOLES EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

*Resumen de la III Jornada de Psiquiatría en Niños y Adolescentes celebrada el 26-4-96 en el Hospital de la Princesa, Madrid.*

En la Jornada participaron profesionales de la asistencia en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia y/o responsables técnicos de 12 comunidades (Aragón, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y País Valenciano), interviniendo también en el coloquio profesionales asistenciales de dos comunidades (Andalucía y Cantabria). No se ha recogido información de otras tres comunidades (Baleares, Extremadura y Rioja).

En las comunidades autónomas españolas la organización de la asistencia psiquiátrica y de Salud mental para niños y adolescentes está diseñada de forma distinta, y desarrollada en muy diferentes grados. Estas diferencias tan amplias hacen difícil el establecimiento de unos puntos de referencia comunes que permitan su comparación estructural y funcional.

La diversidad de dotaciones y transferencias, las distintas organizaciones administrativas, y los variados planes sanitarios con soluciones técnicas diversas que generan niveles de desarrollo asistencial muy distintos, son ya una cuestión digna de estudio, del que se podrían obtener conclusiones para mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios en este campo.

**Elementos comunes**

A pesar de las notables diferencias, existen algunos elementos conceptuales comunes a prácticamente todos los modelos:

1) El sujeto de atención, niño o adolescente, debe comprenderse como un ser en desarrollo, activo y pensante, que no es un mero prólogo de la persona adulta. Ello exige unos medios humanos con conocimientos especiales en situaciones que van desde la lactancia hasta las últimas etapas de la adolescencia, y unos métodos de valoración biológica, psicológica y social, muy específicos; además los métodos terapéuticos, encaminados a reducir la psicopatología y promover el desarrollo normal, requieren adecuarse tanto al nivel evolutivo de cada menor como a sus circunstancias sociales, escolares y familiares.

2) Existe una serie de áreas problemáticas específicas de la infancia y la adolescencia que tienen una incidencia importante sobre su salud mental, requiriendo medidas particulares que muchas veces han de ser coordinadas con instituciones que se ocupan de los menores y son ajenas a las propiamente sanitarias. Entre otras áreas problemáticas específicas pueden citarse:

- La desinstitucionalización de niños con trastornos psiquiátricos y retraso mental de grado variable.

- El riesgo de anomalías persistentes en el desarrollo de niños con problemas familiares (delincuencia, prostitución, marginación social).

- Las consecuencias, a corto y largo plazo, de malos tratos continuados a niños y adolescentes; cuya detección resulta difícil en muchos casos.

- El aumento de la supervivencia en muchas enfermedades pediátricas de tipo crónico.

- La existencia creciente de embarazos y abortos en adolescentes; y de hijos de madres adolescentes.

- La particular influencia, a corto y largo plazo, del estrés ambiental sobre el desarrollo de los niños.

- Las consecuencias sobre los hijos, inmediatas y diferidas, de las desavenencias graves en parejas, las familias rotas y los divorcios.

- Los factores que influyen sobre el fracaso escolar, su alta frecuencia en la enseñanza española, y las consecuencias psicosociales del mismo.

- La existencia de psicopatologías críticas que requieren hospitalización psiquiátrica adecuada en hospitales pediátricos.

- La necesidad de hospitales de día específicos para niños y adolescentes.

- La organización de las estructuras y los medios de atención a los menores bajo tutela institucional o procedimientos judiciales; y el asesoramiento continuado de los profesionales responsables de su práctica.

3) Existe un reconocimiento explícito, institucional y técnico, de las particularidades psicopatológicas de la infancia y la adolescencia dentro de la Salud mental, que tiene como consecuencia un reconocimiento implícito de la especialización que requieren los profesionales a ella dedicados. A pesar de lo cual no existe un reconocimiento legal de tal especialización, hecho que repercute negativamente sobre toda la organización en Salud mental de la infancia y la adolescencia.

4) Es necesaria una organización funcional específica y particular, aunque su grado de independencia actual varía de hecho entre unos modelos y otros. Desde una red independiente para la Salud mental de la infancia y la adolescencia, hasta una o varias personas capacitadas dentro de la red general de Salud mental.

5) A pesar de la falta de acuerdo, inter e intra institucional, para establecer un límite de edad en esta atención especializada de infancia y adolescencia, se considera que serían adecuados los 18 años.

6) Los equipos de Atención Primaria absorben una gran parte de la demanda, que con frecuencia no es detectada como psicopatológica. La coordinación con estos equipos debe ir más allá de establecer cauces formales para la interconsulta y la derivación, proporcionándoles conocimientos e instrumentos para que puedan a) identificar adecuadamente la patología psiquiátrica subyacente más frecuente, y b) conocer las medidas básicas para su adecuada atención inicial, e

incluso para el tratamiento pertinente en algunos casos y trastornos menos complejos.

