

Año 1995

Nº 4

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



DSM-IV

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

NUEVA EDICIÓN

DSM-IV

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

MASSON

Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana
Pierre Pichot

Director de la edición española
Juan J. López-Ibor Aliño

Coordinador de la edición española
Manuel Valdés Miyar

DSM-IV es el producto de 15 grupos de trabajo que integran el **COMITE ELABORADOR**

Allen Frances, M.D.
Presidente

Harold Alan Pincus, M.D.
Vicepresidente

Michael B. First, M.D.
Director, texto y criterio

Un tomo (17 x 24 cm.) con 936 páginas y 5 ilustraciones. Encuadernado en rústica. ISBN 84-458-0297-6 © 1995

INDICE DE CAPITULOS (extracto)

Comité Elaborador del DSM-IV Agradecimientos Introducción Advertencia 1. Uso del manual 2. Clasificación DSM-IV con los códigos CIE-10 3. Evaluación multiaxial 4. Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia 5. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos 6. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica 7. Trastornos relacionados con sustancias 8. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 9. Trastornos del estado de ánimo 10. Trastornos de ansiedad 11. Trastornos somatoformes 12. Trastornos facticios 13. Trastornos disociativos 14. Trastornos sexuales y de la identidad sexual 15. Trastornos de la conducta alimentaria 16. Trastornos del sueño 17. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados 18. Trastornos adaptativos 19. Trastornos de la personalidad 20. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica 21. Códigos adicionales Apéndice A. Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores Apéndice C. Glosario de términos técnicos Apéndice D. Índice de modificaciones del DSM-IV Apéndice E. Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10) Apéndice F. Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10) Apéndice G. Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC Apéndice H. Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC) Apéndice I. Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC) Apéndice J. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura Apéndice K. Colaboradores del DSM-IV. Índice alfabético de materias.

La **NUEVA EDICIÓN** del DSM-IV presenta los siguientes **ASPECTOS NOVEDOSOS**:

- La calidad y diversidad de los colaboradores en el desarrollo de esta obra: Más de un millar de investigadores y médicos de ámbito internacional provenientes de un amplio espectro de la psiquiatría y la medicina general han participado en este proceso abierto.
- Mayor claridad, especificidad y utilidad clínica.
- Mayor énfasis en la influencia de los aspectos culturales y étnicos en la valoración y diagnósticos psiquiátricos.
- Mayor hincapié en el papel del consumo de sustancias y enfermedades médicas en la aparición de los trastornos psiquiátricos.
- Mayor énfasis en las fases del desarrollo para una valoración más precisa de los trastornos mentales.

Y el complemento más práctico e indispensable para la consulta

DSM-IV Breviario: Criterios diagnósticos

- Este pequeño manual está pensado para su utilización conjunta con el Manual DSM-IV, ya que contiene los criterios diagnósticos y de clasificación que aparecen en éste.
- Para su uso correcto y ágil, el profesional debe estar familiarizado con las descripciones teóricas de cada trastorno que se ofrecen en el manual DSM-IV.
- Se ofrece en dos presentaciones: - Práctico formato en espiral que incluye una hoja desplegable con la clasificación DSM-IV de los códigos CIE-10 - Encuadernación en rústica.

 Encuadernado en espiral. Un tomo (10,7 x 16,5 cm.) con 416 páginas. © 1995 ISBN 84-458-0382-4

RÚSTICA Encuadernado en rústica. Un tomo (10,7 x 16,5 cm.) con 416 páginas. © 1995 ISBN 84-458-0329-8

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

MASSON, S.A.

MASSON



Avda. Príncipe de Asturias, 20
08012 BARCELONA (España)
Fax 93 - 416 12 19

SALVAT

Medicina
Enfermería
Veterinaria
Odontología



Nota LORTAD: Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne y rectificarla 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.

TARJETA DE PEDIDO

Desde 1804 al servicio de la Medicina

Agradeceré remitan a mi nombre el (los) libro (s):	PVP sin IVA	PVP con IVA
<input type="checkbox"/> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (cod. 0297)	11.490 Ptas.	11.950 Ptas.
<input type="checkbox"/> DSM-IV Breviario. Criterios diagnósticos (Encuadernado en espiral). (cod. 0382)	3.077 Ptas.	3.200 Ptas.
<input type="checkbox"/> DSM-IV Breviario. Criterios diagnósticos (Encuadernado en rústica). (cod. 0329)	2.540 Ptas.	2.650 Ptas.

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso,
sin recargo alguno.

FIRMA

NOMBRE _____

Año de nacimiento _____ 

ESPECIALIDAD _____

DIRECCION _____

LOCALIDAD _____

ATENCIÓN
CLIENTES
Tel. (93) 416 02



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
C/ Riera Sant Miquel, 71 pral. 1ª
08006 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Editorial Garsi, S.A.

Av./ Príncipe de Asturias, 20
08012 Barcelona
Tel. (93) 415 45 44
Fax. (93) 416 12 20

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

Copyright 1995

© 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

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. Rubín Álvarez

L. Sordo Sordo

M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J. Tomás i Vilaltella*

Vice-presidente: *M.J. Mardomingo Sanz*

Secretario: *R. Vacas Moreira*

Tesorero: *L. Sordo Sordo*

Vocal: *J. Espín Montañez*

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

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez†

J. de Moragas Gallisa†

C. Vázquez Velasco†

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente†

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

Asociación fundada en 1950

Revista fundada en 1983

Revista Indexada en el Índice Médico Español.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario breve	La hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes <i>X. Gastaminza</i>	209
Artículos originales	Divorcio y respuesta psicopatológica en los niños <i>A. Jarne, E. Requena, M. Timón, E. Horta, J. Gutiérrez, M.L. Font, D. Leal, M.D. Rifa</i>	212
	Estudio retrospectivo del divorcio en una población infanto-juvenil <i>M.J. Ruiz Lozano, C. Gómez-Ferrer Gorritz</i>	221
	Abusos sexuales en niños atendidos en el programa de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcalá de Henares <i>P. Sánchez Mascaraque, G. Martínez Junquera, A. Torija Colino</i>	229
	Disturbios de conducta sexual en el deficiente mental <i>F.B. Assumpção Jr.</i>	233
	Obesidad infantil y malos tratos psíquicos <i>A. de los Santos, P. Massé, J.J. González Lobato, R. Fernández Leal, J. Rodríguez-Sacristán</i>	239
	C.E.D.P.I.-95: valoración del lenguaje del cuestionario epidemiológico para la detección de patología de inhibición en población infantil (de 9 a 11 años) <i>S. Arxé Closa, J. Tomás Vilaltella, M. Sabún Cacho</i>	246
Artículos de revisión	Evaluación psicopatológica del abuso sexual en el niño <i>E. Domènech Llaberia</i>	254
	Embarazo en la adolescencia: dimensión psico-socio-sanitaria <i>J.L. Pedreira Massa</i>	262
Caso clínico		280
Reseñas terapéuticas		283
Comentario de publicaciones		285
Agenda		286
Documentos		287

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**
Órgano de la Asociación Española
de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M M A R Y

Brief commentary	Psychiatric hospitalization of child and adolescent <i>X. Gastaminza</i>	209
Original articles	Divorce and psychopathological response in children <i>A. Jarne, E. Requena, M. Timón, E. Horta, J. Gutiérrez, M.L. Font, D. Leal, M.D. Rifa</i>	212
	Children of divorce: a retrospective study <i>M.J. Ruiz Lozano, C. Gómez-Ferrer Gorrión</i>	221
	Sexually victimized children. Outpatient care in Alcalá de Henares Mental Health Center <i>P. Sánchez Mascaraque, G. Martínez Junquera, A. Torija Colino</i>	229
	Sexual disturbances in mental retardation <i>F.B. Assumpção Jr.</i>	233
	Child obesity and emotional mistreatment <i>A. de los Santos, P. Massé, J.J. González Lobato, R. Fernández Leal, J. Rodríguez-Sacristán</i>	239
	C.E.D.P.I.-95: evaluation language of epidemiological questionnaire for detection inhibition pathology in child population <i>S. Arxé Closa, J. Tomás Vilaltella, M. Sabiún Cacho</i>	246
Review articles	Psychopathologic assessment of the sexually abused child <i>E. Domènech Llaberia</i>	254
	Pregnancy of adolescent women: health and social conditions <i>J.L. Pedreira Massa</i>	262
Clinical case		280
Therapeutical summary		283
Publications commentary		285
Calender		286
Documents		287

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

Sr. Salvador Arxé i Closa
Riera Sant Miquel, 71 ppral. 1ª
08006 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^{1/2} 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.

NOVEDADES PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA



PSICOLOGIA DEL TERRORISMO

La personalidad del terrorista y la patología de sus víctimas

2.^a edición

F. Alonso-Fernández

- Esta obra da a conocer al lector de nivel cultural medio o superior, así como a profesionales y estudiantes, la trampa psicossocial del terrorismo actual, relacionada con sus antecedentes históricos.
- Ante la problemática del terrorismo, la psiquiatría muestra una postura cada vez más comprometida, llegando a fundar en el seno de la Asociación Mundial de Psiquiatría, en 1990, la comisión "Conflict management and conflict resolution" con el objeto de estudiar los fenómenos de violencia y colaborar en su resolución.
- Con independencia de la psicopatología individual inmersa en los movimientos terroristas, existe una psicopatología social en sus orígenes en forma de un contexto de violencia, influyen en sus resultados a pequeña y gran escala. El terrorismo opera, en cualquier caso, como agente exterminador de la convivencia. Y sin una vida social compartida, no hay margen posible para el desarrollo de la salud mental colectiva e individual.

Por su amplitud temática y enfoque multidisciplinar, representa una aportación sin precedentes en la bibliografía actual

INDICE DE CAPITULOS (extracto):

1. El terrorismo y sus fronteras.
 2. Agresividad y violencia.
 3. El terror y sus sentimientos afines.
 4. Elementos de psicología política.
 5. Movimientos terroristas clásicos y modernos (Introducción a la historia del terrorismo).
 6. El terrorismo institucionalizado.
 7. El terrorismo insurgente.
 8. Las víctimas del terrorismo.
 9. Orientaciones antiterroristas.
- Bibliografía. Índice alfabético de materias.**

Un tomo (13,5 x 21 cm)
con 396 páginas.
Encuadernado en rústica.
ISBN 84-458-0246-1 © 1994

GLOSARIO DE PSIQUIATRIA FORENSE

para médicos y juristas

M.S. Gisbert, F.A. Verdú y R. Vicent

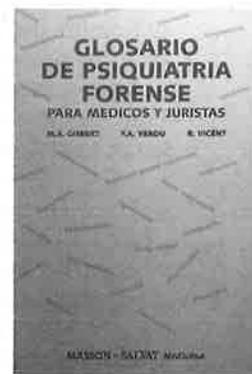
Obra eminentemente práctica, concebida como un manual de consulta, que ofrece una valiosa información

- Esta obra realiza un análisis de la terminología de más frecuente utilización en la práctica psiquiátrica y psiquiátrico-forense de modo que resulten accesibles a todas aquellas personas que no sean especialistas en la materia.
- Consiste en una revisión sistematizada de más de 550 términos de los que se hace una descripción detallada que incluye la significación del mismo, aspectos de la patología psiquiátrica con que están relacionados y su eventual repercusión en el ámbito jurídico. En aquellos que tienen una mayor complejidad o cuya comprensión ofrece mayores dificultades, figuran ejemplos ilustrativos.
- Proporciona al périto psiquiatra no familiarizado con la práctica forense, el significado de muchos términos usuales en el lenguaje jurídico que se utilizan -o deberían utilizarse- en los informes psiquiátrico-forenses y el papel que juegan los procesos psíquicos en el desarrollo de los litigios jurídicos.

- Los autores han realizado un minucioso trabajo, tanto en la selección de las voces que componen el Glosario, como en el análisis de su significado psiquiátrico y en su valoración desde el punto de vista jurídico.

INDICE DE CAPITULOS (extracto):

Prólogo	VII
El prólogo de un jurista	XI
Introducción	XV
Glosario	1
Índice de términos	207



Un tomo (14 x 22 cm)
con 232 páginas.
Encuadernado en tapa dura.
ISBN 84-458-0273-9 © 1995

Desde 1804
al servicio
de la Medicina

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

MASSON, S.A.

MASSON

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

SALVAT
Medicina
Enfermería
Veterinaria
Odontología

TARJETA DE PEDIDO

Agradeceré remitan a mi nombre el(los) libro(s):

- ALONSO-FERNANDEZ:** Psicología del terrorismo

PVP: 5.050 Ptas. con IVA y 4.856 Ptas. sin IVA (cód. 0246)

- GISBERT/VERDU:** Glosario de psiquiatría forense para médicos y juristas

PVP: 4.000 Ptas. con IVA y 3.846 Ptas. sin IVA (cód. 0273)

Nota LORTAD: Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne y rectificarla 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

Año de nacimiento

ESPECIALIDAD

DIRECCION

LOCALIDAD

FIRMA:

ATENCION
CLIENTES:
Tel. (93) 416 02 68

X. Gastaminza

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

Correspondencia:

X. Gastaminza
Unidad de Psiquiatría
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona

La hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes

Psychiatric hospitalization of child and adolescent

La práctica clínica diaria plantea, cada día más frecuentemente, el problema de la hospitalización del paciente paidopsiquiátrico, especialmente en el caso de los adolescentes. Unas veces es la clínica, otras es la propia demanda (ya del paciente, ya la familia, ya de otros colegas) la que obliga al propio profesional a este planteamiento.

Esta situación ha sido motivo en los Estados Unidos de una fuerte controversia exacerbada por las estadísticas (con las consecuentes implicaciones médicas, sociales y económicas). En efecto, las cifras revelan un rápido crecimiento del número de adolescentes ingresados, especialmente en hospitales privados: entre 1970 y 1980 se doblaron el número de ingresos en servicios de Psiquiatría (para menores de 18 años), las admisiones en hospitales privados psiquiátricos de pacientes entre los 10 y 14 años de edad se triplicaron y entre los 15 y 17 años se doblaron⁽¹⁾. De 17.000 adolescentes ingresados en 1980, por trastornos psiquiátricos, pasaron a ser 38.000 en 1986 en los EEUU⁽²⁾. Controversia en torno a temas como si previamente se había seguido el adecuado proceso asistencial o si existía un gran número de hospitalizaciones no necesarias. Controversia que justifica trabajos como el reciente de Strauss y cols.⁽³⁾ titulado: ¿Pueden estar de acuerdo los especialistas sobre cuándo hospitalizar los adolescentes?, que, por cierto, concluye afirmando que claramente los especialistas pueden estar de acuerdo en cuándo

está indicada la hospitalización de adolescentes con trastorno de conducta o abuso de tóxicos.

De aquí que hallamos retomado el tema, tema que ya fue objeto de la XXXII Reunión de la AEPIJ organizada por el Prof. Agüero de Valencia (1993). Todo desde nuestro marco: un hospital materno-infantil universitario (Universitat Autònoma de Barcelona), público (de la seguridad social), hospital de referencia para los pacientes menores de 18 años con trastornos mentales y así con hospitalización paidopsiquiátrica desde 1990.

¿HAY INDICACIONES PARA LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES?

Sí, sin duda. Los estudios epidemiológicos revelan que aproximadamente el 15% de los niños y adolescentes tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable y que un 1-2% tienen un trastorno grave tributario de hospitalización⁽⁴⁾.

INDICACIONES DEL INGRESO

En nuestro país, Ballesteros y cols.⁽⁵⁾, en su trabajo sobre 88 casos, encuentra que los tres motivos predominantes de

210 ingreso son: *intentos de suicidio* (44%), *crisis de agitación con agresividad* (24%) y peligro vital con *graves trastornos alimentarios* (36%). Si bien también señalan otros motivos: como *observación* (diagnóstica o terapéutica), o *trastornos de conducta*. Los criterios de ingreso, de corta estancia, recomendados por la Academia Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes, en 1989, siguiendo la adaptación Harper y Cotton⁽²⁾, son los siguientes:

- Trastorno que altera el funcionamiento diario en por lo menos dos áreas de la vida del niño (escolar, familiar, social).
- El tratamiento propuesto es pertinente para esos trastornos y probablemente útil.
- No es posible el abordaje ambulatorio, se valora como improbablemente útil, o ha sido intentado infructuosamente.

TIPOS DE HOSPITALIZACIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA

Básicamente son dos: el de *larga estancia* y el de *corta estancia*. Hasta hace unos años el tratamiento hospitalario paidopsiquiátrico significaba un tratamiento de larga estancia, meses o años, respondiendo a un plan de tratamiento a largo plazo⁽⁶⁾. Este modelo de tratamiento, basado en la psicoterapia psicoanalítica, está dirigido al niño.

En los últimos años, a finales de los 80 con Nurcomer⁽⁷⁾, Harper⁽⁸⁾ y Woolston⁽⁹⁾, ha sido introducida la hospitalización de corta estancia: entre 20 y 40 días: este tipo de hospitalización responde a una crisis aguda (o reagudización), interviene en el niño y la familia y dispone al niño para un tratamiento no hospitalario.

OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización de larga estancia tiene como objetivo la reestructuración de la personalidad del niño o del adolescente, de aquí que está dirigido al niño. En el caso de la corta estancia, la finalidad es producir los cambios mínimos necesarios para su retorno a la comunidad. Así, el ingreso de corta estancia busca uno o más de los siguientes objetivos⁽²⁾:

- Pausa/Protección
- Estudio/Diagnóstico
- Estabilización aguda.
- Inicio de cambio.

DÓNDE HA DE HACERSE LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización debería hacerse en unidades específicas de psiquiatría infanto-juvenil dentro del sistema sanitario ordinario, lejos por tanto de la antigua marginalización de la asistencia psiquiátrica general. Considerando así su marco ideal, el hospital pediátrico o el Servicio de Pediatría. Enlazando con la tendencia actual en la pediatría de la consideración de los 18 años como edad límite, con incluso algún autor que habla de los 23 años. Todo ello tanto más considerando las características diferenciales y específicas de los trastornos mentales de los niños y adolescentes.

CÓMO SE HA DE PLANTEAR EL INGRESO HOSPITALARIO

Se ha de realizar estableciéndose sus objetivos, y con la participación de los padres.

Los *objetivos* de la hospitalización deben establecerse explícitamente, ya que determinan las intervenciones empleadas, los recursos y la duración del ingreso.

La intervención terapéutica requiere el trabajo tanto con los niños como con la familia. Por ello es básico el establecimiento de una relación de colaboración con los padres que se inicia mostrando una actitud de colaboración: «el equipo asistencial trabaja para los padres». Tratando y acordando, abierta y claramente, con los padres: el problema a tratar, su papel en el proceso, aspectos administrativos (régimen de visitas...).

QUÉ FACTORES SE ASOCIAN MÁS FRECUENTEMENTE CON EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Recientemente se ha publicado un trabajo que estudia este aspecto *versus* el tratamiento ambulatorio. En efecto, Pottick y cols.⁽¹⁰⁾ encuentran que, sobre una muestra representativa nacional norteamericana de 1986 (de 6 a 18 años: 2.160 casos), los factores que pronostican una hospitalización frente a una atención ambulatoria son:

- La cobertura por un seguro público o privado *versus* no seguro.
- Hospitalización previa.

- El diagnóstico psiquiátrico de trastorno psicótico o afectivo *versus* trastornos de conducta, trastornos adaptativos, abuso de alcohol o de drogas y otros trastornos.
- Edad: es más probablemente la hospitalización de los adolescentes (fueron hospitalizados el 30% de los adolescentes) que de los niños (de 6 a 12 sólo el 5% es hospitalizado).

QUÉ ESPECIALES DILEMAS PLANTEA LA HOSPITALIZACIÓN, Y EN CONCRETO LA DE CORTA ESTANCIA

Son varios los dilemas que plantea la hospitalización. En primer lugar recordaremos el general sentimiento, mezcla de temor y ansiedad, que genera el trastorno mental. Sentimiento base de las actitudes de rechazo (u hostilidad) hacia ellos, con la racionalización secundaria del prejuicio de peligrosidad y la necesidad de internamiento (o aislamiento). Ello *versus* a la más correcta y más neutra visión de enfermedad. Todo ello puede reavivarse en las situaciones de hospitalización.

En cuanto a la familia: los padres, con un hijo ingresado, se ha de recordar que a menudo se sienten agotados, desesperados, desmoralizados. Sentimientos que a veces esconden, manifestando enfado o ira, abiertamente o no, desaparece a los pocos días de ingreso. De no ser así se ha de replantear la situación considerando: una posible no correcta orientación del caso, la búsqueda del consenso, o la posible existencia de un problema no descubierto. La familia puede esperar, con la hospitalización,

una solución mágica y total («me lo devolverán arreglado») y en otras ocasiones puede esperar una certificación de un «daño» bueno y exculpatorio.

En cuanto al equipo asistencial:

- Requiere una formación y experiencia específica.
- Los profesionales, con más frecuencia que con los enfermos adultos, pueden dejar emerger las fantasías en los objetivos (expectativas) y caer en la «fantasía de la salvación» («lo convertiremos en todo mejor»).
- El establecimiento de una dinámica de enfrentamiento, *versus* la cooperativa, con la familia, en ocasiones por unas favorecedoras actitudes y conductas parentales al enfrentamiento.
- La hospitalización de corta estancia rompe el deseo del clínico de hacer todo el tratamiento (tratamiento integral) del caso. El clínico ha de aceptar los límites asistenciales en base a los recursos disponibles.
- La hospitalización puede plantearse en unas condiciones de vida dramáticas (maltrato, abandono...) que pueden facilitar una hipervaloración de la situación ambiental a expensas de una hipovaloración psicopatológica del caso.
- La hospitalización se hace en el hospital, no en una residencia, para atenderlo, no para «adoptarlo».

En fin, la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes es el resultado de la interacción del niño (con específica patología), familia, medioambiente y factores de tratamiento, sus respectivas necesidades y posibilidades. Hospitalización que también ha de estar basada en la consideración de las ventajas e inconvenientes potenciales, siendo así en el extremo el criterio clínico el decisivo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Thompson JW, Rosenstein MJ, Milazzo-Svre IJ, MacAskill RL. Psychiatric services to adolescents. *Hosp Community Psychiatry* 1986;**37**:584-590.
- 2 Harper GP, Cotton NS. Child and adolescent treatments. En: Sederer LII, ed. *Inpatient psychiatry. Diagnosis and treatment*, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:320-337.
- 3 Straus G, Chassin M, Lock J. Can experts agree when to hospitalize adolescents? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:418-424.
- 4 Offer D y cols. Epidemiology of mental health and mental illness among adolescents. En: Call J y cols., eds. *Basic handbook of child psychiatry*, vol 5. New York: Basic Books, 1987.
- 5 Ballesteros MC, Franco MA, Pérez MC, Royuela A, Ruiz A. Ingresos psiquiátricos infanto-juveniles. Estudio descriptivo. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil* 1994;**4**:227-241.
- 6 Dalton R, Forman MA. *Psychiatric hospitalization of school-age children*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- 7 Nurcome B. Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:26-30.
- 8 Harper G. Focal inpatient treatment planning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:31-37.
- 9 Woolston JL. Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;**28**:38-41.
- 10 Pottick K, Hansell S, Gutterman E, White HR. Factors associated with inpatient and outpatient treatment for children and adolescent with serious mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;**34**:425-433.

A. Jarne¹
E. Requena¹
M. Timón¹
E. Horta¹
J. Gutiérrez¹
M.L. Font²
D. Leal²
M.D. Rifa²

1 Dpt. Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Universitat de Barcelona.

2 CAPIP Creu Roja de L'Hospitalet de Llobregat.
Dpt. Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic.
Passeig de la Vall d'Hebró 171 08035 Barcelona

Divorcio y respuesta psicopatológica en los niños

Divorce and psychopathological response in children

RESUMEN

En este trabajo, se presenta la primera fase de una investigación cuyo objetivo es el estudio de los efectos a largo plazo del divorcio en el ajuste emocional de los niños. Se pretende analizar la influencia de algunas variables que intervienen en el proceso de divorcio así como la respuesta psicopatológica y la existencia de posibles marcadores de mala respuesta.

La muestra está constituida por 25 niños, hijos de padres divorciados, que se hallan actualmente en tratamiento psicoterapéutico.

Se evaluó la presencia de psicopatología en los niños a través del Child Behavior Checklist (CBC) de Achenbach. Por otra parte, se elaboraron dos protocolos para obtener información acerca del proceso de divorcio y de la psicoterapia, respectivamente.

Se observa que el nivel de psicopatología en la muestra no es muy elevado, que la desadaptación se expresa preferentemente en el área de Trastornos de la Atención, y que, a medida que aumenta la edad del sujeto, la psicopatología tiende a ser de carácter internalizante.

Finalmente, se ha inferido el perfil prototípico de un

sujeto de la muestra en base a las variables estudiadas más relevantes.

PALABRAS CLAVE

Divorcio; Psicopatología infantil; Internalización; Externalización.

ABSTRACT

In this work, we present the first phase of the research whose main effort is to study the long term effects of divorce on children's emotional adjustment. We intend to make an analysis of both, the influence of some variables in the divorce process and psychopathological reaction and bad response indicators.

The sample consists of 25 children whose parents are divorced. Nowadays, they are under psychotherapy. The presence of psychopathology in children was evaluated through the Achenbach's Child Behavior Checklist (CBC). Two different questionnaires were also developed to obtain information about the divorce and psychotherapy processes.

The level of psychopathology of the sample is not high. The misadaptation is expressed through the Attention disorders area, and internalizing scores increase with the age of the subjects. Finally, a prototypic profile of a subject in the sample was inferred, was based on the most relevant studied variables.

KEY WORDS

Divorce; Child psychopathology; Internalizing and externalizing psychopathology.

INTRODUCCIÓN

En las últimas cuatro décadas, se ha observado un interés creciente por parte de psicólogos y psiquiatras sobre el efecto que produce el divorcio en la evolución psicosocial de los niños. Este interés es fruto, esencialmente, de la compleja problemática que ha generado el aumento progresivo de separaciones con el consiguiente desajuste emocional y de otros órdenes (social, económico...) en los miembros de la familia. Buena prueba de este interés es la existencia de programas de investigación dedicados al curso y evolución psicológica de los niños de padres divorciados, programas casi todos ellos desarrollados en el contexto del mundo anglosajón⁽¹⁾. Dicho interés no es extraño si se piensa en la preocupación que la situación de ruptura provoca en los padres en relación a sus hijos y en consecuencia en las muchas consultas que genera y los recursos asistenciales que son y serán precisos en el futuro para atenderlos.

En la literatura especializada se puede constatar la existencia de dos períodos diferenciados en el abordaje e investigación de las consecuencias psicológicas que tiene en un niño el divorcio de sus padres. Un primer período abarcaría hasta los años 70 con su cénit en las décadas de los 50 y 60, en el cual la investigación se centraba en la comparación de las características psicológicas entre niños con un único progenitor y niños de familias intactas. Graves problemas metodológicos, entre otros, evidenciados en este enfoque hicieron que sus resultados fuesen demasiado heterogéneos y dispersos como para poder llegar a conclusiones claras y definitivas. El mayor problema se refería a la homogeneidad intra-grupo. Así, dentro del grupo de niños con un solo

progenitor tenían cabida tanto los hijos de divorciados como los huérfanos de padre o madre. Tampoco se controlaba suficientemente el tipo de relación familiar en el grupo de hijos de familia intacta. Por todo ello, junto con la falta de resultados concretos, se acabó abandonando esta línea de trabajo.

Teniendo en cuenta estas deficiencias metodológicas, en la década de los 80 los esfuerzos se dirigieron hacia el estudio del proceso que se observaba en la familia cuando ésta se desintegraba, considerando que toda reacción que se observase en el niño no necesariamente era de naturaleza psicopatológica sino que podría ser una primera respuesta ante el hecho de la separación, respuesta que podría ser conceptualizada en términos del modelo de crisis⁽²⁾ como un proceso de adaptación a la nueva realidad de su vida. Por otro lado, se empezó a perfilar la idea de que el acontecimiento en sí del divorcio no era el factor clave o central en la evolución del niño sino que era el proceso del divorcio, es decir, aquellas situaciones y variables que se relacionaban con el acontecimiento, lo que más podía determinar una reacción psicopatológica. Shaw⁽²⁾ ha sistematizado de manera, a nuestro entender, muy clara, las variables que juegan un papel importante en el proceso de adaptación del niño a la separación de sus padres y que abarcan las siguientes áreas: (a) el conflicto interparental; (b) la separación del niño de una figura de apego; (c) el factor tiempo; (d) la edad del niño en el momento del divorcio; (e) la relación del niño con el padre residencial; (f) la relación del niño con el padre no residencial; (g) los nuevos matrimonios y relaciones afectivas de los padres; (h) los aspectos económicos; y, por último, (i) el sexo del niño.

Tradicionalmente, se han investigado los efectos inmediatos o a corto término de la separación en diseños transversales. Pero sabemos que hay diferencias entre los efectos que se presentan inmediatamente después de la separación, que parecerían seguir un modelo de crisis o adaptación al estrés -al que algunos autores han denominado «síndrome agudo»⁽³⁾ -y aquellos observados años más tarde. Por todo ello, son muchos los autores que en la actualidad reconocen que los cambios producidos en el menor por el divorcio de sus padres constituyen parte de un largo proceso que dura años y que, sólo mediante estudios de seguimiento a largo término, es posible llegar a conclusiones válidas^(1,4-6).

A pesar de todo ello, se acepta que existe un grupo de niños cuya respuesta a la separación de los padres es

214 psicopatológica, se exprese esta patología de manera internalizante o externalizante. Intentar revisar o discutir aquí acerca de si la psicopatología ya se hallaba presente antes de la separación y ésta ha actuado como factor precipitante o si la separación actúa más bien como factor causal, sobrepasa los límites de este trabajo.

En el presente trabajo se presenta la primera fase de un estudio longitudinal sobre los efectos a largo plazo del divorcio en el ajuste psicológico en niños y adolescentes cuya reacción ha requerido ayuda profesional. El objetivo fundamental es estudiar el grado y tipo de psicopatología presente en un grupo de niños que son atendidos y siguen psicoterapia en un centro de psiquiatría y psicología infantil y cuyas dificultades se relacionan directa o indirectamente con la separación de sus padres. De forma paralela, se analiza la influencia sobre la muestra de algunas variables consideradas como clásicas en el proceso de respuesta al divorcio como la relación entre sexo y predominio de patología internalizante o externalizante, y se describen las características de dicha separación con la finalidad de poder establecer hipótesis respecto a la existencia de posibles marcadores de mala respuesta, presentándose en este artículo los datos iniciales.

MÉTODO

Sujetos

La muestra está constituida por 25 niños que reciben atención psicoterapéutica en un CAPIP (Centro de Atención Psiquiátrica Infantil Primaria) de la Cruz Roja Española de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). El 68% (n=17) de la muestra son niños y el 32% (n=8) son niñas. Su edad media es de 9,38 años (desviación estándar=2,96) con rango entre cinco y quince años en el momento del estudio y la edad media fue de 5,75 años (DE=2,3) cuando sus padres se separaron. Todos ellos llevaban una media de 10 meses de psicoterapia al iniciarse la recogida de datos. Por tanto, el período transcurrido desde que se separaron los padres hasta el inicio de la psicoterapia de los sujetos fue de algo más de tres años. Respecto al diagnóstico que recibieron sólo fue posible obtenerlo en 15 de los sujetos: cuatro casos de trastorno de conducta; dos casos de trastorno ansioso de predominio fóbico-obsesivo; dos de problemas paterno-filiales; dos de trastorno del aprendizaje;

dos casos de trastorno de adaptación (uno tipo reacción mixta de ansiedad y depresión, y otro tipo de predominio de trastornos comportamentales); un caso de trastorno reactivo; otro de ansiedad; y otro de reacción depresiva (trastorno tipo fóbico e inhibición).

Instrumentos

Se utilizaron tres tipos de medida en nuestro estudio:

(1) Para evaluar el ajuste emocional de los niños, se administró el Child Behavior Checklist (CBC) de Achenbach⁽⁷⁾ en su traducción castellana de Toro (1981). Este inventario de conductas infantiles, en su versión castellana, consta de 112 ítems cerrados y un ítem de respuesta abierta. Son preguntas que deben contestar los padres y que abarcan los siguientes contenidos: Inhibición, Quejas somáticas, Ansiedad/Depresión, Inadaptación social, Trastornos del pensamiento, Trastornos de atención, Conducta delictiva, Conducta agresiva y Problemas sexuales. Los ítems se ordenan en dos agrupaciones principales: escala internalizante y escala externalizante. Las puntuaciones brutas se transforman en puntuaciones *t*, obteniéndose una puntuación *t* para cada una de las escalas y para los tres índices que proporciona el inventario (Índice Total, Índice de Internalización e Índice de Externalización).

Se consideró el CBC como adecuado para la exploración psicopatológica en este trabajo por su extendida utilización en clínica infantil e investigación, incluso en el tema del divorcio⁽⁸⁾.

(2) Fue elaborado un protocolo acerca del proceso de psicoterapia iniciado por el niño. Las variables que se recogieron fueron: sexo, edad actual, edad en el primer contacto con el CAPIP, edad en el momento de inicio de la psicoterapia, motivo de consulta, síntomas psicopatológicos observados, repercusiones del proceso clínico en la vida cotidiana (escuela, relaciones interpersonales, hábitos de dormir y ocio), evolución observada de los síntomas, momento de inicio de la sintomatología (antes, durante o después de la separación) y abordaje terapéutico de la familia. Esta última variable hace referencia a la persona con quién se mantienen las entrevistas de seguimiento y a quién se proporciona apoyo psicológico, en definitiva quién tiene un contacto más estrecho con el centro y con la psicoterapia del niño.

(3) Otro protocolo se diseñó para recoger información acerca de la familia y de la semiología de la

Tabla 1 Datos relativos al proceso de separación

- Relata malos tratos físicos/psíquicos en el matrimonio	Padre	27%
	Madre	47%
- Constituye nueva pareja	Padre	40%
	Madre	20%
- Modalidad de separación	Abandono del padre	7%
	Abandono de la madre	13%
	Mutuo acuerdo	27%
	Contencioso	53%
- Acuerdo en aspectos económicos	Sí	33%
	No	67%
- Cumplimiento visitas cónyuge no custodio	Sí	34%
	No	66%
- Autonomía económica madre	Sí	40%
	No	60%
- Cumplimiento de la pensión económica	Sí	33%
	No	67%

separación. En concreto, los items eran: edad del niño en el momento de la separación, motivo de la separación, embarazos prematrimoniales, modalidad de constitución de pareja, nivel cultural y social de los padres, modalidad de separación, problemática económica, mantenimiento de los roles paternos, con quién convive el menor, separación emocional de los padres, constitución de una nueva pareja en los progenitores y régimen de visitas.

Procedimiento

La muestra fue seleccionada a través de un muestreo accidental y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas del centro y se seleccionaron aquéllas en las que en el momento de acogida se apreció una asociación

entre la aparición de la sintomatología del niño y la separación de sus padres.

El CBC fue contestado por el progenitor con el que convive el niño de forma regular. Los otros dos protocolos fueron recogidos por el clínico del CAPIP de la información proporcionada en las entrevistas con los padres. De los 25 niños que componen la muestra, se pudo contar con el CBC de todos ellos, pero sólo en 15 de ellos se pudieron recoger los datos de los dos protocolos antes mencionados.

RESULTADOS

Dado el escaso número de sujetos en los que se pudieron recoger los datos relativos a lo que hemos definido como semiología del proceso de separación de los padres (15 sujetos), se ha optado por mostrar los resultados concernientes a estas variables de forma descriptiva sin realizar ninguna prueba estadística de significación que sin duda estaría sesgada por el tamaño de la muestra.

Así pues, se exponen a continuación los siguientes resultados: descripción de los datos relativos a la modalidad de separación de los padres, descripción de los datos obtenidos en el CBC, estudio de las diferencias obtenidas en el CBC en función del género de los niños y análisis de la curva de regresión entre la edad de los niños y las puntuaciones del CBC.

Datos relativos al proceso de separación

En la tabla 1 se exponen en forma de porcentajes los datos que consideramos más relevantes relativos al proceso de separación de los padres. Es destacable el alto porcentaje de padres y madres que tienen la vivencia de haber sufrido malos tratos físicos y/o psíquicos por parte de su cónyuge, siendo casi el doble el caso de mujeres que se encuentran en esta situación en relación a los hombres. Ello constituye una buena medida indirecta de la existencia de alta conflictividad familiar antes de la separación.

También sobresale el hecho de que casi la mitad de los varones hayan formado una nueva pareja, frente a sólo el 20% de las mujeres y que más de la mitad de la muestra llevaron a cabo su separación de forma contenciosa frente a un 27% que la realizó de mutuo acuerdo. Finalmente, en esta muestra se observa un bajo porcen-

Tabla 2 Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones directas para el total de la muestra y por sexo en el CBC

	Total		Niños		Niñas	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Inhibición	7,8	4,4	8,3	4,4	6,8	6,3
Q.somáticas	0,8	0,5	0,8	0,5	0,8	0,6
Ansied./Depr.	3,4	2,6	3,3	2,8	3,7	2,2
Inad. Social	5,6	3,2	6	3	4,7	3,7
Tr. pensam.	2,9	2,1	3,3	2,2	2	1,6
Tr. atención	11***	4,5	12,5***	3,4	7,4***	4,8
C. delictiva	4,5	3,1	5,1	3,3	3,1	2,1
C. agresiva	17,7	8,8	18,3	8	14,4	10,7
P. sexuales	0,9	1,2	1,1	1,8	0,8	0,9
Índice total	66,9	16,2	75,7	25,8	59,8	27,1
Í. internal.	21,5	11,5	21,6	10	21,4	13,9
Í. external.	22,3	10,4	24,5	9,2	17,5	12

taje de parejas que son capaces de llegar a acuerdos en los aspectos económicos, con el subsiguiente alto porcentaje de incumplimiento de la pensión económica (67%). También se observa poco cumplimiento y regularidad en el régimen de visitas de los niños al cónyuge que no tiene la custodia, sólo un 34%.

Resultados en el CBC

En la tabla 2 se pueden observar las puntuaciones directas de toda la muestra y por separado para los niños y las niñas, en las diferentes escalas del CBC, así como para los índices total, internalizante y externalizante.

Como se puede observar, en general, las puntuaciones son más altas para los niños que para las niñas, en especial en las escalas externalizantes (Inadaptación social, Trastornos de pensamiento, Trastornos de atención, Conducta delictiva y agresiva), igual que en el caso de la Inhibición entre las escalas internalizantes. Las niñas sólo puntúan superior en la escala de Ansiedad/Depresión. Con la finalidad de comprobar si existían diferencias significativas en las puntuaciones de las diferentes escalas del CBC en función del sexo, se aplicó la prueba del t-test de Student. Sólo se obtuvieron diferencias significativas para una probabilidad de 0,008 ($t=22,91$; 21 g.l.) en la escala de Trastornos de atención. Se comprobó el supuesto de homogeneidad de las varianzas obteniendo una F de 2,07 no significativa

($p=0,23$). A pesar de las tendencias apuntadas, las demás escalas no resultan con puntuaciones significativas en función del sexo.

El CBC permite la obtención de un perfil en base a las puntuaciones t de las diferentes escalas que lo componen. Se considera como una puntuación indicativa de patología cuando ésta es una t igual o superior a 70. Se ha estimado la puntuación t media que obtienen los sujetos en las diferentes escalas en función de la variable género. En la tabla 3 se presentan las medias en las diferentes escalas e índices del CBC para toda la muestra y según el sexo, y en la figura 1 hallamos su representación gráfica.

Si se consideran los perfiles por sexos, las escalas de Inhibición, Ansiedad/Depresión, Trastornos de atención y el índice de Internalización alcanzan valores t patológicos en los niños, con los Trastornos de atención e Inhibición como las escalas más elevadas altas ($t=74,93$ y $t=70,86$, respectivamente). Sin embargo, en el perfil de las niñas no hay ninguna escala que alcance una puntuación t patológica. Para comprobar si estas diferencias entre niños y niñas en las puntuaciones de las escalas eran significativas, se aplicó la prueba de comparación de medias t de Student pero ninguna comparación resultó significativa excepto la escala Trastornos de la atención que sí es significativa ($t=2,22$ y $p=0,03$) la diferencia de puntuación entre niños y niñas. Se comprobó el supuesto de homogeneidad de las varianzas obteniéndose una F de 2,22 no significativa ($p=0,03$). En la tabla 3 se hallan comprendidos los niveles de significación alcanzados en las comparaciones de las escalas entre niños y niñas.

Con la finalidad de examinar qué variables continuas actuaban como predictores significativos de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario, se aplicaron análisis de regresión múltiple a las puntuaciones totales del cuestionario. Los Índices de Internalización y Externalización y las puntuaciones de cada una de las escalas del inventario se pusieron en función de aquellas variables descriptoras de la muestra que habían sido recogidas en escala continua: edad actual, edad de acogida, edad en la primera visita y edad en la separación.

Todos los análisis de regresión se realizaron por el método Stepwise. Los análisis que ponían las puntuaciones totales del cuestionario y los índices de Internalización o Externalización en función de las variables mencionadas no permitieron aceptar a ningun-

Tabla 3 Medias y desviaciones estándar en las escalas e índices del CBC para el total de la muestra y por sexos

	Total		Niños		Niñas		P
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	
Inhibición	63,52	23,3	70,86	10,7	65,66	19,4	0,437
Q. somático	54,7	19,2	58,93	11,6	61,33	7,9	0,649
Ans./Depr.	64,3	22,7	70,66	10,8	69,16	15,2	0,801
In. social	59,87	20,9	65,8	9,1	64,5	14	0,803
Tr.pensam..	58,96	20,3	66	9,2	60,66	9,7	0,246
Tr.atenc.	72,1	10,1	74,93	8,4	65	11,3	0,039
C. delict.	62,52	8	63,66	8,4	59,66	7,1	0,318
C. agresiva	66,62	10,9	67,93	11	63,33	13,2	0,398
P. sexuales	48,96	20,3	52,37	16,5	55,66	9	0,651
Índ. total	66,95	16,1	67,37	18,3	65,83	9,4	0,847
Í. intern.	69,1	11,6	70,46	9,4	65,66	16,4	0,406
Í. extern.	64,81	9,8	66,73	7,8	60	13,2	0,160

na de éstas como predictoras significativas de aquellas. Sí que se pudieron construir, no obstante, ecuaciones de regresión para alguna de las puntuaciones de las escalas; en particular para Inhibición y para Ansiedad/Depresión.

Las correlaciones entre la puntuación en la escala de Inhibición y la edad actual, edad en la acogida, edad en la primera visita y edad en la separación alcanzaron los valores 0,508, 0,613, 0,538 y 0,591, respectivamente. De ellas, la edad de acogida entró a formar parte de la ecuación de regresión (ninguna de las restantes alcanzó el criterio de inclusión (0,05) en el paso siguiente). El correspondiente coeficiente de determinación indicó que la edad en la acogida explica un 37,6% de la varianza de la puntuación en la escala de Inhibición, significativo con una probabilidad de 0,034 ($F=6,02$, 1 g.l.). El coeficiente de la recta de regresión que pone la puntuación en la escala de Inhibición en función de la edad de acogida indicó que por cada unidad que aumenta ésta, aquélla lo hace en 0,993 unidades. No hubo más variables que entraran a formar parte de la ecuación, aunque el coeficiente de regresión correspondiente a la edad en la primera visita fue marginalmente significativo ($p=0,072$).

Con la finalidad de comprobar los supuestos del modelo de regresión se examinaron las representaciones gráficas de los residuales en función de los valores de la predicción, de los residuales estandarizados en función de los valores predichos estandarizados y de los residuales estudentizados en función de la predicción

estandarizada. Ninguna de las anteriores representaciones mostró estructuración de los residuales. También se evaluó la distribución de los residuales mediante una prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyo resultado indicó que no se diferenciaba significativamente de una distribución normal ($K-S Z=0,461$; $p=0,984$).

Las correlaciones entre la puntuación en la escala de Ansiedad/Depresión y la edad actual, edad en la acogida, edad en la primera visita y edad en la separación alcanzaron los valores 0,604, 0,699, 0,674 y 0,543, respectivamente. De ellas, la edad de acogida entró a formar parte de la ecuación de regresión (ninguna de las restantes alcanzó el criterio de inclusión (0,05) en el paso siguiente). El correspondiente coeficiente de determinación indicó que la edad en la acogida explica un 48,9% de la varianza de la puntuación en la escala de Ansiedad/Depresión, significativo con una probabilidad de 0,011 ($F=9,57$, 1 g.l.). El coeficiente de la recta de regresión correspondiente a la función que pone la puntuación en la escala de Ansiedad/Depresión en relación con la edad de acogida indicó que por cada unidad que aumenta ésta, aquélla lo hace en 0,69 unidades. No hubo más variables que entraran a formar parte de la ecuación.

Se examinaron también las representaciones gráficas de los residuales en función de los valores de la predicción, de los residuales estandarizados en función de los valores predichos estandarizados y de los residuales estudentizados en función de la predicción estandarizada, con la finalidad de comprobar los supuestos del modelo de regresión. Ninguna de las anteriores representaciones mostró estructuración de los residuales. También se evaluó la distribución de los residuales mediante una prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyo resultado indicó que no se diferenciaba significativamente de la curva normal ($K-S Z=0,738$; $p=0,647$).

DISCUSIÓN

Como ya se ha señalado anteriormente, este estudio piloto forma parte de una investigación más amplia que pretende estudiar el efecto a largo término del divorcio en el ajuste psicológico de los niños.

Los datos que vamos a discutir se refieren a variables de diferente naturaleza que se agruparon en dos áreas: datos acerca del proceso de separación y respuesta psicopatológica.

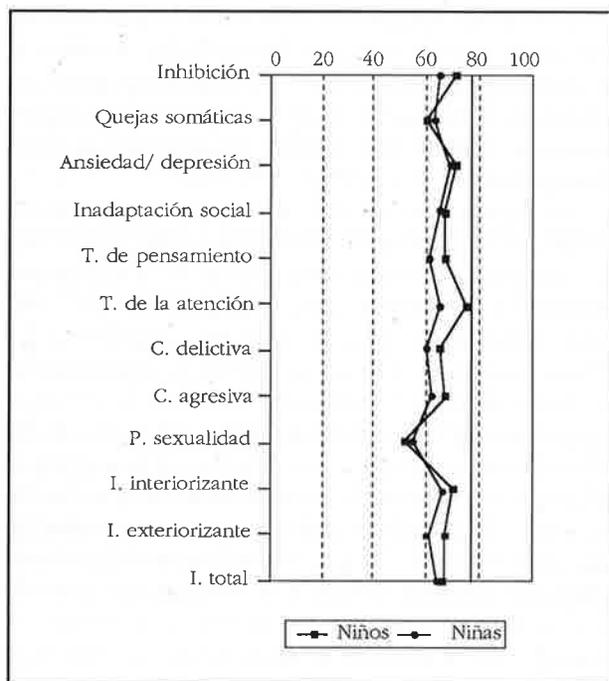


Figura 1. Perfil de las puntuaciones *t* en el CBC.

Datos relativos al proceso de separación

Respecto a los datos recogidos por los protocolos, creemos que es de destacar, por las implicaciones que pueden tener en el curso de la adaptación del menor a su nueva situación vital, que la mayoría de las familias (53%) se separaron de forma conflictiva, que no se consiguió llegar a acuerdos en los aspectos económicos (en el 67% de los casos) y que, por tanto, el porcentaje de padres que no cumplían la pensión económica es muy elevado (67%). Es de resaltar que el 66% de padres no custodios no cumplían el régimen de visitas. Es probable que en ello influyan las condiciones desfavorables en las que se ha llevado a cabo la separación, ya sea por abandono del padre (7%), abandono de la madre (13%) o bien tomando una modalidad contenciosa (13%). Nuestros datos coinciden así con lo expresado por la mayoría de autores: la separación de los padres en sí no es el factor de mayor peso en la evolución que seguirá el niño sino que, probablemente, mayor incidencia tendrán todas aquellas circunstancias que la rodean^(2,9,10). Como se sabe que entre estas circunstancias se hallaban la separación del niño de

una figura de apego, su relación con el padre no custodio y los aspectos económicos, como variables que podían determinar o influir en una reacción psicopatológica. Así que parece lógico que el proceso de ajuste/desajuste sea muy diferente en función de variables tales como cumplimiento del régimen de visitas, autonomía económica... más que el hecho de la separación en sí. En nuestro estudio, estos resultados pueden estar mediatizados por el escaso número de sujetos de la muestra y los factores que le dan una cierta homogeneidad (el hecho de que todos los sujetos se hallaban bajo tratamiento psicoterapéutico). Si la muestra fuera mayor y menos homogénea, tal vez los resultados concernientes al proceso de separación variarían en alguna medida. En este sentido, se quiere recordar que en nuestra investigación no existe un grupo control de niños de padres separados y que no estén en proceso psicoterapéutico.