7) Es necesaria una coordinación formal e interactiva con servicios de instituciones, no propiamente sanitarias, que influyen decisivamente en el desarrollo infantil y son fundamentales para promover y encauzar la salud mental de niños y adolescentes (servicios sociales diversos, educación, interior, justicia).

8) Las secciones hospitalarias de psiquiatría infantil han de estar integradas en la planificación y la organización, aunque generalmente deben abarcar más de un distrito en su asistencia ambulatoria y de hospitalización.

Podrían constituir el elemento de referencia para Áreas Funcionales de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia, no necesariamente jerarquizadas pero sí aglutinantes de las actividades de discusión clínica y supervisión, formativas e investigadores que son específicas para estos profesionales; aun más teniendo en cuenta que frecuentemente carecen de grupos formales en los que discutir y contrastar sus actividades.

9) Determinadas estructuras asistenciales muy especializadas, como hospitales de día o unidades de trastornos de la alimentación, deben organizarse como dispositivos integrados, accesibles a todos los usuarios siempre a través de los distritos correspondientes, y diseñados a partir de las necesidades reales detectadas en la actividad asistencial ambulatoria.

10) Llama la atención la falta de previsión para establecer mecanismos auditores del funcionamiento y la eficiencia de la asistencia en salud mental de la infancia y la adolescencia. Aun siendo una carencia general de los servicios de salud mental, debe entenderse su necesidad por razones político-económicas y, sobre todo, científicas y de administración racional de los recursos.

### Modelos de organización

Aunque resulta difícil hacer una clasificación global de los sistemas y medios utilizados por las diferentes autonomías españolas, el grado de especificidad y el desarrollo del plan (organización) son los parámetros utilizados aquí:

*Organizados y con un plan específico de salud mental de la infancia y la adolescencia*

- a) Situados en un segundo nivel asistencial:
  - Con cobertura total de las áreas: Castilla-La Mancha y Cataluña.
  - Sin cobertura total: Asturias, Valencia, Aragón y Murcia.
- b) Situados a un tercer nivel asistencia (reciben derivaciones de psiquiatría general): Andalucía.

*Organizados dentro de un plan general de salud mental*

- a) En fase de independencia hacia un plan específico de salud mental de la infancia y la adolescencia: País Vasco.
- b) Con programas de atención a niños y adolescentes dentro de unidades polivalentes de salud mental: Extremadura, Galicia y Madrid.

*En fase de organización, con plan específico de salud mental de la infancia y la adolescencia de reciente aprobación:* Canarias.

*No organizados, con plan específico de salud mental de la infancia y la adolescencia en fase de estudio:* Navarra.

*Escasamente organizados y poco planificados:* Castilla-León.

*No organizados ni planificados:* Cantabria.

*Organización y planificación desconocidas:* Baleares, La Rioja.

159

### Circunstancias que influyen en las diferencias

Las diferencias de estructuración, dotación y desarrollo de la asistencia en el campo que nos ocupa, no son debidas a discrepancias en las concepciones teóricas psicológicas o psiquiátricas, se derivan, en principio, de las distintas condiciones político-administrativas de las diferentes autonomías y, posteriormente, de aspectos técnicos como la concepción organizativa inicial o el esfuerzo institucional aplicado en la atención a la asistencia de la salud mental en estas edades.

1) Las condiciones político-administrativas dependen, fundamentalmente de que el INSALUD esté transferido o no. Otras circunstancias, diferentes entre comunidades, se derivan de las dificultades para acuerdos entre instituciones de la misma comunidad (gobierno regional, diputaciones provinciales, ayuntamientos), cuente o no con transferencias del INSALUD.

2) La concepción técnica de partida es la que determina si la asistencia se realiza desde un plan específico de salud mental infantil y juvenil, o dentro del plan general de salud mental como un programa más. No obstante, el haber contado con transferencias ajenas al INSALUD (antigua AISN del Ministerio del Interior), ha facilitado, sólo en casos aislados, la instauración de equipos específicos para niños y adolescentes (Castilla-La Mancha). También es técnica la variada delimitación de la edad.

3) Del esfuerzo institucional, y parcialmente de las condiciones presupuestarias, dependen tanto el mayor o menor desarrollo del plan en cada comunidad, como la realización o no de estudios previos a su puesta en marcha o la cobertura de las necesidades de ingresos hospitalarios de corta estancia. También la existencia o creación de recursos y su distribución.

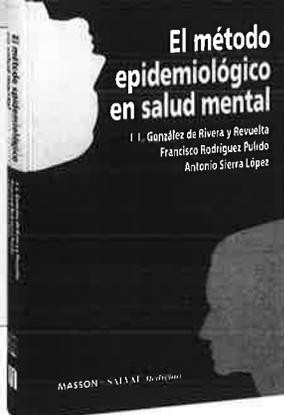
4) La integración y coordinación de recursos sanitarios, sociales, educativos y judiciales, aparece siempre directamente relacionada con el grado de desarrollo del plan. Cuanto más desarrollados están, mayor ha sido la labor interinstitucional derivada de los objetivos de dicho plan.