Respuesta psicopatológica (CBC)

Respecto a los resultados obtenidos en las puntuaciones directas del CBC puede decirse que las puntuaciones medias en todas las escalas e índices son más elevadas en los chicos que en las chicas, exceptuando Ansiedad/Depresión que se sitúa en un nivel inferior respecto a las niñas (3,3 para niños y 3,7 para niñas). Cabe mencionar que existe muy poca diferencia en las puntuaciones del Índice de Internalización (21,4 para los niños y 21,6 para las niñas), mientras que es muy notable la diferencia en Trastornos de la atención (12,5 para los niños y 7,4 para las niñas) siendo ésta la única diferencia significativa entre niños y niñas con una probabilidad de 0,034. A pesar de la ausencia de otras diferencias significativas, puede decirse que los niños tenderían a expresarse con más problemas de atención y un perfil externalizante (aunque también con inhibición), a diferencia de las niñas, en las que estas escalas estarían más atenuadas.

Teniendo en cuenta las puntuaciones *t* del CBC, se observa que son pocas las escalas que superan la puntuación indicativa de presencia de patología. En el perfil de los niños, alcanzan una puntuación *t* igual a 70 o superior Inhibición ($t=70,86$), Ansiedad/Depresión ($t=70,66$), Trastornos de la atención ($t=74,93$) y el Índice de Internalización ($t=70,46$). En el caso de las niñas, ninguna de las escalas supera el punto indicador de patología aunque la escala de Ansiedad/Depresión está muy cerca del límite ($t=69,16$). Además, el perfil que

presentan niños y niñas es prácticamente el mismo sólo que los niños presentan puntuaciones más elevadas en todas las escalas, excepto en Quejas somáticas y en Problemas sexuales en que la puntuación es mayor para las niñas pero sin ser significativas estas diferencias. La única escala donde los niños puntúan significativamente más elevado que las niñas es en Trastornos de la atención. En cuanto al índice total, ni los niños ni las niñas alcanzan una t de 70 aunque los niños parecen mostrar mayor puntuación en el conjunto de todas las escalas ($t=67,37$) que las niñas ($t=65,83$). En consecuencia, se podría decir que nuestra muestra no presenta un nivel muy elevado de patología, más si se tiene en cuenta que la puntuación más alta es la relativa a Trastornos de la atención en niños con una $t=74,93$; aunque tampoco las puntuaciones son excesivamente bajas, la mayoría de las escalas están por encima de una puntuación t de 60.

Cuando se comparan las escalas teniendo en cuenta la variable sexo, los niños vuelven a puntuar más alto en los Índices Total, de Internalización y de Externalización. Sorprendentemente, el índice donde los niños puntúan por encima de una $t=70$ es el Internalizante ($t=70,46$) y no el Externalizante como refiere la mayoría de la bibliografía especializada^(1,2,11). A pesar de ello, la escala con mayor puntuación en niños corresponde a una externalizante (Trastornos de atención). Tomadas las puntuaciones t por separadas en relación al género, en nuestra muestra sí se cumple la predicción de que las niñas expresan sus problemas de manera mayoritariamente internalizante ya que, aunque el índice de Internalización en niñas no es demostrativo de patología, existe una diferencia de más de cinco t con respecto a la puntuación externalizante. De hecho, las dos escalas con mayor puntuación en niñas son Ansiedad/Depresión ($t=69,16$) e Inhibición (65,66). Estas conclusiones son meramente orientativas sobre la existencia de patrones distintos de respuesta psicopatológica entre niños y niñas, ya que en nuestra investigación no hemos hallado diferencias significativas entre los dos géneros en ninguna de las escalas excepto en Trastornos de la atención.

Respecto a los resultados obtenidos en los análisis de regresión múltiple, sólo la variable continua edad de acogida y para las escalas Inhibición y Ansiedad/Depresión entró a formar parte de la ecuación de regresión. No obstante, se observa también para estas dos escalas que las correlaciones con las otras variables continuas (edad actual, edad en la primera visita y edad en el momento de separación) no son despreciables. Todo esto nos hace pensar en la importancia de la edad no sólo en el momento de la separación sino también por sus repercusiones posteriores. Los coeficientes de regresión indican que conforme la edad de acogida aumenta, también aumentan los grados de Inhibición y Ansiedad/Depresión. Ambos factores pertenecen a la serie internalizante por lo que podemos sospechar que a medida que aumenta la edad de consulta en nuestra muestra, los síntomas por los que se expresa la psicopatología tienden a ser internalizantes; tendencia que sería congruente con los estudios revisados⁽¹⁻³⁾.

Algunas consideraciones finales

En resumen, la distinción hipotetizada entre escalas internalizantes y externalizantes y su relación con el sexo (los niños predominantemente expresarían sus conflictos en el área externalizante y las niñas en el área internalizante) no se confirma de forma absoluta en nuestra muestra como cabría esperarse: tanto niños como niñas expresan sus problemas preferentemente de manera internalizante.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta aquí, nos podríamos aventurar a dibujar el perfil prototípico de un sujeto de nuestro estudio. Se trataría de un niño varón, cuyos padres se han separado de forma contenciosa, la madre tiene la custodia, el padre ha realizado la separación emocional y la madre quizás no, no hay acuerdo en aspectos económicos, no se cumple el régimen de visitas ni tampoco la pensión económica por parte de los padres varones, y la desadaptación se expresa preferentemente en el área de Trastornos de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wallerstein J. The long-term effects of divorce on children: a review. *J Am Child Adolescent Psychiatry* 1990;30:349-360.
- 2 Shaw D. The effects of divorce on children's adjustment. *Behavior Modification* 1991;15:456-485.
- 3 García Prieto A, Cervera S, Bobes J, Bousoño M, Lemos S. Hogares disociados y psicopatología infanto-juvenil. *Anuario de Psiquiatría* 1991;61:438-447.
- 4 Cherlin A, Furstenberg F. Longitudinal studies of effects of

A. Jarne
E. Requena
M. Timón
E. Horta
J. Gutiérrez
M.L. Font
D. Leal
M.D. Rifa

- 220** divorce on children in Great Britain and the United States. *Science* 1991;**252**:1386-1389.
- 5 Hoop H. Parental discord, divorce and adolescent development. *European Arc of Psychiatry and Neurological Sciences* 1988;**237**:106-111.
- 6 Hoyt L, Cowen Y, Pedro J, Alpert, L. Anxiety and depression in young children of divorce. *J of Clinical Child Psychology* 1990;**19**:26-32.
- 7 Achenbach T, Edelbrock C. La taxonomía en psicopatología infantil. En: Ollendick y Hersen (eds). *Psicopatologías infantil*. Barcelona: Martínez Roca, 1986:99-138.
- 8 Abelson D, Sayman G. Adolescent adjustment to parental divorce: an investigation from the perspective of basic dimensions of structural family therapy theory. *Family Process* 1991;**30**:177-191.
- 9 Garvin V, Leber D, Kalter N. Children of divorce: predictors of change following preventive intervention. *Am J Orthopsychiatry* 1991;**61**:438-447.
- 10 Wolman R, Taylor K. Psychological effects of custody disputes on children. *Behavioral Sciences and the Law* 1991;**9**:399-417.
- 11 Jiménez M, Muñoz A. Correlatos de los problemas internalizados y externalizados en niños según distintas fuentes de información. *III Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Málaga, abril 1995.

M. J. Ruiz Lozano¹
C. Gómez-Ferrer Gorriz²

Estudio retrospectivo del divorcio en una población infanto-juvenil

1 Médico Interno Residente
2 Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital General Universitario de Murcia.
C/ Ricardo Gil 45-5º B.
30002. Murcia

Children of divorce: a retrospective study

RESUMEN

El divorcio supone una de las experiencias más estresantes y dramáticas a las que puede enfrentarse un niño, ya que implica en la mayoría de los casos la pérdida de uno de los padres, frecuentemente el padre y una serie de cambios emocionales y sociales.

En los últimos 10 años hemos observado un incremento notable del número de divorcios y separaciones en nuestro país. Desde nuestra consulta de Psiquiatría Infantil hemos realizado un estudio retrospectivo de 54 niños, hijos de padres divorciados que acudieron durante los años 91-94, siendo un 10% del total de pacientes atendidos. El 68,5% son varones, la custodia estaba a cargo de la madre en el 94,4%. Los antecedentes psiquiátricos de los padres eran en un 57,7% alcoholismo y el 27,7% de las madres presentaban trastornos neuróticos y depresión. En cuanto a los diagnósticos señalaremos que el 45,6% son Trastornos por conductas perturbadoras, englobando aquí: T. de conducta, T. de las relaciones familiares y S. hiperquinético y el 32,6% T. por ansiedad como son: Estados de ansiedad, T. por tics, T. de eliminación y T. del sueño. Hemos comparado a su vez estos datos, sobre

todo diagnóstico, edad y sexo con el resto de niños que acudieron a nuestra consulta, un total de 540.

PALABRAS CLAVE

Divorcio; Psicopatología infantil; Patología parental.

ABSTRACT

Divorce is the most stressful and dramatic experience that a child can face in his life, since this means for him the loss of one of his parents, normally the father, and is associated to significant emotional, financial and social changes. In the last 10 years divorce as separations increased notably in our country as well.

We have carried out a retrospective study on 54 children from divorced families who came to our Hospital from 1991 to 1994, a 10% of the total of patients attended. 68.5% of children were male and 94.4% under their mother's custody.

With regard to the father's psychiatric diseases, 57.7% were Alcoholics; 27.7% of the mothers used to suffer from. Depression and Anxiety disorder. As for

222 *children diagnoses the predominant are: Behaviour disorder 45.6% and Anxiety disorder 32.6%. We have also compared these datas, mainly diagnose, age and sex, with the rest of children attended in our Hospital, a total of 540.*

KEY WORDS

Divorce; Childhood psychopathology; Parental pathology.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años estamos observando un incremento en el número de divorcios que se refleja también en las consultas psiquiátricas. En España la tasa es del 10% aunque el número de familias separadas o en trámite de divorcio es mayor.

Aunque ha sido ampliamente estudiado como lo demuestran los múltiples trabajos que hay sobre el tema, quizá sería obligado mencionar los estudios longitudinales más serios como son los de Wallerstein y Kelly, Hetherington y cols., Block y cols., Johnston y cols., Buchanan y cols., Furstenberg y cols., Guidubaldi y cols., Glen y cols., Billingham y cols., recogidos por Wallerstein⁽¹⁾.

El divorcio interactúa directamente en las funciones propias de la familia, según señala Murdock; ésta es un factor de socialización de primer orden y actuando como troqueladora de la personalidad cumple una función socializadora que incluye la transformación de las normas sociales en sistemas de valores personales⁽²⁾. Supone a su vez una fuente de estímulo intelectual y permite el desarrollo emocional, a través de la calidad de interacción afectiva entre sus miembros.

El divorcio origina una serie de cambios tanto a nivel familiar, en la interacción con la madre, el padre y los hermanos, como a nivel social, en la percepción de los valores aceptados y transmitidos por la sociedad también comunitarios en la interacción con amigos, profesores, colegio, domicilio y socioeconómicos⁽³⁾.

La separación de la pareja comienza con fallos en el matrimonio, continúa con un período catastrófico de ruptura marital y sus inmediatas secuelas y sigue, a menudo durante años, con desequilibrio dentro de la familia. Se deriva, en la mayoría de los casos la pérdida

del padre⁽⁴⁾, y del nivel socioeconómico, con la consiguiente repercusión en las oportunidades educativas y de otros tipos⁽⁵⁾.

Con el divorcio se afectan los roles familiares, el control del comportamiento y el desarrollo afectivo, tanto por los conflictos del divorcio en sí como los que existen tras él⁽⁶⁾. Supone en la mayoría de los casos crecer en una familia disfuncional, haciendo difícil el desarrollo normal de los niños, también la dificultad en la transición tras el divorcio, con los trastornos emocionales de los padres, sigue siendo origen de conflictos; a veces los existentes antes del divorcio predicen los que aparecerán después: trastornos del comportamiento, fallos escolares, etc.⁽⁶⁾.

El proceso del divorcio puede durar meses, años y para algunos no acaba nunca, los niños a menudo responden con emociones diferentes; la forma como reaccione el niño depende de su nivel de desarrollo, algunos son capaces de superar el trauma inicial y tener un funcionamiento normal, otros llegan a mostrar severas depresiones y ansiedad y tienen trastornos emocionales para el resto de sus vidas. Es papel de los padres el evitar esto último⁽⁷⁾.

Los niños de padres divorciados y separados acuden con mayor frecuencia a las consultas de psiquiatría que los de no separados (Kalter, Mardomingo, Bloom, Dickson).

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los niños que acudieron a nuestra consulta de psiquiatría infantil, cuyos padres estaban divorciados, estudiando sus características, su estructura familiar y la patología que presentaban, comparándolos con el resto de niños de familias no divorciadas, con el fin de profundizar en las repercusiones que esta situación familiar pueda tener en los niños afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante cuatro años desde 1991 a 1994 hemos atendido en nuestra consulta de psiquiatría infantil un total de 540 niños, de ellos 54 pacientes el 10%, eran hijos de padres separados o divorciados.

Se estudiaron sus historias clínicas recogiendo:

- Sexo.
- Lugar y tamaño de la fratria.
- Edad actual, edad en el momento de la separación y tiempo transcurrido desde la separación, hasta la primera consulta.

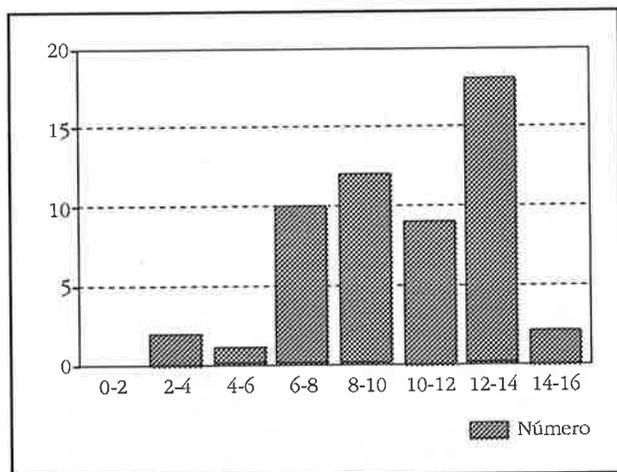


Figura 1. Distribución de edades. Hijos de padres separados.

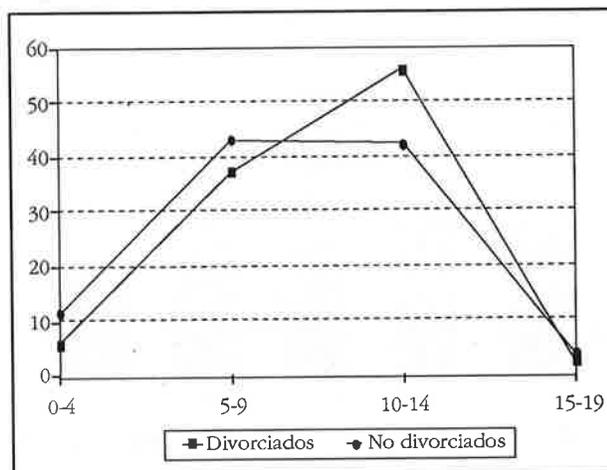


Figura 2. Distribución de edades. Ambos grupos.

- Custodia del niño.
- Antecedentes psiquiátricos de la madre y del padre, codificados en: ninguno, alcoholismo, alcoholismo y malos tratos, t. depresivos, neurosis, y psicopatía.
- Estado del niño en el momento de la consulta, su situación general (si es buena o mala o ha mejorado tras el divorcio).
- La continuidad en la escuela y en la familia (si ha cambiado de domicilio, de condiciones de vida v. g. socioeconómicos, etc.).
- Diagnósticos psiquiátricos.
- Revisiones y altas.
- Los que acudieron a consulta con otro de los hermanos.
- Revisando la edad, sexo y diagnóstico de los otros pacientes atendidos en la consulta, pertenecientes a familias no divorciadas, comparando ambos grupos. Se utilizó el programa estadístico SYSTAT, para el procesamiento informático de los datos.

RESULTADOS

Observamos cómo de los 54 casos, 37 (68,5%) eran varones y 17 (31,5%) mujeres siendo estos datos similares para el total de los 540 niños, donde el 63% son varones y el 37% son mujeres, proporción que se mantiene en la mayoría de la patología paidopsiquiátrica.

Respecto al lugar que ocupan en la fratria, la mayoría son primogénitos 21 casos el 39%, seguidos de benjamines 22%, medios 20,3% y únicos 10,5%.

Las edades oscilan entre 2,8 y 15,3 años siendo la media de 10,5 años con una DE=2,93 (Fig. 1). Si hacemos grupos de edades vemos que entre 0-4 años son el 5,5%, entre 5-9 años el 37,04%, entre 10-14 años el 55,55% y entre 15-19 años el 1,85%. Esta distribución de edad es diferente de la que presenta el grupo restante de hijos de padres no divorciados, donde entre 0-4 años son el 11,3%, entre 5-9 años el 42,3%, entre 10-12 años el 42,3% y entre 15-19 años el 3,7% (Fig. 2).

La edad de los niños en el momento de la separación de los padres es entre 0-4 años con una media de 6,6 años y DE=3,69 (Fig. 3).

El tiempo transcurrido desde la separación de los padres hasta la primera consulta oscila entre 0 meses y 14 años siendo la media de 3,5 años y la DE=3,7. Predominan los casos en los que el tiempo transcurrido es menor de dos años, el 28% del total.

La custodia era en 51 casos de la madre, el 94,4%, siendo del padre en un caso y en dos de otros estamentos (el ISORM y los tíos maternos).

Dentro de los antecedentes psiquiátricos del padre vemos cómo en 37 casos no habían, en 18 casos eran alcohólicos, en 11 había malos tratos y alcoholismo, un caso de depresión y dos de psicopatía, por lo que el 53,7% de los padres eran alcohólicos. Respecto a las madres el

224

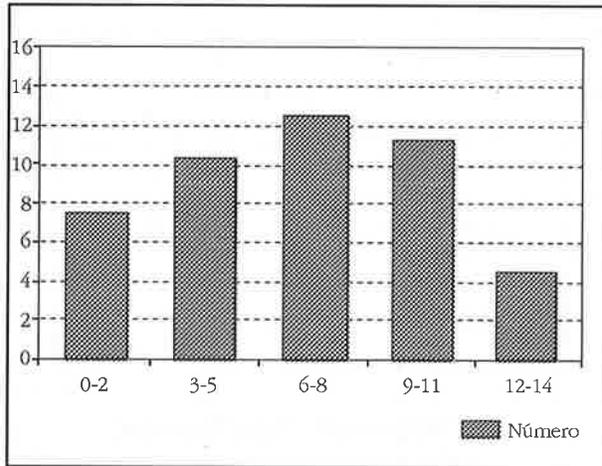


Figura 3. Edad en la separación

68,5% no tenían antecedentes (37 casos), nueve padecían cuadros depresivos, seis neurosis, una alcoholismo y una psicopatía, por lo que el 27% de diagnósticos maternos eran cuadros depresivos y neurosis (Fig. 4).

La situación global existente vivida por los niños era en 30 casos, (el 55,56%) mala, en 13 casos (el 24%) era buena y el 20%, (11 casos), había mejorado tras el divorcio.

Otro aspecto a destacar es que el 22,2% habían cambiado de colegio frente al 77,8% que permanecían en el mismo. También 24 casos (el 44,4%) habían sufrido cambios en su situación sociofamiliar, frente a 30, el 55,5% que no habían cambiado.

Pasando a los diagnósticos tenemos que aclarar que hemos utilizado las Clasificaciones Internacionales DSM-III y la CIE-10, elaborando una propia de carácter más funcional que nos permite tener agrupados sintómicamente a los pacientes y a su vez poder desglosar estos diagnósticos si nos es necesario. Para clarificar los resultados obtenidos hemos realizado una tabla con los diagnósticos tanto de los niños de nuestra muestra como del resto (Tabla 1 y Fig. 5).

Podemos comprobar así que en los niños de familias no divorciadas el diagnóstico que aparece con mayor frecuencia es el grupo de T. por ansiedad, el 48,7%, donde los T. de eliminación suponen el 14,1% seguidos de los T. del sueño con el 8,1%, como los más destacados. En el caso de los niños de padres divorciados el diagnóstico más frecuente es el grupo de los T. de conducta, dentro de los cuales el T. de las relaciones familiares supone el 33,8%, seguido de los T. de conducta, un

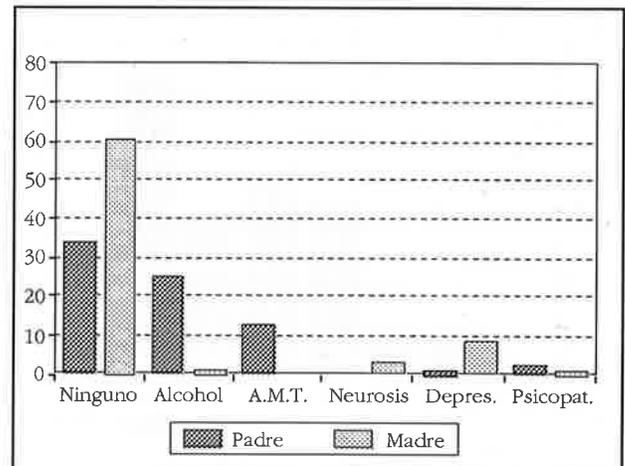


Figura 4. Antecedentes Psiquiátricos en los padres

10,9%, siendo en total el 45,6% de todos los diagnósticos. En segundo lugar son los T. por ansiedad que suponen el 32,6%, siendo los estados de ansiedad el 12%, los T. de eliminación el 8,7% y los de sueño el 8,7%. Entendiendo por T. de las relaciones familiares, no las alteraciones propias de todo divorcio, sino la existencia de patología en dichas relaciones que pueden ser la causa o influir en la inadaptación del niño a su propia familia. Comprende tanto la patología de los propios miembros, como de la dinámica, estructura y educación familiar⁽⁶⁾. La distribución por sexo de los diferentes diagnósticos en el grupo de hijos de padres separados se muestra en la figura 6.

El número de hermanos que acuden a nuestra consulta juntos por presentar patología es mayor en el grupo de estudio, representando el 22,2% mientras que en el grupo control representan el 8%.

Debemos señalar que la mayoría de los niños acuden a consulta entre una y dos veces, siendo esto el 63% del total, entre 3-6 veces el 24% y 8-10 veces el 13% (Fig. 7).

Respecto a las altas el 53% vienen una vez y no vuelven, el 34% se marchan tras la resolución de los problemas, son derivados el 7,5% y el 5,5% siguen revisiones.

DISCUSIÓN

Hemos comparado los datos obtenidos en nuestro trabajo con los de otros estudios, como algunos de los

Tabla 1

Diagnósticos	Divorciados		No divorciados	
	Nº	%	Nº	%
Retraso mental	8	8,7	57	7,9
T. generalizado desarrollo	0	0	14	2
T. específico desarrollo	2	2,2	55	7,7
<i>T. Conductas perturbadoras</i>				
T. de conducta	10	10,9	74	10,3
T. relaciones familiares	31	33,7	53	7,4
S. Hiperquinético	1	1,1	35	4,9
	42	45,6	204	28,5
<i>T. ansiedad</i>				
Estados de ansiedad	11	12	34	4,7
T. tics	3	3,3	11	1,5
T. eliminación	8	8,7	101	14,1
T. sueño	8	8,7	58	8,1
Otros	0	0	114	16
	30	32,6	348	48,7
<i>T. psicósomáticos</i>				
T. neuróticos	0	0	19	2,6
T. estado ánimo	1	1,5	21	2,9
T. adaptación escolar	5	5,4	40	5,6
T. identidad sexual	1	1,1	1	0,1
Toxicomanías	1	1,1	2	1
Otros	0	0	10	1,4

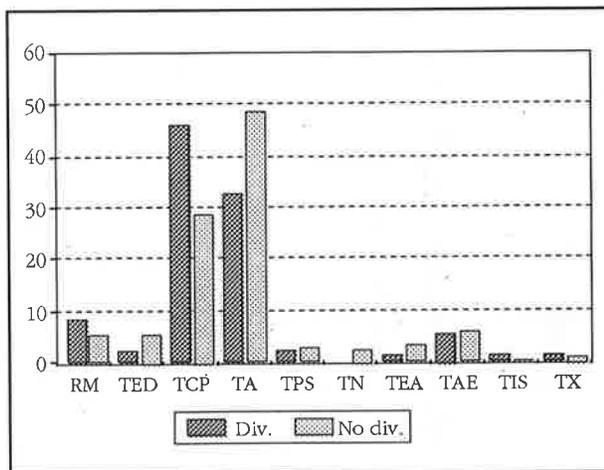


Figura 5. Diagnósticos divorciados / No divorciados.

señalados anteriormente, obteniendo datos similares en los puntos más importantes. Así en los estudios se observa cómo los efectos del divorcio son significativamente diferentes en hombres y en mujeres en las diferentes áreas, en la mayoría de los casos a favor de las mujeres⁽⁹⁾. En los niños suele aparecer mayor agresividad física y verbal pero dos años después del divorcio es sobre todo verbal, siendo este patrón de agresividad el propio de las niñas. Los niños presentan menor integración social, más aislamiento, están más tiempo con las niñas y con niños más pequeños, participan más en actividades femeninas, esto guarda relación con la "infantilización materna", y la pérdida de la influencia paterna. Así, los niños cuyos padres mantenían un contacto regular, tendían a ser más masculinos, así como aquellos cuyas madres los criaron independientes y con actitudes positivas hacia el padre⁽¹⁰⁾. La mayoría de los estudios concluyen que los niños tienen mayores problemas de conducta, obedecen menos son más agresivos y tienen mayores índices de fracaso escolar. Esto es también lo que hemos obtenido en

nuestro estudio. Las niñas presentan por otra parte menor conflictividad en general, teniendo una mejor adaptación al divorcio de los padres en la edad infantil, tanto global como escolar, aunque sí los tendrán en la vida adulta. La aparición de conductas antisociales en las niñas sería indicador de mala evolución y desadaptación. Así, en nuestra consulta el número de varones era mucho mayor que el de mujeres, siendo también la patología significativamente distinta.

La edad del niño es importante a la hora de evaluar los efectos del divorcio de una forma cualitativa aunque no quiere decir que estos efectos sean más o menos intensos en unos que en otros⁽¹¹⁾.

Existen tres hipótesis según Kalter y Rembar⁽³⁾ que son las siguientes:

- Hipótesis del efecto acumulativo: el divorcio es más perjudicial cuanto menor sea la edad del niño.
- Hipótesis del estadio crítico: a los 3-6 años es la edad de mayor vulnerabilidad.
- Hipótesis del efecto reciente, los meses siguientes al divorcio son los peores y en 1-2 años se han recuperado totalmente.

Los estudios experimentales no han demostrado ninguna de ellas.

Por otra parte Rutter en el capítulo 3 de su libro señala diferencias específicas según la frase evolutiva del niño así:

- *Los preescolares* tienen comportamientos regresivos, temen el ser abandonados por los dos padres, tienen

226

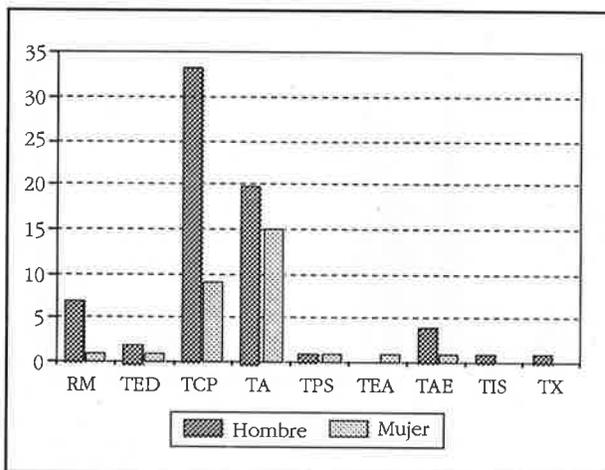


Figura 6. Diagnósticos según sexo. Hijos de divorciados.

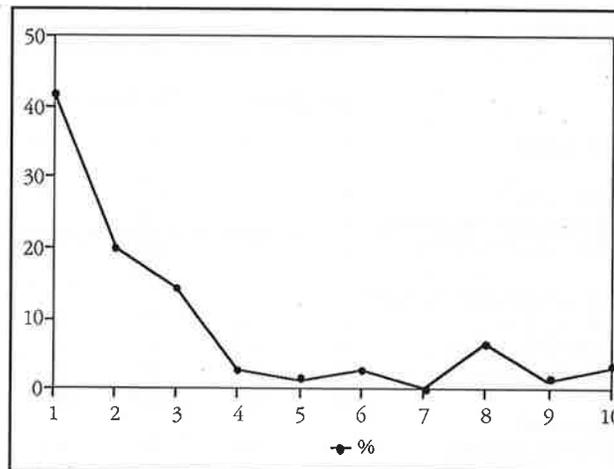


Figura 7. Revisiones.

sentimientos de culpa, por ser ellos la causa de la separación, trastornos de sueño, irritabilidad, llantos, agresividad e inhibidos durante el juego.

- *El grupo entre 7-8 años*, presentan frecuentemente depresiones, preocupados por la marcha del padre, esperan ansiosos su retorno, asustados de que a través de una nueva boda de la madre se sustituya a su padre y aunque la vida familiar predivorcio fuera conflictiva esperan una reconciliación. Están enfadados y culpan a la madre de la pérdida del padre, sobre todo los niños.
- *Entre 9-12 años*, toman parte por uno de los dos padres, y están muy pendientes de los compromisos y comportamientos sexuales de los padres. Disminuyen su rendimiento escolar.
- *Los adolescentes*, aunque son más capaces de entender el comportamiento de los padres, a veces son profundamente críticos con ellos. Algunos parecen madurar rápidamente, tomando roles de mayor responsabilidad dentro de la familia, pero al mismo tiempo aumentan sus actividades fuera de casa. Algunos están muy afectados llegando al suicidio como respuesta directa.

En un estudio reciente⁽¹²⁾ se observó que los niños entre ocho y nueve años presentaban mayores alteraciones emocionales, depresivas, ansiedad y aislamiento y menor autoestima, quizá porque son más dependientes de los padres que los mayores, los cuales ven que aunque el divorcio será para siempre tienen la posibilidad de que exista una relación con el padre no custodio

y que a pesar del divorcio no lo perderán. (Mc Gurk y Glakan, 1987).

En nuestro estudio la media de edad era 10.5 años, estando la mayoría de la muestra distribuida entre los 6-15 años, una edad más elevada que la media de los niños que generalmente acuden a nuestra consulta, lo que indica que la motivación de ésta es distinta de la patología habitual, y que están más afectados los niños próximos a la adolescencia.

Señalar aquí también que los niños acudieron tras 3,5 años después de la separación de sus padres y que su edad media en el momento de la separación era de 6,6 años.

Estos datos es importante enmarcarlos en el hecho de que la separación no es una situación puntual, sino que conlleva un tiempo previo de problemas en la dinámica familiar, así como una continuidad en ellos tras la marcha del padre del domicilio.

Otro tema muy importante es la custodia, en nuestro estudio como en la mayoría, ésta recae sobre la madre, con un porcentaje de 94,4%, en los últimos 25 años el porcentaje no ha cambiado rondando en la mayoría de los casos el 90% como señala Melvin. Aunque el ideal sería la custodia conjunta (Seinman's, 1981), permitiendo así una influencia de la figura de los dos padres en la vida de los niños. Pero esto conllevaría un incremento en las dificultades ya existentes en las conflictivas relaciones de los padres tras el divorcio⁽¹³⁾. Sería necesario señalar que los niños copian los modelos de actuación de los padres durante la separación, como forma de conducta. Así la influencia de la agresión física y verbal

entre los padres es copiada por los niños llevándolos a trastornos de comportamientos severos⁽¹⁴⁾. En un estudio realizado sobre estudiantes hijos de padres divorciados se vio que estos obtuvieron puntuaciones más altas en su comportamiento en la escala de violencia como agresividad verbal, sugiriendo la posibilidad de efectos duraderos en las próximas relaciones de estos individuos, en la resolución de conflictos⁽¹⁵⁾.

Los padres presentan como patología previa en mayor medida, alcoholismo, violencia física unida a alcoholismo, alteraciones emocionales graves y aislamiento social. Y las madres cuadros depresivos y de ansiedad, esto está constatado por numerosos estudios^(1,12,15,16) y por el nuestro, como hemos señalado el 33,6% de los padres eran alcohólicos y el 20% presentaban malos tratos hacia la familia además de consumo excesivo de alcohol. Y las madres presentan síntomas depresivos y neurosis en el 27%, la mayoría no tenía patología.

Señalar que los niños, en su mayoría, habían sufrido cambios en su estado sociofamiliar, el 44,4%, lo que implicaba diferente domicilio y diferente estado económico, esto es equivalente a lo obtenido en otros estudios donde se comprueba que las familias disminuyen sus recursos económicos, aparece el desempleo, disminuyendo así el nivel de vida de la familia⁽¹³⁾.

El 22% tuvo que trasladarse de colegio, con las consiguientes nuevas relaciones con compañeros, profesores, etc., añadiendo otro cambio más a la larga lista con los que estos niños tienen que enfrentarse, mientras que a su vez van superando las evoluciones propias de sus diferentes etapas vitales, como el resto de niños.

Respecto a los diagnósticos, vemos que hay marcadas diferencias con el resto de la consulta, pues predominan los T. de las relaciones familiares, entre los distintos miembros de las familias divorciadas, y los estados de ansiedad excesiva, como reacción del niño a esta situación, manteniéndose la misma proporción en los T. del sueño, y mucho menor en los T. esfinterianos, que son precisamente la causa más frecuente de la consulta paidopsiquiátrica (Tabla 1).

Nos llama la atención que en los casos de divorcio solicitan con más frecuencia la consulta para parejas de hermanos simultáneamente, lo que corrobora la repercusión que en todos los hijos tiene esta situación. En la consultante restante hay menos hermanos y generalmente son vistos en distintas ocasiones.

También es patente que la petición de consulta en estos casos, suele ser con carácter de urgencia o al

menos de apremio, por la afectación que tienen los niños, y la desorientación de la madre sobre su actitud; y en más de la mitad de los casos ya no vuelven después de la primera entrevista o lo hacen después de una o dos revisiones más, tras haber recibido la orientación adecuada y haber cesado la ansiedad propia de la primera época.

CONCLUSIONES

Debemos concluir que según Hetherinton existen tres grupos de niños de padres divorciados:

- Los que presentan problemas de adaptación social con trastornos de ansiedad, agresividad, sobre todo son varones.

- Niños con buena adaptación social pero con actitudes manipulativas y oportunistas que favorecen los conflictos entre los padres, para provecho propio.

- Y un tercer grupo, sobre todo niñas, con buena adaptación social y emocional.

Estos grupos no se originan al azar sino que existen una serie de factores que marcarían un pronóstico más o menos favorable, siendo la actitud de los padres el factor clave. Mostrando un fuerte compromiso hacia los hijos, cooperando el uno con el otro y adoptando una actitud de unión por el niño, aunque de separación hacia ellos⁽¹⁸⁾. Son muchos los adultos que recuerdan con tristeza o resentimiento a sus padres, y sienten melancolía por haberse perdido la experiencia de crecer en una familia intacta⁽¹⁾.

Es evidente como señala Rutter que la calidad de las relaciones y los cuidados durante la separación son necesarios e imprescindibles. Así, los niños deben saber que continuarán siendo cuidados, que no quedarán perdidos en el proceso y que el otro padre perdurará y no desaparecerá. Necesitan saber las razones del divorcio, así como que sus padres han agotado todos los recursos, de acuerdo con la edad y el nivel de entendimiento del niño. Saber que ellos no son los causantes, que es decisión de los padres y por tanto no pueden hacer nada por evitarlo. Deben así mismo saber que ningún padre espera que tomen parte por él y obtener el "permiso" para querer a los dos⁽¹⁹⁾.

Así los profesionales deben enfocar sus esfuerzos para reforzar las relaciones padre-hijo e intentar modificar los efectos perjudiciales de los conflictos maritales⁽¹⁹⁾. E intentar que el niño obtenga todo el

228 apoyo por parte de aquellos que le rodean, no sólo de los padres, y estabilizar lo máximo posible el mundo caótico en el que algunos niños llegan a

estar inmersos, para evitar así los problemas en la niñez y los que puedan surgir en la adolescencia y en la vida adulta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wallerstein JS. The long-term effects of divorce on children: a review. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:3.
- 2 Murdock GP. Social structure. New York, 1949.
- 3 Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y el adolescente*. E. Díaz de Santos, S.A. Madrid. Cap. 23. 1994:623-638.
- 4 Hetherington EM. Divorce: a child's perspective. *Am Psychol* 1979;**34**:851-858.
- 5 Porter PR. Family functions and children's postdivorce adjustment. *Am J Orthopsychiatry* 1992;**62**(4):613-617.
- 6 Cherlin AJ. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science* 1991;**252**(5011):1386-1389.
- 7 Leung AK. Children of divorce. *J. R. Soc Health* 1990;**110**(5):161-163.
- 8 Mendiguchía FJ. *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid: Del Castillo, 1980:690-720.
- 9 Wadsby M. Divorce: different experiences of men and women. *Fam Pract Dec* 1992;**9**(4):451-460.
- 10 Wolkind S, Rutter M. Título del capítulo. En: Rutter M, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific publications, 1985.
- 11 Hetherington EM. Family interaction and social emotional and cognitive development of children following divorce. En: Vaughn V, Brazelton, eds. *The family: Setting Priorities*. New York: Science and Medicine, 1979.
- 12 Pons-Salvador G, del Barrio MV. Ajuste emocional de los niños al divorcio. *Rev Psiq Inf* 1992;**3**:173-178.
- 13 Melvin DL. *Developmental-behavioral pediatrics*. WB Saunders Company, 1983:241-259.
- 14 Radovanovic H. Parental conflict and children's coping styles in litigating separated families: relationships with children's adjustment. *J Abnorm Child Psychol Dec* 1993;**21**(6):697-713.
- 15 Billingham RE. Divorce and dating violence revisited: multivariate analyses using Straus's conflict tactics subscores. *Psychol Rep* 1993;**72**(2):679-684.
- 16 Rodríguez A y cols. Estructura familiar y psicopatología infanto-juvenil. *Rev Psiq Inf* 1990;**4**:245-249.
- 17 Jiménez JL y cols. Consecuencias pediátricas del divorcio. *Rev Psiq Inf* 1993;**2**:98-104.
- 18 Leung AK. Children of divorce. *J. R. Soc Health* 1990;**110**(5):161-163.
- 19 Black AE. Role of parent-child relationships in mediating the effects of marital disruption. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;**32**(5):1019-1027.
- 20 Aro HM. Parental divorce, adolescence, and transition to young adulthood: a follow-up study. *Am J Orthopsychiatry* 1992;**62**(3):421-429.

P. Sánchez Mascaraque
G. Martínez Junquera
A. Torija Colino

Abusos sexuales en niños
atendidos en el programa de
Salud Mental Infanto-juvenil de
Alcalá de Henares

Programa de Salud Mental
Infanto-juvenil de Alcalá de Henares,
Centro de Salud Luis Vives,
C/Luis Vives s/n, Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia:

P.Sánchez Mascaraque,
C/Agustín de Iturbide 38,
piso 2º 2ª,
28043 Madrid.

*Sexually victimized children.
Outpatient care in Alcalá de
Henares Mental Health
Center*

RESUMEN

Se estudia una muestra de 13 niños víctimas de abusos sexuales, atendidos en el programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares. Se analizan 10 variables demográficas y psicopatológicas, así como la coincidencia de los resultados con los datos reflejados en la literatura.

PALABRAS CLAVE

Abusos sexuales; Infancia; Psicopatología.

ABSTRACT

We study thirteen sexually victimized children, attended in outpatient care in Alcalá de Henares Mental Health Center. We analyze ten demographic and psychopathological variables and their concordance with bibliography.

KEY WORDS

Sexual abuse; Childhood; Psychopathology.

230 INTRODUCCIÓN

En este trabajo se recogen todos los casos de abusos sexuales en niños, detectados durante el año 1994 y los tres primeros meses del año 1995, en las consultas del Programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares. Se inició este estudio ante el aumento de incidencia de dichos casos en nuestra población.

La detección de estos niños no suele realizarse a través de los dispositivos de salud mental, siendo corriente que menores tratados con regularidad por médicos estén implicados en caso de incesto durante años, sin conocimiento de aquéllos⁽¹⁾. Este secreto (que dura una media de 2-7 años) es parte de la experiencia del niño, que es amenazado y, en la mayoría de los casos, a la vez depende del abusador⁽²⁾. Sin embargo, es fundamental la intervención de una unidad de psiquiatría infantil una vez descubierta la explotación sexual. En la literatura se recoge una amplia psicopatología coincidente con el abuso, siendo lo más frecuente una sintomatología similar al síndrome de estrés postraumático, apareciendo también problemas de ajuste sexual, de las relaciones interpersonales, problemas en la educación, y otros⁽¹⁻⁶⁾.

A su vez, y siempre en los casos de incesto, aparece una estructura familiar gravemente alterada, en la que padre, madre e hija mantienen un silencioso acuerdo que sostiene la situación. Tienden a negar el incesto y acusar a la víctima, si es ella quien lo descubre, a fin de preservar la unidad^(1,7). Estas familias pueden y deben ser tratadas; en la bibliografía se recogen datos, de entre el 20-30% de reorganización, siendo de nuevo posible la convivencia padre-hija⁽²⁾.

También es frecuente la psicopatología a largo plazo^(1,4). En este sentido, parecen influir como variables más importantes el uso de violencia y fuerza, la existencia de violación (anal, oral o vaginal), un largo período de duración de los abusos, grandes diferencias de edad entre el niño y el agresor, y la relación con éste, siendo peor si se trata del padre o padrastro^(8,9). Con frecuencia se cita en la literatura como trastornos asociados a la explotación sexual en la infancia los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia)⁽¹⁰⁾, el trastorno *borderline* de la personalidad⁽⁴⁾, problemas sexuales (incluyendo promiscuidad, frigidez, prostitución)^(1,8), trastornos disociativos^(8,11), y otros^(1,12-15).

Por último, es necesario una coordinación entre los diferentes profesionales implicados, acerca del enfoque

y manejo de la situación, para determinar cuestiones como quién debe explorar al niño, quién debe confrontar a la familia con la duda del abuso y, sobretodo, quién debe hacer una denuncia judicial. Es frecuente el temor a denunciar estos hechos por parte de los implicados y de los profesionales, siendo otras veces difícil saber a quién debe hacerse el señalamiento, estando el menor en permanente situación de riesgo⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

El número de casos detectados o remitidos al Programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares, durante el año 94 y los tres primeros meses del 95, es de 13. En este programa se atiende a la población infantil comprendida entre 0-19 años, siendo las fuentes de derivación médicos de atención primaria, pediatras, servicios sociales, equipo psicopedagógico, colegios y servicios jurídicos. La población de este distrito es de 160.000 habitantes, de los que aproximadamente 40.000 corresponden a niños y adolescentes.

El equipo de salud mental infanto-juvenil está formado por un psiquiatra, dos psicólogos y eventualmente un MIR de psiquiatría.

Se estudian las siguientes variables: edad; sexo; agente del abuso; tipo de abuso; edad de inicio del abuso; motivo de consulta; psicopatología; antecedentes personales psiquiátricos; antecedentes familiares psiquiátricos; tipo de familia.

RESULTADOS

La edad de los niños oscila entre 7 y 16 años, siendo 7 varones y 6 hembras. En la tabla 1 se recogen el agente del abuso y la víctima respectiva:

En cuanto al tipo de abuso en un 50% se produjo penetración (vaginal, anal u oral), y en el resto se realizaron diversos tocamientos, caricias, masturbaciones, conductas exhibicionistas, etcétera.

En la tabla 2 se relaciona la edad de inicio del abuso con la edad en que consulta el niño.

El motivo de consulta fue en tres ocasiones un intento de suicidio (intoxicación medicamentosa voluntaria), en otros tres agresividad y trastornos de conducta (conductas desafiantes y provocativas en el ámbito escolar y familiar); en otros cuatro la evaluación se

Tabla 1

Caso	Agente del abuso	Víctima
1	Padre	Hija
2	Compañero de clase	Compañero de clase
3	Padre	Hija
4	Hermano	Hermana
5	Entrenador deportivo	Niño miembro del equipo
6	Entrenador deportivo	Niño miembro del equipo
7	Entrenador deportivo	Niño miembro del equipo
8	Primo	Prima
9	Primo	Prima
10	Primo	Prima
11	Padre	Hija
12	Abuelo paterno	Nieta
13	Extraño	Adolescente varón

Tabla 2

Caso	Edad inicio del abuso	Edad de consulta
1	7	15
2	10	11
3	13	16
4	4	15
5	12	12
6	13	13
7	13	13
8	4	8
9	7	9
10	9	14
11	8	8
12	7	16
13	14	14

hizo a petición del forense; de los restantes, uno llegó por encopresis y enuresis, otro por tics y en el último se consulta por síndrome depresivo.

La psicopatología que presentaron los menores fue en 6 de ellos de tipo depresivo, añadiéndose trastornos de conducta (fugas, conductas antisociales y agresividad); en un niño apareció enuresis diurna y en dos, encopresis; en otro apareció dolor abdominal recurrente y somatizaciones. Encontramos también tres trastornos adaptativos breves con síntomas depresivos, un síndrome de estrés postraumático y dos niños presentaron problemas de identidad sexual.

Los antecedentes personales psiquiátricos detectados fueron en cinco mal rendimiento escolar, en dos trastornos en la identidad sexual, una encopresis, y en cinco no aparecen antecedentes.

Aparecen antecedentes familiares en cuatro casos, siendo éstos una madre con un desarrollo paranoide, un padre alcohólico y, en el mismo niño, un tío paterno muerto por suicidio; en el tercero, una tía materna tiene historia de síndromes depresivos, y en el cuarto, el abuelo paterno es un trastorno antisocial de la personalidad.

Con respecto a las familias, en cinco los padres estaban separados y, en dos de ellos, la madre era víctima de malos tratos físicos; en otro la madre es una enferma mental grave y el padre una personalidad insuficiente y primitiva, estando la familia en una situación de extremo aislamiento social. En tres de las familias lo que destaca son graves problemas económicos. Cuando el agresor no es un miembro cercano de la

familia, no se observan estructuras familiares patológicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque se trata de una muestra pequeña, los datos obtenidos son coincidentes con la bibliografía al respecto; detallamos algunas reflexiones del análisis de las variables estudiadas:

- Los casos detectados por primera vez en salud mental han sido todos un hallazgo casual⁽¹⁾.
- El momento en que se descubre el abuso es muy posterior al del inicio de éste⁽²⁾.
- En nuestra muestra es el propio niño el que rompe la situación⁽⁴⁾.
- En tres ocasiones esta ruptura se hace por medio de un intento de suicidio.
- En la mayoría, el responsable del abuso es un miembro cercano a la familia⁽¹⁹⁾.
- Cuando el padre es el agresor la madre juega un papel consentidor^(1,7).
- Es mucho más frecuente y más grave la psicopatología cuando el agente del abuso es un miembro familiar.
- En nuestra muestra los niños varones han sido víctimas de una persona extraña a la familia.
- Cuanto mayor es la diferencia de edad entre la víctima y el agresor, mayor es la gravedad de la psicopatología⁽⁸⁾.
- Muchas de las familias están desestructuradas. Se finaliza este trabajo dando una opinión sobre cuál

- 232 debe ser la actitud ante la detección de abusos sexuales en menores, teniendo en cuenta que para un manejo adecuado es fundamental la coordinación entre los diferentes profesionales implicados (médicos de atención primaria y pediatras, salud mental, servicios hospitalarios, servicios sociales, fiscalía de menores y comisión de tutela del menor):
- Separación inmediata del niño, bien por medio de un ingreso hospitalario o, si no es posible, mediante denuncia al juez.
 - Reconocimiento médico legal.
 - Descartar patología somática e infecciosa.
 - Valoración psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bagley C, King K. *Child sexual abuse (The search for a healing)*, 1990.
- 2 Kempe RS, Kempe Ch. *Niños maltratados*. Morata, 1985.
- 3 Martínez Roig A, Paul de Ochotorena J. *Maltrato y abandono en la infancia*. Martínez Roca, 1982.
- 4 Ogata-Sn y cols. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;**147**:1008-1013.
- 5 Goldman-SN y cols. Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;**149**:1724-1726.
- 6 Brown RMA, Perkins MJ. Child sexual abuse presenting as organic disease. *Br Med J* 1989;**299**:614-615.
- 7 De Jong. Maternal responses to the sexual abuse of their children. *Pediatrics* 1988;**81**:14-21.
- 8 Hermann J y cols. Long term effects of incestuous abuse in childhood. *Am J Psychiatry* 1986;**143**:1293-1296.
- 9 Bryer JB y cols. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987;**144**:1426-1430.
- 10 McCallum K. Eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1993;**6**:480-485.
- 11 Roessler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis* 1994;**182**:145-150.
- 12 Carmen EH y cols. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1984;**141**:378-383.
- 13 Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1989;**146**:239-241.
- 14 Mullen PE y cols. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1988;ii:841-845.
- 15 Garnefsky N y cols. The influence of early and recent life stress on severity of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1990;**81**:295-301.
- 16 Williams R y cols. Medical confidentiality and multidisciplinary work: child sexual abuse and mental handicap registers. *Br Med J* 1987;**295**:1315-1319.
- 17 Yates A. Should young children testify in cases of sexual abuse? *Am J Psychiatry* 1987;**144**:476-480.
- 18 Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action, and Division of Mental Health, OMS. *Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children*, 1994.