**P. Rodríguez-Ramos**

**P. Ortega**

**M.J. Mardomingo**

**R. García-Pérez**



# NOVEDAD

## El método epidemiológico en salud mental

J.L. González de Rivera  
F. Rodríguez Pulido  
A. Sierra López

Un tomo (14 X 25 cm) con 464 páginas y 25 ilustraciones.  
Encuadernado en tapa dura.  
ISBN 84-458-0138-4 © 1993

- ✓ De la necesidad imperiosa de profundizar en el conocimiento de la salud mental surge la aplicación, cada vez más intensa, del método epidemiológico.
- ✓ El objetivo de este libro es el de llegar a definir la magnitud de los problemas psiquiátricos, estudiar la evolución de la salud mental en las comunidades, y promover la aplicación y evaluación de programas preventivos y terapéuticos.
- ✓ La obra recoge en un todo coherente, los métodos epidemiológicos básicos, su aplicación a la investigación en Salud Mental y los instrumentos de medida y de evaluación en psiquiatría.

### INDICE DE CAPITULOS (extracto)

**I. Metodología básica.** 1. El método epidemiológico aplicado a los problemas de salud mental. 2. Epidemiología descriptiva en salud mental: estudios de corte. 3. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. 4. Epidemiología analítico-observacional en salud mental (I): estudios de cohortes. 5. Epidemiología analítico-observacional en salud mental (II): estudios casos-controles. 6. Los estudios epidemiológicos de intervención. Su aplicación en la salud mental. 7. La aplicación del método estadístico a la investigación epidemiológica. 8. Análisis estadísticos avanzados en salud mental. La regresión logística. **II. Instrumentos de medida y sistemas de información.** 9. Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas. 10. Instrumentos para la detección de trastornos psíquicos en atención primaria. 11. El registro acumulativo de casos en psiquiatría. **III. Aplicación y diseño.** 12. Estudio comunitario de salud mental de Cantabria: una recopilación final de sus resultados. 13. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. 14. Estudio de la morbilidad psiquiátrica menor. 15. Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. 16. Concepto de prevalencia de la depresión infantil. 17. Screening de trastornos cognitivos en la comunidad geriátrica: cuestiones metodológicas. 18. La demencia como problema de salud pública: estrategias para su detección precoz. 19. La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. 20. Diseño de los estudios de mortalidad suicida. 21. La metodología en el estudio psiquiátrico de los homicidios. 22. Estudio de los efectos del desempleo en la salud mental. 23. Metodología de la investigación en biometeorología psiquiátrica. **IV. Evaluación.** 24. Evaluación epidemiológica de los servicios asistenciales. 25. Métodos de evaluación en la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico. 26. Evaluación de la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico crónico. **Índice alfabético de materias.**

*Desde 1804 al servicio de la Medicina*

### TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre el libro:

**GONZALEZ DE RIVERA:** El método epidemiológico en salud mental

**PVP: 6.800 Ptas. con IVA y 6.538 Ptas. sin IVA**

ATENCIÓN  
CLIENTES:  
Tel. (93) 416 02 68

(cód. 0138)

Nota LORTAD: Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne y reclamarla de ser errónea. A través de nuestra empresa, usted podrá recibir información comercial de otras empresas del sector. Si usted no desea recibirla, por favor, indíquenoslo.

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso,  
sin recargo alguno.

NOMBRE .....

Fecha de nacimiento .....

FIRMA:

ESPECIALIDAD .....

DIRECCION .....

LOCALIDAD .....

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta tarjeta de pedido a:

**MASSON, S.A.**

Av. Príncipe de Asturias, 20  
08012 BARCELONA (España)  
Teléfono 93 - 415 45 44  
Fax 93 - 416 12 19

MASSON



SALVAT  
Medicina  
Enfermería  
Veterinaria  
Odontología



452



# enuresis nocturna

un trastorno de gran prevalencia

el 50% de los enuréticos nocturnos permanecen ocultos

**FERRING**

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.  
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.  
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

ferring



# Minurin<sup>®</sup> Desmopresina

## Aerosol nasal 5 ml

única respuesta actual y eficaz  
al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

**MINURIN Aerosol nasal.** Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP), es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural, careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada. Composición Cuantitativa: Por 100 ml Desmopresina (D.C.I.) 10 mg Excipiente c.s.p. 100 ml. Un ml de solución contiene 0,1 mg de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg de Desmopresina. Indicaciones: Enuresis nocturna. Diabetes insípida. Posología: Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones). Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la Desmopresina. Precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: No se han descrito. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente. Intoxicación y su tratamiento: No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida. Condiciones para su conservación y almacenamiento: Entre 2° y 8° C. Presentación: Un frasco-aerosol de 5 ml. P.V.P. (IVA): 5.265 Ptas.

**FERRING**

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.  
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.  
Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

famix