F. B. Assumpção Jr.

Disturbios de conducta sexual en
el deficiente mental

Profesor libre docente del Departamento de Psiquiatría de la
Facultad de Medicina de la USP (Brasil)

*Sexual disturbances in mental
retardation*

RESUMEN

El autor estudia la cuestión de los disturbios de conducta sexual en el deficiente mental, analizando 427 pacientes que fueron evaluados multidisciplinariamente en el Centro de Habilitación de la APAE-SP (Brasil). Concluye refiriéndose a que el porcentaje de disturbios de conducta en ese área fueron pequeños y que, cuando encontrados, se debían más al propio déficit intelectual que a la cuestión de la sexualidad en sí. Destaca sin embargo, que la cuestión de la sexualidad es fundamental para que podamos ver la persona deficiente mental como alguien integrado dentro de su contexto social.

PALABRAS CLAVE

Deficiencia mental; Sexualidad.

ABSTRACT

The author studies the sexual disturbances in mental retardation. He analyzes 427 outpatients evaluated in the Centro de Habilitação da APAE -SP (Brasil). He concludes that the percentage of sexual disturbances was little and if reported they were to intellectual impairment. He emphasizes the sexual question to consider mental handicapped people integrated in the social context.

KEY WORDS

Mental Retardation; Sexuality.

234 INTRODUCCIÓN

La conducta humana permite la integración del ser en su mundo, así como la internalización del mismo. Sus alteraciones pueden por lo tanto ser visualizadas como señales de alarma que expresan cambios en esa relación.

En la evaluación de esos disturbios se hace necesaria la determinación de todos los factores involucrados, también como las estructuras que pueden estar comprometidas, pues cuando nos referimos a la conducta, estamos abordando simultáneamente dos aspectos fundamentales de los cuales ésta es dependiente:

a) Factores genético-constitucionales, de conducta preprogramada, dependientes del llamado "equipamiento" en el decir de Ajuriaguerra⁽¹⁾.

b) Factores ambientales y socio-culturales que actúan sobre los factores anteriores alterándolos y reformulándolos de acuerdo con las exigencias del ambiente, correspondiendo al llamado "investimiento" en el decir del mismo autor.

Cuando hablamos de deficiencia mental, hablamos automáticamente de la alteración de la inteligencia, resultante de los primeros factores, que así, servirán de substrato para las influencias ambientales y socio-culturales de tal forma que se modele una conducta característica.

Nos referimos entonces a una disminución del sentido práctico y de la responsabilidad, dependientes de la estructuración cognitiva del niño que pasa gradualmente de una moral heterónoma, para una autónoma cada vez más personalizada y matizada de acuerdo con sus experiencias y vivencias. Esto ocasiona obviamente alteraciones en la relación con el mundo, expresadas por las dificultades en imponer, dentro de un contexto social adecuado, sus características e individualidad.

Así, el disturbo de conducta ocurre, en muchas ocasiones, por la dificultad de comprensión de un mundo situado más allá de sus límites y posibilidades, resultando en una exteriorización inadecuada de la conducta. Esto debe ser pensado considerándose que la conducta refleja un proyecto existencial, prácticamente inexistente en la población deficiente mental, por la propia disminución de autonomía y de libertad.

El término disturbo de conducta es, de un modo general, bastante vago, algunos autores tratan de globalizarlo y localizar en él todas las alteraciones o manifestaciones anómalas del comportamiento humano,

mientras que otros lo consideran como entidad nosológica específica con características de transitoriedad.

En relación a los disturbios sexuales, la gama se extiende no solamente para niños, sino que se divide en parafilias, caracterizadas por excitación en respuesta a objetos sexuales o situaciones que no forman parte de los patrones normativos de la actividad excitatoria y que pueden interferir en la capacidad para la actividad sexual afectuosa recíproca y disfunciones sexuales, caracterizadas por inhibiciones en el deseo sexual, o cambios psico-fisiológicos que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual.

En relación al deficiente mental, obviamente las mayores preocupaciones serían aquellas resultantes de las conductas denominadas parafilias y que, según el DSM III-R⁽²⁾ y con discretos cambios el DSM IV⁽³⁾, pueden ser subdivididas en las siguientes categorías:

Exhibicionismo

A. Por un período de por lo menos seis meses, impulsos sexuales recurrentes e intensos y fantasías sexualmente excitantes, envolviendo la exposición de los genitales a un extraño no sospechoso.

B. La persona actúa sobre impulsos, o es acentuadamente perturbada por ellos. Al DSM IV⁽³⁾, las fantasías y conductas envuelven una perturbación social y profesional.

Fetichismo

A. Por un período de por lo menos seis meses, impulsos sexuales recurrentes, intensos y fantasías sexualmente excitantes envolviendo el uso de objetos inanimados por sí mismos.

B. La persona actuó sobre esos impulsos, o es acentuadamente perturbada por ellos. Al DSM IV (1994) esas conductas causan perturbación social y profesional.

C. Los fetiches no son solamente artículos de la vestimenta femenina usados en el transvestismo o piezas concebidas con el propósito de estimulación táctil de los genitales.

Froteurismo

A. Por un período de por los menos seis meses, impulsos sexuales recurrentes, intensos y fantasías

sexualmente excitantes envolviendo el toque de fregarse contra una persona sin su consentimiento. El toque es que es sexualmente excitante y no la naturaleza coercitiva del acto.

- B. La persona actuó sobre estos impulsos, o está acentuadamente perturbada por ellos. También aquí, al DSM IV⁽³⁾ la conducta ocasiona una perturbación en el área de la sociabilidad.

Pedofilia

- A. Por un período de por lo menos seis meses, impulsos sexuales recurrentes, intensos y fantasías sexualmente excitantes envolviendo actividad sexual con un niño prepúber o niños (antes de los 13 años).
- B. La persona actuó sobre estos impulsos, o está acentuadamente perturbada por ellos.
- C. La persona tiene por lo menos 16 años de edad y por lo menos cinco años más vieja que el niño o los niños en A.

Tanto en el DSM III-R como en el DSM IV los criterios son similares para estas conductas.

Voyeurismo

- A. Por un período de por lo menos seis meses, impulsos sexuales recurrentes, intensos y fantasías sexualmente excitantes, envolviendo el acto de observar una persona desavisada que está desnuda, en proceso de desvestirse, o involucrada en actividad sexual.
- B. La persona actuó bajo estos impulsos, o está acentuadamente perturbada por ellos. La vida social también es perturbada por estos acontecimientos.

Dentro de nuestra área de interés podemos encontrar también, bajo la denominación de "Parafilia sin otra especificación", la cuestión de zoofilia, relacionada a la actividad sexual con animales.

MATERIAL Y MÉTODO

Visando la verificación de la frecuencia de disturbios de conducta sexual, evaluamos una población institucionalizada, examinada multidisciplinariamente en el Centro de Habilitado de APAE-São Paulo, considerando los criterios diagnósticos del DSM III-R⁽²⁾ y del DSM IV⁽³⁾.

La APAE-SP es una institución que atiende a los discapacitados mentales de la ciudad de São Paulo-Brasil, con una media de 1000 pacientes nuevos/año.

Esas personas son consultadas en sectores de Servicio Social, Pediatría, Neurología, Psiquiatría, Genética, Psicología y Fonoaudiología con el intento de obtener un diagnóstico etiológico del déficit intelectual, de las alteraciones conductuales y de las condiciones familiares.

RESULTADOS

De un total de 1.028 casos estudiados, 427 pacientes, representando 41,53% de la muestra estudiada, presentaban algún tipo de conducta que podía ser considerada anómala. Considerando nuestro interés en los disturbios de la esfera sexual se examinaron los pacientes extractando las variables relativas a sexo, edad grado de la deficiencia mental y solamente los disturbios de la conducta sexual.

En la población estudiada obtenemos los resultados mostrados en tablas 1-4.

Es posible observar que las categorías citadas, con excepción de la pedofilia y la homosexualidad, no son posibles de diagnosticar a partir de los criterios de los DSM III-R⁽²⁾ y DSM IV⁽³⁾, siendo las categorías descritas a partir de las historias clínicas como problemas planteados por los padres.

DISCUSIÓN

Los disturbios de comportamiento pueden estar asociados a deficiencia mental, aunque consideramos que gran parte de los disturbios encontrados en él son resultantes del proceso de socialización a que son sometidos y por lo tanto, directamente proporcionales al patrón de investimiento socio-cultural. Esto es fácilmente visualizable en las poblaciones institucionalizadas definitivamente donde encontramos patrones de conducta que no pudimos encontrar en esta muestra de conducta estudiada, una vez que estos niños continuaban viviendo con sus familias, estando vinculados a la institución solamente a través de la programación de cuño escolar.

Balthazar y Stevens⁽⁴⁾ citan varios estudios donde refieren que la prevalencia de disturbios de conducta en

236

Tabla 1 Distribución de los disturbios de conducta en relación al sexo

Sexo	Número de casos	%
Masculino	271	63,46%
Femenino	156	36,53%

Tabla 3 Distribución de los disturbios de conducta en relación al grado de déficit intelectual

Grado de DM	Número de casos	%
Profunda	08	1,87%
Severa	82	12,17%
Moderada	101	23,65%
Leve	115	26,93%
Limítrofe	58	13,58%
A clasificar	68	15,92%
Sin DM	25	5,85%

el deficiente mental es variada. Así Menolascino refiere cerca del 70%, Gorelick 10%, Penrose, 16%.

En nuestra muestra, caben algunas consideraciones, ya que algunos ítems no son encontrados en las actuales clasificaciones psiquiátricas y cabe justificar su inclusión.

Cuando nos referimos a masturbación, hablamos de conducta compulsiva y de difícil control, causando en la población estudiada lesión de área genital, debido a la manipulación excesiva. Tal conducta fue observada primordialmente en deficientes mentales profundos, siendo a nuestro modo de ver resultante simplemente de manipulación corporal con objetivo de obtención de placer sensorial, de forma similar a otras conductas.

La masturbación pura y simple no puede ser considerada como alteración de conducta, una vez que es de ocurrencia normal en cualquier tipo de población. Alves⁽⁵⁾, narra en su estudio realizado con población femenina de nivel universitaria, ocurrencia en 45% de la población estudiada, aunque 12% todavía considerase que tal actividad provocase consecuencias negativas para el practicante. En relación al deficiente mental, el único comentario que podríamos realizar, es el relativo al local y ocasión del acto, hechos esos posibles de corrección por la mera actividad educativa. Esto porque, conforme se refiere Gherpelli (1995), "algunos

Tabla 2 Distribución de los disturbios de conducta en relación a la edad

Edad	Número de casos	%
0-3 años	39	9,13%
3-6 años	96	22,48%
6-12 años	168	39,34%
Más de 12 años	124	29,03%

Tabla 4 Distribución de los disturbios de conducta sexual en la población estudiada

Disturbio de conducta	Número	%
Masturbación	6	1,40%
Homosexualidad	1	0,23%
Pedofilia	2	0,46%
Prostitución	2	0,46%
Relaciones heterosexuales	2	0,46%
Total		3,01%

deficientes mentales, en virtud de su grado de comportamiento mental, pueden no conseguir aprender la diferencia entre público y privado".

La cuestión de homosexualidad nos parece bastante importante, una vez que no envuelve una "elección" consciente de las limitaciones y consecuencias, pero sí de una búsqueda de placer todavía en fase anterior de desenvolvimiento por no selección de parceros, y que por lo tanto no puede ser comparada a la conducta homosexual del individuo con inteligencia normal que "opta" por ella. Aquí la cuestión se complica aún más pues en nuestro medio, ya sea dentro del ambiente familiar, o dentro del ambiente escolar e institucional, tales conductas son vistas como inadecuadas provocando sanciones penalizadoras, una vez que el deficiente, por propio déficit cognitivo, no tiene condiciones de elaborarla y adecuarla socialmente.

La cuestión de la prostitución se vuelve importante una vez que trae a tono la cuestión de la protección del propio deficiente, que por su mayor vulnerabilidad es más posible de ser utilizado por compañeros más dotados. Esto porque, según Henriques (*apud* Vitiello⁽⁶⁾), la prostitución depende del "ethos" sexual de la sociedad en que se inserta, lo que en nuestro caso, una cultura predominantemente católica, la hace ver de forma bastante rígida y moralista.

Finalmente es fundamental reflexionar acerca de la cuestión de los relacionamientos heterosexuales, que obviamente no pueden ser considerados como patológicos. Mientras tanto, forman parte de esta muestra porque las familias en cuestión los trajeron como tal. Esto porque la idea que considera al deficiente como "eterno niño" hace que él sea visto por sus padres o profesores como un ser eternamente asexuado y que, cuando comienza a presentar algunas conductas de índole sexual pasa a ser visto como una amenaza en potencia, posible de ser cuidado y atendido psiquiátricamente. Solamente por esa razón es que incluimos ese ítem en esta muestra.

Las demás conductas observadas son irrisorias, sin embargo, por considerar que se refieren a una población bastante específica, tenemos que realizar algunas consideraciones.

Faulk⁽⁷⁾ hace referencia a que las ofensas sexuales son consideradas en los EUA como ofensas contra la persona considerando que pueden ser de dos tipos básicos:

- a) Aquél en que la víctima es un parcerero que consiente, como por ejemplo en los casos de homosexualidad entre adulto y adolescente.
- b) Aquél en que la víctima no consiente en el acto.

Incluye en esas categorías a los deficientes mentales que presentan ofensas sexuales debido a frustraciones y pobres experiencias de vida que llevan a una vida sexual insatisfactoria y frustrante y, en consecuencia, a una tentativa de superación a través de la actividad desviante.

Considera como la conductopatía más frecuente en los deficientes mentales la pedofilia, por su incapacidad en establecer relacionamientos satisfactorios con adultos. Mientras tanto creemos que así mismo las otras conductas, tales como el exhibicionismo, voyerismo, bestialismo y homosexualismo son plenamente comprensibles una vez que forman parte del propio desenvolvimiento psicosexual normal que pasa gradualmente de fases de observación y exploración, para fases de manipulación propia y del otro, sin por lo tanto diversificación, primeramente del sexo del parcerero, y posteriormente de las características propias del mismo, para que, en el hombre adulto, se estructure de forma que posibilite la selección de un par cada vez más específico y particular.

De esta forma creemos, de acuerdo con trabajos anteriores (Assumpção⁽⁸⁾) que las conductopatías

sexuales en los retrasados mentales son derivados más de su propia evolución psicosexual que de disturbios psiquiátricos específicos.

CONCLUSIONES

A nuestro ver, podemos pensar en dos grandes grupos de disturbios de conducta sexual en el deficiente mental. El primer grupo resultante de todo un proceso de rechazo e inadaptación, expresado por reacción al ambiente, de forma similar al niño normal, y otro, relacionado más directamente a deficiencia con control deficitario de impulsos y emociones, bien como con menor crítica de sus actitudes. En este segundo grupo encontramos con facilidad las conductas de tipo voyerista y exhibicionista de los deficientes mentales, como resultantes de la propia dificultad de satisfacer las necesidades físicas y afectivas de forma socialmente adaptada, consecuente al desenvolvimiento intelectual del individuo.

Así, tenemos que considerar al deficiente como portador de ego frágil, con dificultades en estructurar formas coherentes para soportar las pruebas impuestas por su propio existir. Sus mecanismos de defensa son pobres, rígidos, ineficaces y arcaicos.

En nuestra muestra los disturbios de conducta pueden entonces ser considerados predominantemente reactivos, resultantes de la propia estructura social que le impide una expresión de vida satisfactoria, trayendo así la aparición de conductas compensatorias, inadecuadas aunque bajo el punto de vista social.

Tenemos que pensar entretanto que será el establecimiento de una moral heterónoma, externa a él por lo tanto, lo que condicionará la aparición de conductas socialmente adaptadas y, que, será el proceso de habilitación, dentro de sus perspectivas de integración y normalización, el que determinará qué conductas serán permitidas para que ese patrón moral pueda ser establecido y trabajado.

Así, a guisa de finalizar este trabajo tenemos que considerar que, aunque la aparición de la sexualidad en el deficiente mental cause miedo en sus familiares, tales hechos no fueron observados por nosotros. De esta manera, la cuestión del tratamiento médico o psicológico, queda relegada a casos extremos, cabiendo, eso sí, toda la estructuración de esquemas educacionales que proporcionen condiciones adecuadas de expresión de la sexualidad.

238 Antes sin embargo tenemos que revisar obligatoriamente la cuestión de deficiente mental para que él pueda ser visto

como una persona íntegra, en su totalidad, y no como un deficiente también bajo el punto de vista erótico y sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajurriaguerra J. *Manuel de psychiatrie del'enfant*. Paris: Masson, 1973.
- 2 APA. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM III-R)*. São Paulo: Manole, 1989.
- 3 APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM IV)*. Washington: APA, 1994.
- 4 Balthazar EE, Stevens HA. *The emotionally disturbed mentally retarded*. New York: Prentice-Hall, 1975.
- 5 Alves DC y cols. Masturbação em estudantes universitários: atitudes e referência. *Revista Brasileira Sexualidade Humana* 1991;2(1):41-51.
- 6 Vitiello N. *Sexologia II*. São Paulo: Rocca, 1986.
- 7 Faulk M. *Basic forensic psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988.
- 8 Assumpção Jr, FB, Sprovieri MM. *Deficiencia mental, Família e Sexualidade*. Sao Paulo: Memnon Eds, 1993.

A. de los Santos¹
P. Massé²
M. J. González Lobato³
R. Fernández Leal³
J. Rodríguez-Sacristán⁴

Obesidad infantil y malos tratos psíquicos

- 1 Facultativo Especialista de Área de Servicio de Psiquiatría Infantil del H. U. "Virgen Macarena": Sevilla.
- 2 M.I.R. de Psiquiatría del H.U.V.M.
- 3 Colaborador
- 4 Jefe del Servicio de psiquiatría Infantil del H.U.V.M.

Correspondencia:

Adolfo de los Santos
C/Conde de Cifuentes nº 6, Casa C, bjs
41004 Sevilla

Child obesity and emotional mistreatment

RESUMEN

En estos últimos años (1991-1994) han aparecido algunas publicaciones sobre la relación entre abuso infantil y obesidad como resultado de trastornos en la conducta alimentaria en los adultos. Nuestra hipótesis de trabajo es encontrar signos de malos tratos psíquicos como una de las causas en la génesis de la obesidad exógena en los niños. Para ello, aplicamos el "Inventario para la Detección de Malos Tratos en el Niño" de Santos, Massé y Rodríguez-Sacristán. La muestra está integrada por un grupo experimental (30 niños obesos exógenos vistos en nuestra Unidad) y dos grupos controles. El primero de ellos formado por 30 niños con trastornos afectivos vistos en la misma unidad y el segundo formado por 30 niños hospitalizados por problemas pediátricos no psicósomáticos. Se analizan y discuten los resultados.

PALABRAS CLAVE

Obesidad infantil; Malos tratos psíquicos; Diagnóstico

ABSTRACT

In the last years (1991-1994) some publications about the relationship between child abuse and obesity have appeared as a result from confusion in the feeding behavior in adults. Our working hypothesis is to find signs/symptoms of Psychological mistreatment as one of the causes of exogenous obesity in children. To do this we use the "Inventory for the Detection of Mistreatment in the Child" by de Santos, Massé and Rodríguez-Sacristán. The sample is composed by an experimental group (thirty exogenous obese children seen in our unit) and two control groups. The first of them, formed by thirty children with visual affective confusion in the same unit and the second, formed by thirty children hospitalized for pediatric non-psychosomatic problems. The results are being discussed and analyzed.

KEY WORDS

Child obesity; Emotional mistreatment.

240 INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la prevención del Maltrato (ADIMA), el maltrato es cualquier acción u omisión no accidental, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor.

Son muchos los factores que intervienen en una situación de maltrato, pero desde un punto de vista interactivo podemos diseñar la intervención de tres tipos de factores: las características del niño, del cuidador y las del contexto en donde se desarrolla el abuso. Habría entonces, como dicen Maya, Bermejo y González-Meneses⁽¹⁾, una disfunción de un sistema interrelacionado padres-niño-ambiente.

Dentro de los diversos tipos de malos tratos está el maltrato psíquico o emocional, que sucede cuando no se toman en consideración las necesidades psicológicas del menor, especialmente aquellas que tienen que ver con las relaciones interpersonales, la autoestima y la propia evolución y crecimiento.

Una interrupción constante de las iniciativas del niño, que le va a hipotecar su desarrollo hacia una mayor autonomía y realización como persona, como es expresarle una valoración negativa de sí mismo, o una sobreprotección desmesurada, puede ser un caso representativo de maltrato psíquico.

El maltrato psíquico y el abandono emocional se suelen manifestar como problemas de crecimiento y del desarrollo, y van a tener características específicas según la etapa madurativa y cronológica del niño. Por ejemplo: la baja talla, la inmadurez o hipermadurez socio-emocional, problemas graves en el control esfinteriano, etc. pueden ser exponentes de un maltrato psíquico solapado.

En los últimos años (1989-1994) han aparecido diversos artículos que intentan relacionar la obesidad del adulto y los malos tratos en la infancia de éste, sobre todo el abuso sexual⁽²⁻¹¹⁾.

Christofel y Forsyth⁽²⁾ estudiaron 12 niños con obesidad grave sin causas orgánicas y cuyas familias presentaban signos evidentes de disfunción psicosocial. Entre las características disfuncionales, se encontraban: desorganización familiar, separación de madres e hijos, desplazamiento del cuidado de los hijos hacia otras personas, depresión materna, negación de la anormalidad de la obesidad por parte de la madre, hostilidad hacia el personal sanitario e inconstancia en los seguimientos médicos.

El fenómeno de la obesidad no es un fenómeno unitario, sino que surge como resultado de una compleja intervención entre varios factores genéticos, constitucionales y psicológicos.

Hay diversas aproximaciones teóricas sobre la etiopatogenia de la obesidad (comportamentalista, psicodinámicas, etc.). Dentro de las psicodinámicas, por su interés en relación a nuestro trabajo, exponemos a continuación la teoría de Bruch^(12,13). Esta teoría arranca del análisis de las relaciones interpersonales, especialmente de las relaciones tempranas entre madre e hijo. Bruch afirma que los jóvenes obesos tienen un número más significativo de problemas emocionales que los de peso normal. La etiología de este trastorno se debería a una disfunción en las relaciones primarias madre-hijo, a causa de trastornos emocionales graves por parte de la madre. Esta manifestaría el trastorno respondiendo a todas las necesidades del niño, tanto físicas como psíquicas, ofreciéndole comida.

Antecedentes de miseria económica, de hambre real... en generaciones anteriores, experiencias traumáticas de escasez marcan indeleblemente a los individuos, creándoles fuertes necesidades orales, voracidad, ansias de acaparamiento, almacenaje. Para estas familias (familias orales) la mayoría de las intercomunicaciones se centran alrededor de la comida y la mayoría de los mensajes se hacen en términos alimentarios. El niño, entonces, es bueno o malo, se le quiere mucho o se le quiere poco, si come más o come menos. En estos momentos no se están tomando en consideración las necesidades psicológicas básicas del menor, por lo tanto se está incurriendo en una situación, como decíamos previamente, de malos tratos psíquicos.

Para algunos autores, como Cobo⁽⁴⁾, el panículo adiposo constituye una "barrera o coraza". Una "barrera o coraza" para soportar la hostilidad del contexto. Llama la atención la aparente paciencia (indiferencia-resignación-masochismo) con el que el niño obeso aguanta las puyas y las burlas de su entorno sin quejarse ni defenderse.

HIPÓTESIS

Nosotros, ante las aportaciones de los autores sobre las relaciones que hay entre adultos obesos y malos tratos en la infancia, nos planteamos las relaciones que pueden existir, si las hubiese, entre obesidad infantil exógena, es

decir sin base orgánica ni constitucional y los malos tratos psíquicos que coexisten con ella, y si éstos pueden incidir y de qué forma en la génesis de ella.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello decidimos aplicar el I.D.M.I. (Inventario para la Detección de Malos Tratos en la Infancia de Santos, Massé y Rodríguez-Sacristán). Este inventario está integrado por 60 ítems escogidos del C.C.B. (Cuestionario Clínico-Biográfico) de Cardoze-Rodríguez-Sacristán, habitualmente utilizado en nuestro Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla.

Estos ítems se distribuyen en dos bloques. El primero de ellos, destinado a "criterios de inclusión" (23 ítems) y el segundo, destinado a "criterios de riesgo" (37 ítems). El I.D.M.I. va a explorar las áreas de embarazo, periodo neonatal, antecedentes personales, perfil familiar y los rasgos de personalidad del padre y de la madre del niño con sospecha de abuso emocional infantil.

La muestra de estudio está formada por tres grupos: uno experimental y dos controles.

A) *Grupo experimental*: este grupo está integrado por 30 niños obesos entre 4 y 14 años de edad (Edad media: 9,26 años) tratados en nuestro Servicio. Estos niños fueron seleccionados en base a los siguientes criterios:

1. Tener un C.I. normal (C.I.>80)
2. No tener enfermedades orgánicas tributarias de generar obesidad (endocrinológicas, neurológicas, etc).
3. No tener antecedentes familiares de constitución obesa.

B) *Grupo Control "A"*: este grupo control está integrado por 30 niños con trastornos afectivos no obesos entre 6 y 14 años de edad (Edad media: 9,9 años) vistos en nuestro Servicio.

C) *Grupo Control "B"*: este grupo control está integrado por 30 niños entre 2 y 13 años de edad (Edad media: 9,33 años) ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario "Virgen Macarena" y se caracterizaban por no tener sintomatología psíquica.

El sexo y el nivel socio-cultural eran similares en los tres grupos de estudio.

Como método de análisis estadístico en la comparación de los grupos muestrales, hemos utilizado la chi cuadrado con el factor de corrección de Fisher, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

El programa informático utilizado para el análisis estadístico de los datos es el microstat. 241

RESULTADOS

A) Al comparar las puntuaciones obtenidas en el I.D.M.I. en los tres grupos muestrales, hallamos diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión"*:

- "22": "En casa se discute mucho delante de los niños" ($x=6,757$; $p < 0,05$)

- "54": "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" ($x=14,861$; $p < 0,001$)

- "57": "El niño/a la tiene desilusionada" ($x=9,630$; $p < 0,01$)

2. *Ítems "riesgo"*:

- "4": "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc.) por una persona distinta a la madre" ($x=6,240$; $p < 0,05$)

- "11": "Su hijo ha tenido algún accidente importante" ($x=17,760$; $p < 0,001$)

- "36": "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" ($x=10,622$; $p < 0,0001$)

- "37": "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" ($x=18,521$; $p < 0,0001$)

B) Al comparar el Grupo Experimental con el Grupo Control A se obtienen diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión"*:

- "54": "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" ($x=5,455$; $p < 0,05$)

2. *Ítems "riesgo"*:

- "8": "Su hijo ha tenido o tiene poco peso para su edad" ($x=4,286$; $p < 0,05$)

- "16": "El niño pasaba la mayor parte del día en casa de otro familiar o lo hace actualmente" ($x=5,455$; $p < 0,05$)

C) Al comparar el Grupo experimental con el Grupo Control B se obtienen diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión"*:

"22": "En casa se discute mucho delante de los niños" ($x=6,648$; $p < 0,01$)

"30": "Es necesario castigarle o reñirle mucho" ($x=5,406$; $p < 0,05$)

"31": "El padre conversa poco con el niño" ($x=5,455$; $p < 0,05$)

2. *Ítems "riesgo"*:

"4": "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc) por una persona distinta a la madre" ($x=5,455$; $p < 0,05$)

242

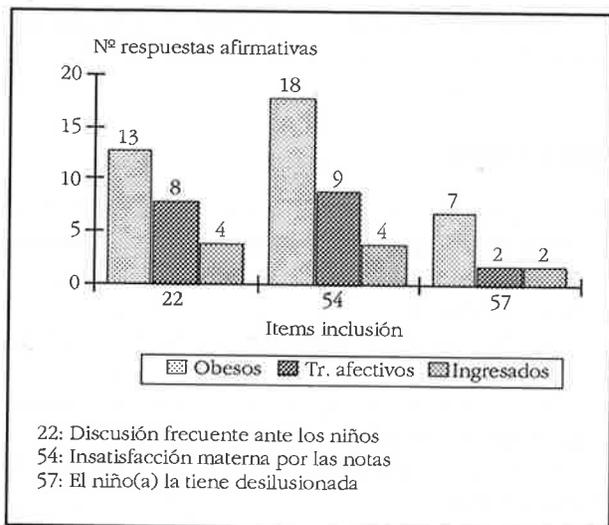


Figura 1. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos- TR. Afectivos-Ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

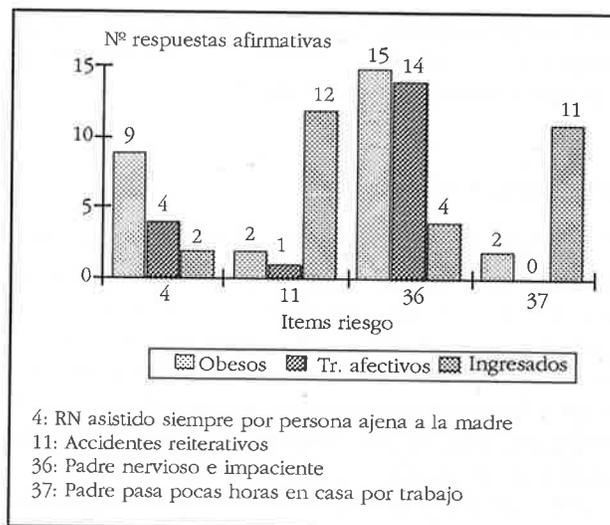


Figura 2. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos- TR. Afectivos- Ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

"11": "Su hijo ha tenido algún accidente importante" ($x=9,317; p < 0,01$)

"36": "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" ($x=9,320; p < 0,01$)

"37": "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" ($x=7,954; p < 0,01$)

D) En cuanto a la comparación entre los Grupos Control A y B se obtuvieron diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. Ítems "inclusión":

"41": "El padre tiene preferencias por algunos hermanos o hermanas del niño" ($x=5,455; p < 0,05$)

2. Ítems "riesgo":

"11": "Su hijo ha tenido algún accidente importante" ($x=11,882; p < 0,001$)

"36": "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" ($x=7,937; p < 0,001$)

"37": "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" ($x=13,469; p < 0,001$)

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos, cabría intentar establecer un perfil particular para cada uno de los grupos del estudio.

Así, en el Grupo Experimental (Obesos), se aprecia con una frecuencia significativamente mayor respecto a los dos grupos control la presencia de los siguientes ítems: "En casa se discute mucho en presencia de los niños" (22), "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" (54), "El niño/a la tiene desilusionada" (57) y "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc) por una persona distinta a la madre" (4).

Ello se corresponde con los resultados obtenidos por Christoffel y Forsyth⁽²⁾, los cuales encontraban, entre las características disfuncionales de las familias de los niños obesos: desorganización familiar (lo cual hace referencia al ítem 22: "En casa se discute mucho en presencia de los niños") y desplazamiento del cuidado de los niños hacia otras personas (lo cual alude al ítem 4: "Siempre fue asistido... por una persona distinta a la madre" y se confirma por el hallazgo en la comparación del Grupo Experimental y el Grupo Control A del ítem 16: "El niño pasaba la mayor parte del día en casa de otro familiar o lo hace actualmente").

En cuanto a los ítems "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" (54) y "El niño/a la tiene desilusionada" (57), parecen mostrar cierto grado de hiperexigencia por parte de la madre y deterioro de la imagen que ésta tiene de su hijo, lo cual podría interactuar con la obesidad del niño por vía de la

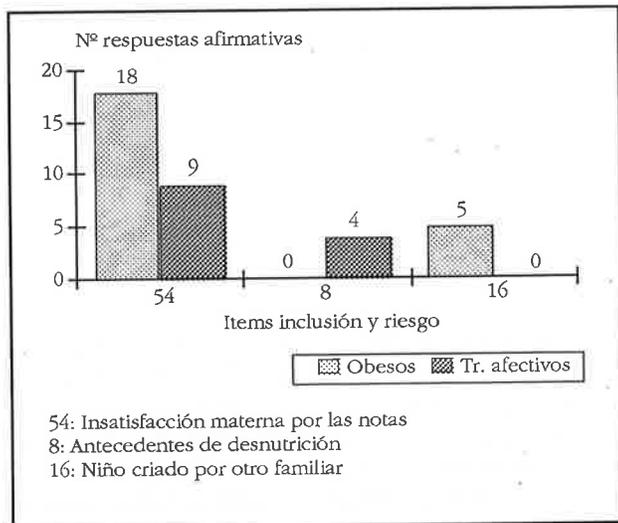


Figura 3. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos- TR. Afectivos. Nivel de significación $P < 0,05$.

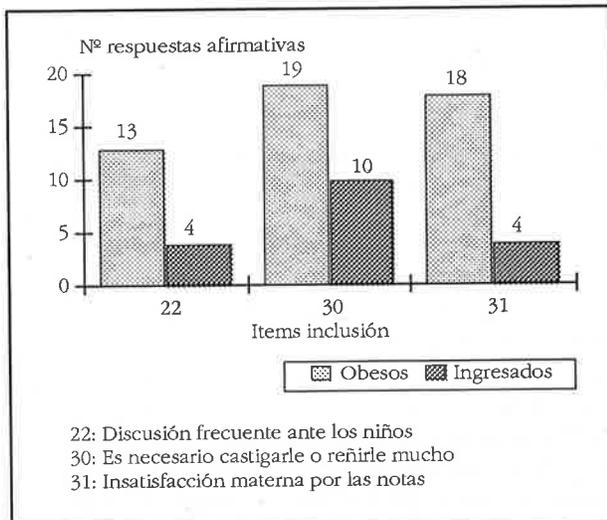


Figura 4. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos y niños ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

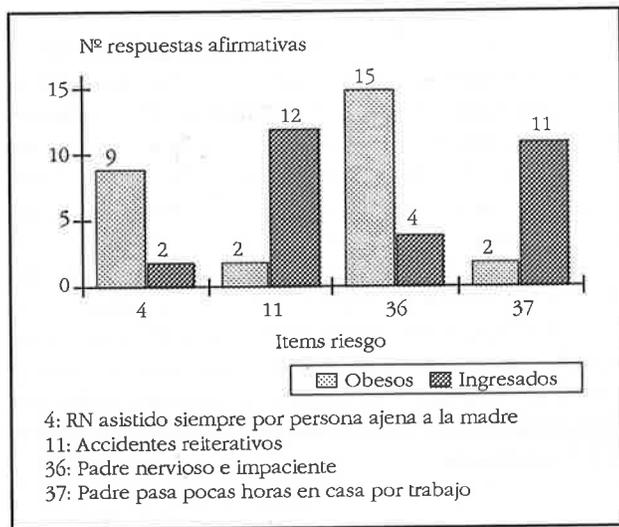


Figura 5. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos y niños ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

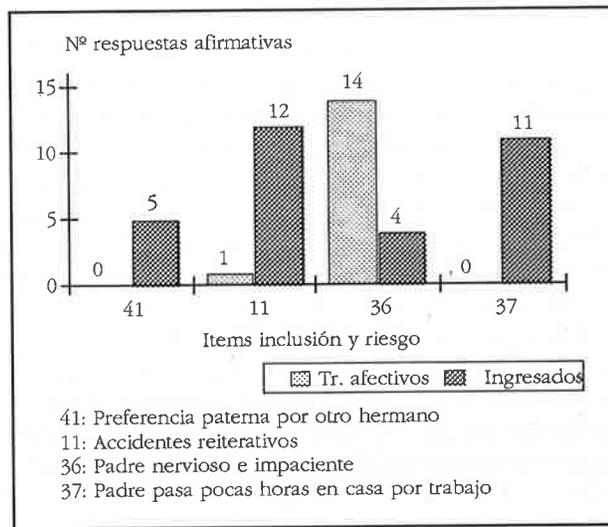


Figura 6. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre TR. Afectivos y pacientes ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

ansiedad que ello le generaría. En este sentido intervendría también el ítem "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" (36), en el cual la elevada frecuencia de presentación es pareja en el Grupo Experimental y el Grupo Control A con respecto a la baja frecuencia observada en el Grupo Control B; una vez

más, podían ser los sentimientos de ansiedad e inseguridad transmitidos al hijo por un padre que se autodefine como nervioso e impaciente, el nexo común entre ambos trastornos (obesidad y trastornos afectivos). Lo mismo cabría decir del ítem: "Es necesario castigarle o reñirle mucho" (30), el cual aparece en una frecuencia

244 significativa superior en los niños obesos cuando se comparan con el Grupo de Niños Hospitalizados, lo cual nos sugiere que quizá el niño trate de buscar de forma compensatoria en la comida las recompensas y satisfacciones que no encuentra en un ambiente familiar exigente y poco gratificante. Ello nos recuerda a la hipótesis de Cobo⁽¹⁴⁾ para el que el panículo adiposo constituiría una "barrera" o "coraza" para soportar la hostilidad del contexto.

Con respecto al *Grupo Control A (Transtornos Afectivos)* hay que comentar que no hemos hallado ningún ítem dentro de los 60 que componen el I.D.M.I. que sea característico o específico de este grupo. Las diferencias que se obtienen en el ítem: "Su hijo ha tenido poco peso para su edad" (8) cuando se compara con el grupo de niños obesos parece responder más a la inexistencia de antecedentes de bajo peso en los niños que son obesos en el momento del estudio que a la presencia real de estos antecedentes de bajo peso en los niños con trastornos afectivos. Ello se confirma por el hecho de que tales diferencias no se aprecian cuando se compara este ítem con respecto al grupo de niños hospitalizados o al comparar los tres grupos entre sí.

En lo concerniente al *Grupo Control B (Niños Hospitalizados)*, se detectan frecuencias significativamente elevadas al comparar con los otros dos grupos en los ítems: "Su hijo ha tenido algún accidente importante" (11) y "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" (37). En ambos casos parece sugerirse la omisión de cuidados o atención al niño por parte de los padres, si bien hay que advertir que el ítem: "Su hijo ha tenido algún accidente importante" (11) podría estar sesgado o sobrevalorado por la especial sensibilidad en el recuerdo de los padres acerca de acontecimientos vitales del pasado relacionados con su hijo que tiene lugar en el momento de la hospitalización, sobre todo

cuando se trata de enfermedades graves o crónicas. También se detecta con mayor frecuencia en los niños hospitalizados, cuando se compara con el Grupo de niños con trastornos afectivos el ítem: "El padre tiene preferencia por alguno de los hermanos o hermanas del niño" (41), lo cual parece apuntalar la sospecha de la existencia de un padre ausente o con preferencia hacia otros hermanos en los niños hospitalizados o con tendencia a enfermar.

Otro dato que merece la pena comentar es la homogeneidad que presentan los resultados del I.D.M.I. en su aplicación a los tres grupos muestrales si lo analizamos de forma global, ya que de los 60 ítems que componen este inventario, tan sólo hemos obtenido diferencias significativas en siete de ellos, lo que avala al I.D.M.I. como un instrumento válido y estable en la detección de los malos tratos psíquicos en la infancia.

CONCLUSIONES

El estudio del maltrato psíquico infantil entraña un extraordinario interés por su influencia decisiva sobre el desarrollo madurativo del niño y su interacción con otras patologías somáticas y psíquicas. En los niños obesos, se sugieren indicios de desorganización familiar, desplazamiento de cuidados del niño hacia otras personas y determinadas actitudes en los padres que podrían actuar sobre la ansiedad del niño canalizándola hacia la conducta alimentaria. En los niños hospitalizados parecen hallarse indicios acerca de una omisión de cuidados especialmente por parte del padre, que puede manifestarse como padre ausente o que prefiere a otros hermanos del niño. El I.D.M.I. se muestra como un instrumento válido en la detección del maltrato psíquico en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Maya E, Bermejo T, González-Meneses A. *Maltrato infantil Trabajo monográfico para la asignatura de Psiquiatría Infantil*. Sevilla: Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. 1995.
- 2 Christoffel KK, Forsyth BWC. Mirror image of environmental deprivation: severe childhood obesity of psychosocial origin. *Child Abuse Negl* 1989;13(2):249-256.
- 3 Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation (see comments). *South Med J* 1991;84(3):328-331.
- 4 Felitti VJ. Childhood sexual abuse depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study (see comments). *South Med J* 1993;86(7):732-736, Jul.
- 5 Kanter RA, Williams BE, Cummings C. Personal and parental alcohol abuse and victimization in obese binge eaters and nonbingeing obese. *Addict-Behav* 1992;17(5): 439-445.
- 6 Franker HM, Staeheli J. Childhood sexual abuse and adult obesity (letter; comment). *South Med J* 1992;85(6):671.

- 7 Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;**150**:1472-1479.
- 8 Hernández J. Abuse may cause eating disorders in some adolescents. *Am Fam Phys* 1993;**47**(8):1846.
- 9 Lissau I, Sorensen TI. Parenteral neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994;**343**(8893):324-327.
- 10 Kopp N. The incidence of sexual abuse in women with eating disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994;**44**(5): 159-162.
- 11 Boan DA. Childhood sexual abuse (Letter; Comment). *South Med J* 1994;**87**(6):675.
- 12 Bruch H. Development obesity and schizophrenia. *Psychiatry* 1985;**21**:65.
- 13 Bruch H. Disturbed communication in eating disorders. *Am J Ortho-psychiatr* 1973;**33**:1.
- 14 Cobo Medina C. *Psicopatología infantil*. Madrid: Laboratorios Roche, 1983.

S. Arxé Closa
J. Tomás Vilaltella
M. Sahún Cacho

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

Correspondencia:
Salvador Arxé Closa
Centre Psicològic Gaudí
C/ Valencia 423, pral. 1ª
08013 - Barcelona

C.E.D.P.I. - 95 : Valoración del lenguaje del cuestionario epidemiológico para la detección de patología de inhibición en población infantil (de 9 a 11 años)

C.E.D.P.I. - 95 : evaluation language of epidemiological questionnaire for detection inhibition pathology in child population

RESUMEN

Este trabajo se basa en una revisión y posterior valoración de la comprensión del lenguaje del indicador C.E.D.P.I. - 90, publicado en nuestra Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil en el nº1 de 1991. Para ello se ha utilizado una muestra de 142 niños/as entre 9 y 11 años. A partir de los resultados obtenidos, se han modificado varios items, el cuadernillo de respuesta, las plantillas de corrección y la forma de recoger la información. Se ha tenido en cuenta las variables edad, sexo y tendencia de respuesta. Todo ello es imprescindible para que finalmente, dicho cuestionario-indicador sea validado y utilizado en el trabajo de los profesionales en Salud Mental.

PALABRAS CLAVE

Cuestionario-indicador; Tendencia de respuesta; Patología de inhibición; Edad; Sexo.

ABSTRACT

The study is based on revision and a later evaluation of children's language comprehension of C.E.D.P.I. - 90. (CEDPI-90 was published in the magazine «Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil» - Children-ten Psychiatry - in the first number of 1991). 142 Children of ages between 9 and 11 years old have been tested. Knowing the results, we have changed several items, the answer sheet, the correction pattern and the way information is gotten. We have payed attention to the age, sex, and «answer tendency» of children. All of what we have done has been needed for the CEDPI to be improved. Now, Mental Health professionals may work with the improved CEDPI, as we wish.

KEY WORDS

Indicator-Questionnaire; Answer tendency; Inhibition pathology; Age; Sex.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está basado en otro anterior publicado en la revista de psiquiatría infanto-juvenil (número 1 de 1991). En ese artículo, explicábamos que era el C.E.D.P.I. - 90 (C-90), un cuestionario-indicador elaborado con la intención de que mostrara la posible existencia de patología de inhibición en población escolar infantil de 7 a 11 años. Constaba de 90 ítems, que agrupaban seis grandes subcategorías: ansiedad, panick attack, depresión, fobias, obsesiones y trastornos esquizo-afectivos.

El objetivo principal de este trabajo consiste en la valoración de la comprensión del lenguaje de los ítems del C-90, referente a como los niños/as entienden las 90 proposiciones del cuestionario tanto de contenido como de sintaxis.

Hemos trabajado con tres variables, *edad*, *sexo*, *edad+sexo*. Creemos necesario destacar que ya desde un principio se ha reducido la amplitud de la variable *edad*. En el C.E.D.P.I. - 95 (C-95) se considera únicamente el intervalo de 9 a 11 años.

Después de aplicar el C-90 a una muestra escolar de estas características, se ha confeccionado un instrumento más preciso, comprensible y mejor adaptado, que es algo distinto al modelo original. Se han cambiado algunos ítems, se ha facilitado la comprensión de otros, se ha modificado la hoja de respuesta (cuadernillo), se han renovado las plantillas de corrección y finalmente, hemos conseguido mejorar globalmente el uso del C-90 para reconvertirlo en el actual C-95.

Posteriormente, en un próximo trabajo, analizaremos la utilidad clínica de nuestro instrumento indicador C-95 validando los resultados obtenidos y comparándolos con escalas, cuestionarios e inventarios aceptados internacionalmente (S.T.A.I.C., C.D.I., etc.).

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra escolar utilizada han sido 142 alumnos de la escuela «Pere Vergés» de Badalona, provincia de Barcelona, de 4º, 5º, y 6º de E.G.B. De los 142 cuestionarios, se han invalidado un total de 6, por deficiencias o errores en los datos de edad y sexo. De los 136 restantes, 79 eran niños y 57 niñas. El total de niños dispuestos por edades quedó de la forma siguiente: 29 de 9a., 27 de 10a. y 23 de 11a.

El total de niñas quedó: 25 de 9a., 26 de 10a. y 6 de 11a.

Tabla 1 Muestra total utilizada considerando las dos variables estudiadas: sexo y edad

Edad	Varones		Hembras		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
9 años	29	37	25	44	54	40
10 años	27	34	26	46	53	39
11 años	23	11	6	10	29	21
Totales	79	58	57	42	136	100

La pasación del C-90, se realizó por cursos de E.G.B., empezando por los de cuarto año y finalizando con los de sexto.

Se explicaron las instrucciones para responder los ítems y se advirtió que cualquier duda en la comprensión de los mismos fuera preguntada a los examinadores. Ese fue el criterio a partir del cual se trabajaron y reconvirtieron algunas expresiones que no se entendían o que aportaban confusión a los niños. Se separaron los ítems dudosos de los que se entendían perfectamente, y fueron modificados parcial o totalmente con tal de conseguir la adecuada comprensión de los mismos, por parte de todos los niños. Realizados estos cambios, el nuevo cuestionario resultante (C-95) queda tal como se presenta en el anexo 1, en su versión de lengua castellana.

RESULTADOS

Al analizar los ítems dudosos se tuvieron en cuenta tres variables: edad, sexo, edad+sexo. Cuando hablamos de ítems dudosos nos referimos a aquellos que han planteado dudas a los niños, sea porque no entendían una palabra, sea porque el sentido de la frase no quedaba lo suficientemente claro.

Según la variable sexo obtenemos los siguientes datos

Total de la población de niños = 79 (58%)

Total de la población de niñas = 57 (42%)

De los 79 niños, 34 (43%) mostraban problemas de comprensión parcial o total de los ítems. La distribución de estos 34 niños es: 14 (41%) de 9a., 12 (35%) de 10a. y 8 (24%) de 11a.

De las 57 niñas, 18 (32%) mostraban problemas de comprensión parcial o total de los ítems. La distribución

248

Tabla 2 Dificultades de comprensión parcial o total según sexo (niños). Distribución

N = 34 43%		
9 años 14 (41%)	10 años 12 (35%)	11 años 8 (24%)

Tabla 4 Dificultades de comprensión parcial o total según edad de 9 años (niños y niñas). Distribución

N = 20 39%	
14 (67%) niños	7 (33%) niñas

Tabla 6 Dificultades de comprensión total o parcial según edad de 11 años (niños y niñas). Distribución

N = 11 38%	
8 (73%) niños	3 (27%) niñas

de estas 18 niñas es : 7 (39%) de 9a., 8 (44%) de 10a. y 3 (17%) de 11a.

Según la variable edad obtenemos los siguientes datos

Total de la población de 9 años = 54 (40%)

Total de la población de 10 años = 53 (39%)

Total de la población de 11 años = 29 (21%)

De los 54 niños/as de 9a. (40%), 21 (39%) mostraban problemas de comprensión total o parcial de los items. La distribución de estos 21 niños/as es : 14 (67%) son niños y 7 (33%) son niñas.

De los 53 niños/as de 10a. (39%), 20 (38%) mostraban problemas de comprensión total o parcial de los items. La distribución de estos 20 niños/as es : 12 (60%) son niños y 8 (40%) son niñas.

De los 29 niños/as de 11a. (21%), 11 (38%) mostraban problemas de comprensión total o parcial de los items.

Tabla 3 Dificultades de comprensión parcial o total según sexo (niñas). Distribución

N = 18 32%		
9 años 7 (39%)	10 años 8 (44%)	11 años 3 (17%)

Tabla 5 Dificultades de comprensión parcial o total según edad de 10 años (niños y niñas). Distribución

N = 20 38%	
12 (60%) niños	8 (40%) niñas

La distribución de estos 11 niños/as es : 8 (73%) son niños y 3 (27%) son niñas.

Según la variable edad+sexo obtenemos los siguientes datos

Total población niños de 9 años = 29 (21%)

Total población niños de 10 años = 27 (20%)

Total población niños de 11 años = 23 (17%)

Total población niñas de 9 años = 25 (18%)

Total población niñas de 10 años = 26 (19%)

Total población niñas de 11 años = 6 (5%)

Mostraban problemas de comprensión total o parcial de los items, respectivamente, 14 (48%) de los niños de 9 años, 12 (44%) de los niños de 10 años, 8 (35%) de los niños de 11 años, 7 (28%) de las niñas de 9 años, 8 (31%) de las niñas de 10 años y 3 (50%) de las niñas de 11 años.

En base a los resultados obtenidos, decidimos utilizar las fórmulas estadísticas de comparación y significación de porcentajes, con un nivel de confianza del 99% (alpha = 0,01), comparando los porcentajes muestrales según las variables estudiadas (edad, sexo, edad+sexo) de la comprensión adecuada versus la no comprensión total o parcial de los items.

Dichas fórmulas son las siguientes :

$$Z_1 = \frac{|W_1 - W_{pob}|}{DT_{Wpob}} \quad DT_{Wpob} = \frac{W_{pob}(100 - W_{pob})}{N_1}$$

Tabla 7 Dificultades de comprensión total o parcial según variable edad+sexo en niños y niñas. Distribución

Sexo	Edad						
	9 años		10 años		11 años		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	
Niños	14	48	12	44	8	35	34 43
Niñas	7	28	8	31	3	50	18 32
Total	21	39	20	38	11	38	52 38

Si $Z_1 < Z_{\alpha}$ (2'58), entonces la diferencia no es significativa y posiblemente se debe al azar.

Si $Z_1 > Z_{\alpha}$ (2'58), la diferencia es significativa y algún factor o factores explican esta diferencia.

Los resultados obtenidos pueden observarse en la tabla 8:

DISCUSIÓN

Una vez finalizada la pasación del cuestionario-indicador C-90, con los resultados obtenidos, modificamos los items dudosos.

Fueron especialmente diez los que más veces se repetían, y son respectivamente los nºs. 10, 28, 29, 31, 60, 63, 64, 67, 69 y 70.

Otros items aparecían esporádicamente y no se consideró la necesidad de cambiarlos puesto que la comprensión global era correcta y el problema se reducía a la temporalidad (a veces, muchas veces, siempre, nunca) con lo que algún niño/a nos decía «depende». Terminada la reestructuración, el nuevo cuestionario obtenido lo hemos llamado C-95 (ver anexo 1) al que ya solo falta validarlo clínicamente trabajando con otra variable «Tendencia de respuesta», que proporcionará información de si los resultados obtenidos indican o no la posible existencia de patología de inhibición.

Debemos comentar que las modificaciones realizadas, tienen en cuenta lo que preguntaban los niños, adaptando en lo posible la intención del ítem para que no pierda su valor indicativo.

Otro de los aspectos importantes a valorar es la influencia de la pasación en grupo, puesto que advertimos que algunos niños hablaban entre ellos, copiaban algunas respuestas o se explicaban entre si lo que no entendían. Los examinadores controlaron esta situa-

Tabla 8

Sexo	Edad			Total
	9 años	10 años	11 años	
Niños	Z=1,32 No signif.	Z=1,09 No signif.	Z=0,63 No signif.	Z=2,70 Signif.
Niñas	Z=1,61 No signif.	Z=1,53 No signif.	Z=3,26 Signif.	Z=1,53 No signif.
Niños y niñas	Z=0,15 No signif.	Z=0,14 No signif.	Z=2,24 No signif.	

ción pero es necesario tenerlo en cuenta especialmente en lo referente a la validez y fiabilidad que pueda tener el C-95.

CONCLUSIONES

Con respecto a la variable «sexo», hemos observado que:

- En los niños, la comprensión de los items es directamente proporcional a la edad, es decir, a más edad más facilidad de comprensión. Estadísticamente, todas las diferencias son *no significativas* en los diferentes grupos de edad, aunque *obtenemos diferencias significativas* con respecto a las niñas (resto de la población) lo que indicaría mayores dificultades de comprensión en los varones.
- En las niñas, nos encontramos que el grupo de edad de 10 años tiene mayores dificultades de comprensión que el de 9 y 11 años respectivamente. Estadísticamente, *se observan diferencias significativas* en el grupo de 11 años, debido a la pobre muestra valorada (sólo hay 6 niñas de 11 años en el total de la población). Con el resto de la población, no observamos diferencias significativas, lo cual parece indicar una mejor comprensión de las hembras.

Con respecto a la variable «edad», hemos observado que:

- En todos los grupos, los niños muestran mayor dificultad de comprensión que las niñas.
- En todos los grupos de edad, existe una homogeneidad en lo que se refiere a la comprensión de los items, es decir, las dificultades de comprensión se mantienen similares en cuanto a porcentajes (de 9 a 11 años son respectivamente 39, 38 y 38%).

- 250 - *Estadísticamente, no se observan diferencias significativas* en ninguno de los grupos de edad.
Con respecto a la variable «*edad+sexo*», hemos observado que *se confirman los datos anteriormente descritos*, aunque en las hembras, los porcentajes de no

comprensión total o parcial son menores que en los varones y se incrementan a mayor edad. Esto puede explicarse por el menor número de hembras que de varones del total de la población. Estadísticamente, *no existen diferencias significativas*.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tomás J, Oliva B, Arxé S, Bassas N, Trías M. Cuestionario para la detección de patología de inhibición en población escolar (7-11 años). C.E.D.P.I.-90. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;(1):71-77.

Anexo 1 C.E.D.P.I.-95 (C-95). Cuestionario indicador en su versión de lengua castellana

DATOS A COMPLETAR DEL C-95

Apellidos y nombre :
Fecha de nacimiento:
Escuela:
Curso:

Edad :

INSTRUCCIONES

- El cuestionario consta de 90 preguntas que tienes que contestar poniendo una cruz en la casilla del SI (si estás de acuerdo) o una cruz en la casilla del NO (si no estás de acuerdo).

- EJEMPLO : Me gusta mucho tocar la guitarra

Si es cierto, entonces debes hacer:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si no es cierto, entonces debes hacer:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Cuando hayas respondido a todas las preguntas, has terminado.
- Se han de contestar todas las preguntas, sin dejarte ninguna.
- Si te equivocas, tacha la casilla que no valga y haz una cruz en la otra.
- SI TIENES DUDAS O NO ENTIENDES ALGUNA PALABRA, MARCALA Y PREGUNTALO A LA PERSONA QUE TE PASA EL CUESTIONARIO.
- Pasa la página y empieza cuando te lo digan

E. Domènech Llaberia

Evaluación psicopatológica del
abuso sexual en el niño

Catedrática de Psicopatología.
Departamento de Psicología de la Salud,
Universidad Autónoma, Barcelona

*Psychopathologic assessment of
the sexually abused child*

RESUMEN

Se estudia la evaluación del niño que ha sido víctima de abuso sexual, desde una doble vertiente, clínica y judicial. Se insiste en la importancia de hacer una evaluación correcta, que permita esclarecer los hechos y proteger al menor. Se dan pautas para realizar dicha evaluación y se describen algunos instrumentos concretos tales como el «Child Sexual Behavior Inventory» o CBSI y las muñecas anatómicas. También se trata el diagnóstico diferencial del abuso con las falsas declaraciones de abuso sexual.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual infantil; Evaluación clínica del abuso sexual.

ABSTRACT

The assessment of the sexually abused child is studied from both clinical and legal sides. An accurate evaluation will allow the elucidation of the facts and the protection of the child. Guidelines for this assessment are given and instruments such as the «Child Behavior Inventory» (CBSI) and Anatomical Dolls are described. False statements and differential diagnosis of abuse allegations are also considered.

KEY WORDS

Child sexual abuse; Clinical evaluation of sexual abuse.

INTRODUCCIÓN

Estudios de incidencia más o menos imperfectos han revelado que aproximadamente un 1% de los niños norteamericanos sufre alguna forma de abuso sexual cada año⁽¹⁾. El abuso puede ocurrir dentro de la familia o en la escuela u otro contexto extrafamiliar. Este problema que ha sido silenciado durante mucho tiempo está empezando a aflorar a la luz pública, apareciendo en los periódicos y dando lugar a un gran incremento de demandas en los juzgados. Este fenómeno también ocurre en España y ha promovido la necesidad de evaluar a los niños que presumiblemente han sido abusados.

La evaluación puede tener dos objetivos: uno clínico, para determinar si el niño presenta un trastorno emocional o un estrés postraumático; otro forense, para ayudar a saber si el abuso ocurrió de verdad y quién fue el culpable.

Las preguntas que se plantean, ante un niño que puede haber sido objeto de abuso sexual, son las siguientes:

- ¿Existió realmente el abuso?, ¿existe actualmente? o bien ¿es que nunca existió?
- ¿Requiere el niño protección?
- Necesita tratamiento médico y/o psiquiátrico?

La respuesta a estas tres preguntas únicamente la pueden proporcionar clínicos con experiencia suficiente en este área, que sepan manejar instrumentos de evaluación adecuados e interpretar correctamente la información recogida.

Una evaluación incorrecta puede perjudicar al niño aumentando el estrés que ya de por sí provoca el abuso, acusar a inocentes, destrozar unas relaciones familiares y alterar la información solicitada por un juzgado.

La evaluación incorrecta puede ser debida al contexto en el que tiene lugar la evaluación, a una mala elección de los profesionales para realizarla, al uso de instrumentos inadecuados, a la adherencia acrítica a los resultados obtenidos en la evaluación, o a sesgos en la información solicitada. No se pueden sacar conclusiones válidas a partir de una información sesgada.

Se ha señalado que la evaluación del abuso sexual era una tarea multidisciplinaria⁽²⁾. No debería prescindirse en ningún caso de la evaluación pediátrica ni de la evaluación psicológico-psiquiátrica. Este trabajo trata solamente de esta última, y debe luego ser contrastada con la exploración orgánica del niño que ha sido presuntamente abusado.

MÉTODO

Antes de describir los instrumentos y las técnicas para evaluar el abuso sexual en el niño queremos dar algunas pautas generales para este tipo de evaluaciones.

Las pautas que sugerimos a continuación están adaptadas de las que dio la Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente en 1988⁽³⁾.

Elección correcta del evaluador

Este debería tener una buena preparación en psiquiatría infantil y en psicodiagnóstico infantil y al mismo tiempo ser capaz de testificar ante los tribunales, de manera que se sienta cómodo cuando deba hacerlo. Es importante que no sea la misma persona quien testifique y quien se encargue de la terapia del niño. El terapeuta tiene el deber de mantener la confidencialidad. Hay casos en los que el que actúa de testigo no puede comprometerse a mantenerla y esto deben saberlo el niño o sus responsables legales.

Lugar y duración de la entrevista con el niño

Debería elegirse un sitio relajado y neutral para evaluar al niño. En general el juzgado no es un buen sitio para ello. De otra parte, la entrevista debe realizarse sin prisas. Puede ser necesario examinar al niño en más de una sesión para no cansarle. Pero debería citársele el mínimo de veces que sea necesario con el objeto de prevenir la posible confabulación. Para evitar el estrés del niño es conveniente que actúe el mínimo número posible de evaluadores. Esta norma no se tiene en cuenta en muchos casos de divorcio de los padres, cuando ambas partes someten al niño a un examen psicológico.

Elección de los informantes

El principal informante debe ser el propio niño. Este debe ser entrevistado solo⁽⁴⁾. Además, se recogerá la información de aquellas personas relevantes del entorno. Entre éstas están ambos padres, los maestros y todos aquellos que hayan estado últimamente en contacto directo con el niño. En el caso de abuso intrafamiliar, es imprescindible que la evaluación del niño se acompañe

256 de una entrevista psiquiátrica con cada uno de los padres por separado. Finalmente queremos añadir que una evaluación del funcionamiento familiar constituye una parte esencial de la evaluación del abuso sexual infantil⁽⁶⁾.

Valoración del examen psicológico del niño

El examen psicológico del niño puede ser útil para contestar a las preguntas que planteaba en un principio sobre la veracidad del abuso y las posibles consecuencias traumáticas siempre y cuando no se pida a este examen más de lo que puede aportar y no se saquen más conclusiones de lo que permita en rigor un estudio psicológico de un niño. Deben tener muy claro, no solamente los evaluadores sino y sobre todo las personas a las que va dirigido el informe de un examen psicológico, en especial los profesionales de la justicia, que los tests solos no permiten hacer un diagnóstico de abuso sexual.

Consideración de las posibles falsas declaraciones

Debería considerarse siempre la posibilidad de falsas declaraciones, tanto de los niños como de los padres. En el caso de falsas alegaciones en una separación de los padres, no bastan los exámenes psicológicos que aporte una sola de las partes.

Valoración de la credibilidad del niño

Los factores que pueden alterar el relato de los hechos por parte del niño son diversos. Unos son consecuencia de la inmadurez cognitiva, comprensión insuficiente de los hechos, poca memoria, mala percepción del tiempo transcurrido (debe observarse si las explicaciones en tiempos diferentes son concordantes), dificultades en el lenguaje (se aconseja dejar al niño que explique los hechos de forma espontánea, con sus propias palabras). Otros son debidos a factores emocionales tales como la ansiedad o la dependencia de personas del entorno por las que se puede fácilmente dejar sugestionar. Otros pueden ser la inmadurez sexual y el desconocimiento de las conductas sexuales normales, y finalmente cualquier tipo de psicopatología.

Necesidad de contrastar la evaluación psicológica con el resultado de la evaluación médica

El examen médico debería realizarse antes de que hayan transcurrido setenta y dos horas del abuso sexual. Es conveniente que el examen genital se haga dentro del contexto de un examen médico global y que, a ser posible, el forense se abstenga de formular preguntas al niño, que ya se hicieron en un examen psiquiátrico.

Consideraciones éticas del informe de evaluación

Desde un principio debería abordarse cualquier caso de abuso sexual sin prejuicios previos, y evitar de forma tajante cualquier sugestión y coacción. Lo más importante es proteger los intereses del niño. De acuerdo con este objetivo debe plantearse a menudo si se puede permitir que el niño vuelva a casa y si debe recibir un tratamiento psiquiátrico.

Posibles modificaciones a la evaluación clínica

En algunos casos el evaluador no llega a saber si el abuso ocurrió. Debe estar dispuesto a hacer modificaciones al informe que emitió, si posteriormente recibe más información de la que tenía cuando realizó la primera evaluación bien sea para corroborar sus conclusiones o para modificarlas.

El diagnóstico del abuso sexual

No se puede hacer a partir de un solo dato o de unos resultados parciales. La evaluación psicológica por ejemplo no es suficiente para realizar un diagnóstico de abuso. Hacen falta además como mínimo, un examen médico, una valoración psiquiátrica y la información recibida de diferentes informantes. Para realizar un diagnóstico de abuso sexual los hallazgos deben ser interpretados dentro del contexto de una evaluación global.

MATERIAL: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL ABUSO SEXUAL

Un elemento importante para la evaluación del abuso es la elección adecuada de los instrumentos de

evaluación. Además de los instrumentos clásicos tales como el dibujo del niño o los tests proyectivos el evaluador debe poder hacer uso de técnicas más recientes como por ejemplo los cuestionarios de evaluación conductual o las muñecas anatómicas. Describiré muy brevemente algunas de estas técnicas.

El dibujo infantil y otras pruebas proyectivas

La utilización del dibujo para la evaluación psicológica es una técnica muy antigua. Los niños disfrutaban dibujando y suelen hacerlo de forma espontánea. Los niños con dificultades de expresión encuentran en el dibujo una forma de lenguaje más a su alcance. Los que han sufrido un trauma como es el abuso sexual pueden plasmar en sus dibujos lo que no saben o no se atreven a decir con palabras. En este caso tanto puede servir el dibujo libre como el dibujo dirigido. En este segundo caso se puede pedir al niño que dibuje una figura humana o animal, una familia realizando algún tipo de actividad, un árbol, un paisaje, etc.

A los niños en que existe alguna sospecha de abuso se les suele pedir que dibujen al supuesto agresor, su familia, su casa, un sueño que hayan tenido, etc. Se puede sospechar que ha habido abuso cuando el niño revela a través de sus dibujos una preocupación por el sexo no propia de la edad. Diferentes autores han señalado que los niños que han sido víctimas de abuso pintan más genitales en sus dibujos^(6,7). También existe sospecha cuando es incapaz de dibujar o de terminar el dibujo del agresor, cuando hay inversión de papeles en el dibujo de la familia o bien no existe relación entre el dibujo de los personajes de una familia, o cuando se aprecian aspectos poco frecuentes en el dibujo de la casa como por ejemplo todas las puertas abiertas, o bien con muchos compartimentos cerrados o cuando el niño se dibuja en el exterior del edificio, etc. Quizá lo fundamental es la explicación que se pide al niño sobre lo que ha dibujado.

Además del dibujo se han utilizado en la evaluación del abuso sexual otras diversas técnicas proyectivas clásicas tales como el TAT⁽⁸⁾, el CAT⁽⁹⁾, el psicograma de Rorschach^(10,11), etc.

Los cuestionarios de evaluación conductual

Cuestionarios no específicos

Hasta hace poco tiempo los únicos cuestionarios que se empleaban eran listados no específicos de síntomas

sobre los que se preguntaba por lo general a los padres, a pesar de que ya se sabe que sus repuestas sobre la conducta sexual de sus hijos pueden estar sesgadas por sus opiniones sobre la sexualidad. Se utilizó especialmente el «Achenbach Child Behavior Checklist»⁽¹²⁾, hallándose más respuestas de conductas sexuales en los niños abusados⁽¹³⁻¹⁵⁾. Este cuestionario valora la conducta sexual de masturbación, identidad sexual, preocupación por el sexo, a partir de 6 ítems de los 113 del cuestionario. La conducta sexual suele ocupar muy poco espacio dentro de los cuestionarios no específicos.

Un cuestionario específico: el CSBI

El CSBI o «Child Sexual Behavior Inventory»⁽¹⁶⁾ es un cuestionario para padres de 35 ítems que evalúa la frecuencia de ciertos comportamientos que tienen que ver con la sexualidad durante los últimos seis meses. Está pensado para valorar el comportamiento sexual de los niños y niñas entre 2 y 12 años. Los ítems hacen referencia por ejemplo a agresión sexual, autoestimulación, identidad sexual, etc. y cada uno puntúa según una escala de 4 puntos. Se obtuvieron datos normativos en una muestra amplia de niños⁽¹⁷⁾. Se observa que la frecuencia de conductas sexuales varía mucho de unos niños a otros y que disminuye con la edad, más en las niñas. En un estudio posterior⁽¹⁸⁾ Friedrich y Gramsch demuestran la fiabilidad y la validez del CSBI para evaluar la conducta sexual de los niños que han sido abusados sexualmente.

Una cuestión importante es saber hasta qué punto el CSBI permite saber si ha habido abuso en un caso concreto. Sobre este punto parece ser que el CSBI es una prueba sensible para niños y niñas entre los 2 y los 6 años y para niños entre los 7 y los 12, y lo es mucho menos para las niñas de 7 a 12⁽¹⁸⁾. Incluso en el caso de los niños no se debe utilizar aisladamente: el resultado debe valorarse dentro de un marco de evaluación global, al lado de la entrevista, la observación, las pruebas proyectivas y el examen médico.

Las muñecas anatómicas

Hacia la mitad de la década de los ochenta, las muñecas de las niñas pasaron de ser asexuadas a tener sexo. A partir de entonces las muñecas con sexo a las que se denominó anatómicas se utilizaron para la evaluación del abuso sexual. Su uso se implantó muy

258 rápidamente en algunos países. También se crearon protocolos para entrevistar, utilizando muñecas con sexo, a los niños con sospecha de abuso sexual⁽¹⁹⁻²¹⁾. Se inventaron técnicas de exploración muy bien estructuradas en las que el niño tenía que desnudar a las muñecas, nombrar las distintas partes del cuerpo, incluyendo las zonas erógenas, indicar su función y jugar con muñecas de distinto sexo. Se podía examinar el comportamiento del niño con las muñecas tomando notas con lápiz y papel, usando vídeo y/o utilizando técnicas de observación directa.

Se observó que los niños que habían sufrido abuso manifestaban más conductas sexuales en su interacción con las muñecas anatómicamente correctas que los no abusados (22). Claro que la conducta sexual de los niños puede deberse a otras variables que no sean el abuso sexual. Hay actualmente enormes diferencias familiares en la educación sexual de los niños, en la exhibición de la desnudez dentro de la casa, en la libertad para contemplar escenas sexuales en la televisión, etc.

Parece bastante lógico el éxito de esta técnica puesto que la evaluación de los niños menores de siete años traumatizados por un abuso sexual no es nada fácil, dadas las limitaciones de su desarrollo cognitivo y de sus aptitudes de expresión verbal. Yates y Terr⁽²³⁾, en un debate a propósito de las muñecas anatómicas, manifestaron que así se podía ayudar a los niños entre 2 y 4 años a recordar y contar las experiencias pasadas.

Esta expansión del empleo de muñecas anatómicas para la evaluación en la década pasada no se acompañó de la suficiente investigación de su utilidad y validez⁽²⁴⁾, lo que dio lugar a que se criticara bastante esta técnica y que algunos pensaran que con las muñecas era fácil sugerir las respuestas de los niños. En un estudio realizado en California⁽²⁵⁾ sobre la validez de la evaluación con muñecas anatómicas se halló una sensibilidad del 33% y una especificidad del 67%. Estos resultados cuestionan la validez de esta técnica para ayudar al diagnóstico del abuso. Como señalaron Realmuto y cols.⁽²⁶⁾, comentando el estudio de California, la técnica de las muñecas anatómicas, para juzgar la probabilidad de que haya habido abuso, es insatisfactoria.

Éste, al igual que otros instrumentos psicológicos, servirá o no según la experiencia clínica de la persona que lo utilice, Pero en cualquier caso no debería nunca sustituir a la entrevista clínica.

La entrevista

La entrevista clínica es el instrumento-clave para el diagnóstico en psiquiatría infantil. Puede ser de muchos tipos. La entrevista abierta o libre requiere por parte del examinador una buena experiencia clínica. Cuando se trata de abuso sexual es necesario, además, tener experiencia en estos casos a fin de ser capaz de diferenciar el abuso de las falsas declaraciones de abuso, tema que se tratará en el apartado siguiente.

Actualmente existen formas alternativas a la entrevista abierta cuyo uso se está imponiendo cada vez más. Me refiero a las llamadas entrevistas estructuradas y semiestructuradas. Algunas tienen una versión para entrevistar al niño y otra para hacerlo a los padres. Tal es el caso de la K-SADS⁽²⁷⁾ o de la DICA⁽²⁸⁾. Recientemente se han incorporado a la Kiddie-Sads en su versión epidemiológica (K-SADS-E) preguntas específicas para evaluar el estrés post-traumático o PTSD (Post traumatic stress disorder), que sirven para la evaluación del estrés en el abuso sexual.

Se ha dicho que las entrevistas totalmente estructuradas pueden ser aplicadas por personas con escasa experiencia clínica, siempre y cuando se las entrene debidamente. No obstante pensamos que los niños que han sido víctimas de abuso sexual pueden estar emocionalmente muy alterados y ser muy vulnerables. En estos casos si el entrevistador no tiene una experiencia clínica puede que no obtenga del niño la información que desea o que saque una impresión falsa de lo que sucedió o que incremente el estrés del niño. Durante la entrevista diagnóstica debe explorarse la credibilidad del niño. Por todo ello nuestra opinión personal es que no se puede dejar la entrevista clínica, en el caso que nos ocupa, en manos de personas inexpertas.

Recientemente tres investigadores⁽²⁹⁾ han desarrollado dos entrevistas estructuradas para ser aplicadas a niños víctimas de abuso sexual. Estas entrevistas tienen por objetivo obtener información del niño y de los padres y cubren diversas áreas. Las han utilizado para evaluar los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual a niños que presentaban un estrés post-traumático como consecuencia de haber sido abusados sexualmente.

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DIFERENCIAL DE LAS ACUSACIONES FALSAS DE ABUSO SEXUAL

Al psiquiatra infantil se le pide con relativa frecuencia

que haga la evaluación de un niño que ha sido víctima de maltrato o de abuso, con la idea de que aclare si lo que se ha denunciado es verdad o es falso.

Las acusaciones falsas provienen más a menudo de los padres que de los niños. Las vemos a veces en la práctica clínica en las separaciones con disputas por la custodia de los hijos. También pueden partir del niño. Según Cantwell⁽³⁰⁾ el 90% de las acusaciones de abuso sexual que hacen los niños son verdad. Pero aunque así sea, la demostración de inocencia del 10% restante es lo suficientemente importante para que se aclare. Raskin y Esplin⁽³¹⁾ también opinan que la mayoría de acusaciones que hacen los niños son ciertas y que cuando no es así, puede deberse a tres causas: 1 - que el niño confunda la realidad con la fantasía; 2 - que el niño haya sido aleccionado por un adulto con malicia; 3 - que la acusación haya estado sugerida por un entrevistador anterior. En la práctica debe considerarse siempre la posibilidad de la acusación falsa.

Para establecer un diagnóstico diferencial entre el abuso y la acusación falsa de abuso remitimos al excelente trabajo de Bernet⁽³²⁾, del que resumimos algunas cuestiones.

Distinguiré entre las falsas acusaciones que parten de los padres, las que tienen por escenario principal al niño, las que se deben a fallos en la comunicación y alguna más.

Falsas acusaciones de los padres

- Pueden deberse a una patología «minor» o mayor, a intenciones maliciosas o a fallos en la educación y formación en el seno de las familias.
- Los padres pueden hacer una mala interpretación de lo que dicen los niños debido a un elevado nivel de ansiedad o al temor que les haya ocurrido algo grave. En estos casos pueden malinterpretar una conducta inocente y sugestionar al niño de que ha ocurrido algo malo. Me refiero a estos casos cuando hablo de patología «minor». Puede darse en madres sobreprotectoras, o con un trastorno por ansiedad excesiva. Igualmente puede ocurrir en padres ansiosos o histriónicos que sobrevaloran un comentario inocuo o un aspecto parcial de una conducta y la sitúan fuera del contexto en que tuvo lugar.
- Dentro de la patología mayor paterna colocaríamos al delirio paranoide que distorsiona la realidad y puede llegar a inducir en el niño la misma percepción

delirante al insistir reiteradamente en el hecho de que hubo abuso.

- Adoctrinamiento malintencionado de un niño que es utilizado en las peleas de una pareja que se encuentra bajo el estrés de una separación conflictiva.
- Errores procedentes de unas pautas educativas en el seno de las familias: hay familias en las que existe una hiperestimulación sexual y una erotización de los niños y adolescentes; bien sea porque los padres piensan que ésta es la mejor manera de educar a los niños para la vida que les espera, bien sea por ignorancia del desarrollo sexual de los hijos o por problemáticas mal resueltas de los progenitores. Estos niños hiperestimulados sexualmente pueden manifestar más conductas sexuales, lo que puede hacer pensar que haya existido abuso, puesto que se ha señalado reiteradamente que los niños que han sufrido abuso manifiestan más comportamientos sexuales que los no abusados^(33,34).

Falsas acusaciones de los niños

Pueden a su vez deberse a distintas causas:

- Que el niño confunda la realidad con la fantasía: Esto es frecuente y completamente normal en la etapa preescolar, especialmente hacia el final de esta etapa. Es un hecho que deben conocer los padres y los evaluadores.
- Que el niño vaya más allá y confabule. A veces se le pregunta a un niño sobre hechos que no recuerda o sólo recuerda parcialmente. Si se fuerza a que conteste y no quiere decepcionar al adulto fácilmente llena las lagunas de su memoria con su imaginación y fantasía e inventa parte del relato.
- Que el niño mienta: Un niño puede mentir de forma bastante inocente, hecho muy frecuente alrededor de los cuatro o cinco años, o bien puede mentir de forma deliberada para obtener algún tipo de beneficio, tanto en la etapa de la infancia como en la adolescencia. Finalmente Bernet⁽³²⁾ recupera, para explicar algunas falsas acusaciones de abuso sexual infantil, el concepto de pseudología fantástica, término introducido en el siglo pasado por Delbruck⁽³⁵⁾ para designar una forma de mentira patológica que consiste en contar historias falsas sin ningún motivo aparente, que el sujeto acaba creyendo que son ciertas.

- 260 • Que un adolescente haga interpretaciones erróneas. Pongamos por caso un adolescente que está obsesionado con el tema de la sexualidad e interprete una palmada en la espalda como una caricia sexual.
- Un adolescente también puede padecer un trastorno psicótico que se acompañe de un cuadro delirante que tenga un contenido en torno al tema de la sexualidad y que crea que ha sido abusado. Aunque poco frecuente, debe sin embargo tenerse en cuenta esta posibilidad.

Fallos en la comunicación

Pueden deberse a que el niño no entienda la pregunta que se le formula y la respuesta sea errónea por fallo de la comunicación.

También puede suceder que la forma de preguntar del entrevistador acabe sugiriendo la respuesta del niño y éste conteste lo que el evaluador piensa y espera. En este caso el error radica en el propio entrevistador por su incompetencia y sus ideas preconcebidas.

Otras posibles causas

Se ha sugerido todavía como posibles errores en la acusación el contagio de grupo. En tal caso el niño y los padres son víctimas de una verdadera «epidemia histérica» en la que los rumores que corren en una colonia de niños o en un pueblo los hacen suyos, se agrandan y se lo creen en la medida que concuerdan con sus propias necesidades emocionales.

Sustitución de la persona abusadora

Una posibilidad a tener en cuenta es la de que la acusación sea verdadera pero la falsedad esté en la persona a la que se acusa. El niño identifica mal a la persona que abusó de él. Esta sustitución puede deberse a muchas de las causas descritas como falsas acusaciones: confabulación, mentira maliciosa, mentira patológica, etc.

Para terminar solamente queremos insistir en que la evaluación del abuso sexual es un proceso muy complejo que se basa fundamentalmente en la habilidad del niño para comunicar su vivido a los profesionales y que requiere por parte de éstos mucha experiencia, preparación y prudencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 National study of incidence of child Abuse and Neglect. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 1988.
- 2 Dubowitz H, Black M, Harrington D. The diagnosis of child sexual abuse. *AJDC* 1992;146:688-693.
- 3 Council of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Guidelines for the Clinical Evaluation of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988.
- 4 Benedek E, Schetky D. Problems in validating allegations of sexual abuse. Part 2: clinical evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;26:916-921.
- 5 Merry S, Franzcp ChB, Andrews L, Franzcp ChB. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33:939-944.
- 6 Hibbard RA, Roghmann K, Hoekelman RA. Genitalia in children's drawings: An association with sexual abuse. *Pediatrics* 1987;79:129-137.
- 7 Yates A, Beutler LE, Crago M. Drawings by child victims of incest. *Child Abuse and Neglect* 1985;9:183-189.
- 8 Murray H. *Thematic Apperception Test Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1943.
- 9 Bellak L. *The TAT, CAT and SAT in clinical use*, 3rd ed. New York: Grune & Stratton, 1975.
- 10 Exner J. *The Rorschach: A comprehensive system (Vol. 1)*. New York: Wiley, 1974.
- 11 Exner J. *The Rorschach: A comprehensive system, current research and advanced interpretation (Vol. 2)*. New York: Wiley, 1978.
- 12 Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, 1983.
- 13 Cohen JA, Mannarino AP. Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect* 1988;12:571-577.
- 14 Einbender AJ, Friedrich WN. Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57:155-157.
- 15 Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza AJ. Behavior problems in young sexually abused boys. *Journal of Interpersonal Violence* 1988:11-17.
- 16 Purcell J, Beilke RL, Friedrich WN. *The Child Sexual Behavior Inventory: Preliminary normative data*. Paper presented at the 94th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC, August 1986.
- 17 Friedrich WN, Grambsch P, Broughton D, Kuiper J, Beilke RL. Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 1991;88:456-464.
- 18 Friedrich WN, Grambsch P. Child Sexual Behavior Inventory: Normative and Clinical Comparisons. *Psychological Assessment* 1992;4:303-311.

- 19 Boat BW, Everson MD. *Using Anatomical Dolls: Guidelines interviewing Young Children in Sexual Abuse Investigations*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Department of Psychiatry, 1986.
- 20 Shamroy JA. Interviewing the sexually abused child with anatomically correct dolls. *Social Work* 1987;Mar-Apr:165-166.
- 21 Friedemann V, Morgan M. *Interviewing sexual abuse victims using anatomical dolls: the professional's guidebook*. Eugene, OR: Shanrock Press, 1985.
- 22 Jampole L, Weber MK. An assessment of the behavior of sexually abused and non-sexually abused children with anatomically correct dolls. *Child Abuse and Neglect* 1987;11:187-192.
- 23 Yates A, Terr L. Debate forum: anatomically correct dolls should be used as a basis for expert testimony? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27:254-257.
- 24 Everson M, Boat B. Sexualized doll play among young children: implications for the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:736-742.
- 25 Amber B, Tiela B vs Ron B. *California Reporter* 236, 1987.
- 26 Realmuto G, Jensen J, Wescoe S. Specificity and sensitivity of sexually anatomically correct dolls in substantiating abuse: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:743-746.
- 27 Puig-Antich J, Chambers W. *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (Kiddie-Sads)*. New York: State Psychiatric Institute, 1978.
- 28 Herjanic B, Reich WC. Development of a structured psychiatric interview for children. Agreement between parent and individual symptoms. *Abnormal Child Psychology* 1982;10:307-324.
- 29 Deblinger E, McLeer S, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:747-752.
- 30 Cantwell HB. Sexual abuse of children in Denver. 1979: reviews for implications for pediatric intervention and possible prevention. *Child Abuse and Neglect* 1981;5:75-85.
- 31 Raskin DC, Esplin PW. Assessment of children's statements of sexual abuse. En: Doris J, ed. *The suggestibility of children recollections: implications for eyewitness testimony*. Washington, DC: American Psychological Association, 1991.
- 32 Bernet W. False statements and the differential diagnosis of abuse allegation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32:903-910.
- 33 Kolko DJ, Moser TM, Weldy SR. Behavioral/emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients: A controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse and Neglect* 1988;12:529-541.
- 34 Gale J, Thompson RJ, Moran T, Sack WH. Sexual abuse in young children: its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse and Neglect* 1988;12:163-170.
- 35 Delbrück. *Die pathologische lüge and die psychisch abnormen Schwindler*. Stuttgart: Enke, 1891.

J. L. Pedreira Massa

**Embarazo en la adolescencia:
dimensión psico-socio-sanitaria**

Paedopsiquiatría. Unidad Salud Mental Infantil de Avilés. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias. Profesor Asociado del Área de Psiquiatría. Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo

*Pregnancy of adolescent women:
healthy and social conditions*

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud de tipo socio-sanitario y constituye una de las principales causas de la existencia de familias monoparentales. En España existen pocos trabajos rigurosos para evaluar el problema, la tasa de prevalencia, estimada por nosotros, del embarazo en adolescentes (edad inferior a los 19 años) para 1991 fue del 17%. Problemas de tipo psicológico y psicosocial son descritos tanto en la madre adolescente como en sus bebés. La prioridad para la intervención psicosocial es de tipo preventivo y necesita un abordaje multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE

Madres adolescentes; Embarazo; Sexualidad; Psicosocial.

ABSTRACT

The pregnancy in adolescence is a health problem: monoparental families and other psychosocial and developmental adjustments between the adolescent mother and her baby. Also, the pregnancy and perinatal problems are described. In Spain we are short of research in order to assess this with scientific criteria. The prevalence rate of the pregnancy in adolescent women (below 19 years of age) during 1991 was 17%. Psychological and psychosocial difficulties are described in the adolescent mother and her baby. The priority, in order to develop an correct psychosocial intervention, is the implementation of a correct preventive policy in adolescents (sexuality education, family planning for adolescents) with a multidisciplinary team with specific training

KEY WORDS

Adolescent mothers; Pregnancy; Sexuality; Psychosocial.

INTRODUCCIÓN

La maternidad en la adolescencia junto con los hijos/as de matrimonios separados y/o divorciados constituyen la gran mayoría de lo que se viene denominando: familias *monoparentales*. Estas estructuras monoparentales están adquiriendo una gran importancia a tenor de las publicaciones internacionales y por el incremento de ellas en las sociedades desarrolladas.

La adolescencia, como edad de tránsito, representa una enrucijada de situaciones evolutivas, tanto psicológicas como sociales, cuyo substrato fundamental se encuentra en la emergencia de la sexualidad con toda su pujanza y todas sus contradicciones.

La prensa científica ha abordado este tema de forma inconstante, fundamentalmente han sido Revistas científicas Obstétrico-ginecológicas (magnitud del problema, relación con COF o IVE) y Pediátricas (caracterización del riesgo perinatal y del desarrollo, cuidados al bebé, etc.).

Evaluar con exactitud la magnitud del problema es difícil, lo cierto es que *para acercarnos a esa magnitud sólo tenemos cifras indirectas*: nacimientos anuales por edades aportado por el INE y las interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) según las cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo. Por otra parte podemos disponer de cifras de frecuentación de los COF por los/las adolescentes para evaluar la sexualidad y de forma mucho más imprecisa la asistencia de adolescentes embarazadas a centros de acogida y los bebés que se dan en adopción. Lo cierto es que dimensionar el problema es francamente difícil y dependen de multitud de factores que interactúan entre sí.

El gran debate sobre la maternidad en la adolescencia tiene varios puntos de interés: la información versus formación sexual de los/las adolescentes; el acceso de los/las adolescentes a los Centros de Orientación Familiar (COF) de la asistencia sanitaria tanto pública como privada y las condiciones en las que se realiza esta maternidad y las posibilidades de desarrollo del bebé-hijo/a de adolescentes. Como se puede ver el interés del tema es múltiple desde la perspectiva médico-social y también de la asistencia. Pero es el campo de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia donde toca de lleno: por la figura materna (una adolescente en situación de riesgo psicosocial aparente) y por el nuevo ser (un bebé que puede tener algún tipo de dificultades o precisar un tipo de apoyos), a este priori debe ser

confirmado con estudios científicos serenos de tipo longitudinal (inexistentes hoy en día) y con reflexión desde la práctica.

263

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha seguido una metodología de análisis retrospectivo de los datos de los que se disponen:

Partos en adolescentes

Se considera aquellos partos acontecidos en mujeres con 19 años y menos de esa edad:

1.1. *Fuente de información*: datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), solicitados y aportados por el Servicio de Estudio de Poblaciones del INE.

1.2. *Período de estudio*: los cinco últimos años de los que se disponía información.

1.3. *Datos solicitados*: distribución por edades y por Comunidades Autónomas, tanto de los partos totales como los de este rango de edad.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en adolescentes

2.1. *Fuente de información*: Ministerio de Sanidad y Consumo⁽¹⁾.

2.2. *Período de estudio*: similar al anterior y con mayor profundidad los años 1992 y 1993.

2.3. *Datos evaluados*: distribución por edades y por CC.AA. del número de IVE, utilizando de Centros de Orientación Familiar (COF) de las adolescentes que acudían a IVE, semanas de gestación en que solicitaban la consulta.

Actitudes de los/las adolescentes frente a la sexualidad y el embarazo

3.1. *Fuente de información*: estudios desarrollados por los COF de las Áreas piloto de un programa de prevención del embarazo en la adolescencia (Madrid, Cataluña, Andalucía, Asturias y Canarias). Se complementó con un estudio realizado por el Institut Valencià de Estudis de Salut Pública (IVESP).

3.2. *Datos evaluados*: aceptación del embarazo por parte de la adolescente y su entorno, actitud frente a la sexualidad y métodos de prevención del embarazo que

264

Tabla 1 Tasas de embarazo en mujeres adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años

País, año 1985	Tasa %o mujeres en ese rango de edad
EE.UU.	96
Francia	70
Inglaterra y Gales	44
Suecia	35
España	20
Países Bajos	14

Fuente: J.A. Flórez (1988)

utilizaron.

RESULTADOS

En la tabla 1 señalamos las cifras aportadas por diversos países desarrollados en el año 1985⁽²⁾. EE.UU. es el país que posee una tasa más elevada. Mientras que países como Suecia y países Bajos tienen unas tasas menores que otros como EE.UU., Inglaterra y Gales.

En España existen pocos estudios y hemos solicitado

al INE los datos disponibles y ha aportado los correspondientes a los años 1987 y 1989, ambos inclusive. En la figura 1 se esquematiza comparativamente la cifra de nacimientos totales en España y los acontecidos en mujeres cuya edad era inferior a los 20 años. Durante el período considerado ha existido un *evidente descenso del embarazo en la adolescencia en nuestro país*: tanto a nivel absoluto, pasando de 38.670 nacimientos en 1987 a 26.846 en 1991, como a nivel de la tasa que disminuyó del 20 por mil mujeres menores de 20 años en 1987 a una tasa del 14 por mil en 1991.

Pero también la tasa en relación a los nacimientos totales disminuyó de forma manifiesta en este período, pasando del 91 por mil nacidos en 1987 a una tasa de 68 por mil en 1991. No obstante existe un ligero incremento en la tendencia de los porcentajes de nacimientos en mujeres adolescentes comparados con el conjunto de las edades, a pesar de que en los últimos años se ha iniciado ya un evidente descenso (Fig. 2).

Por Comunidades Autónomas se confirma el descenso en todas ellas a lo largo de los cinco años evaluados (Fig. 3), pero el descenso del total de nacimientos ocurrido en este período en el total de las mujeres es de similar cuantía o ligeramente superior que el descenso en las adolescentes (Fig. 4). Se observa que la media del porcentaje de nacimientos en mujeres adolescentes

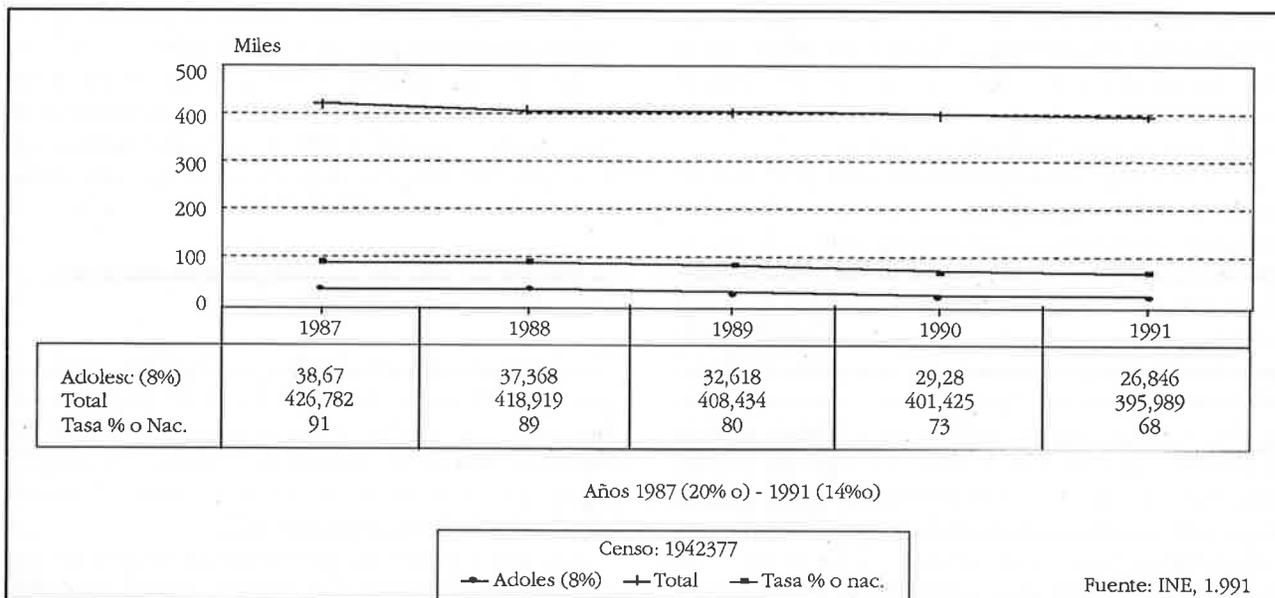


Figura 1. Nacimientos en adolescentes con edades comprendidas entre 15-20 a.

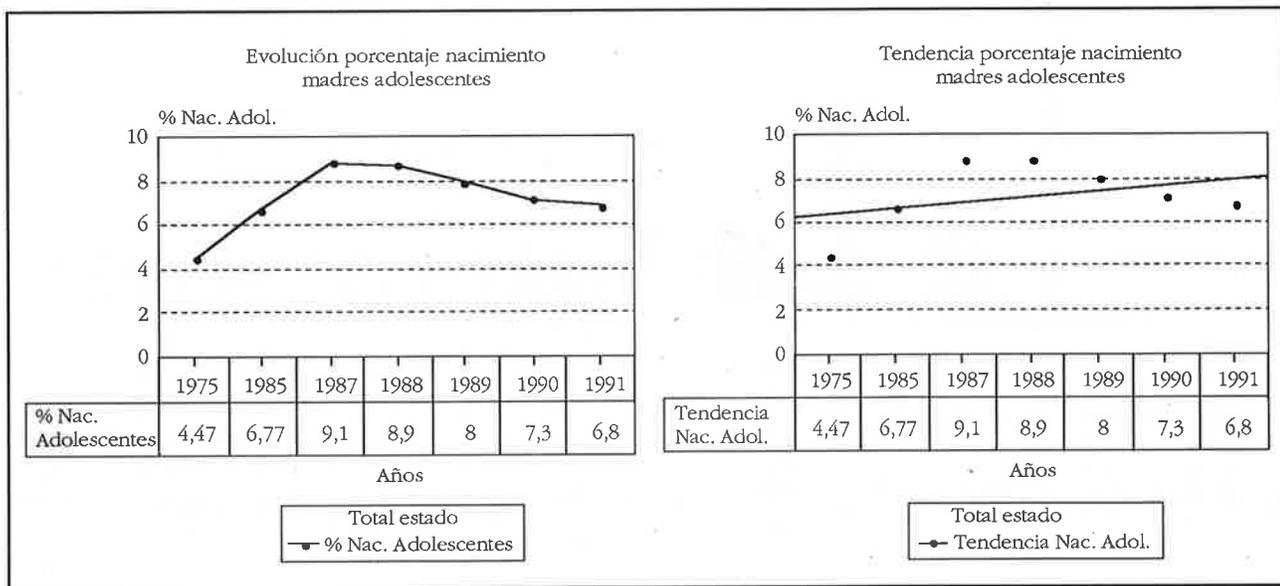


Figura 2. Evolución porcentaje nacimiento madres adolescentes. Tendencia porcentaje nacimiento madres adolescentes.

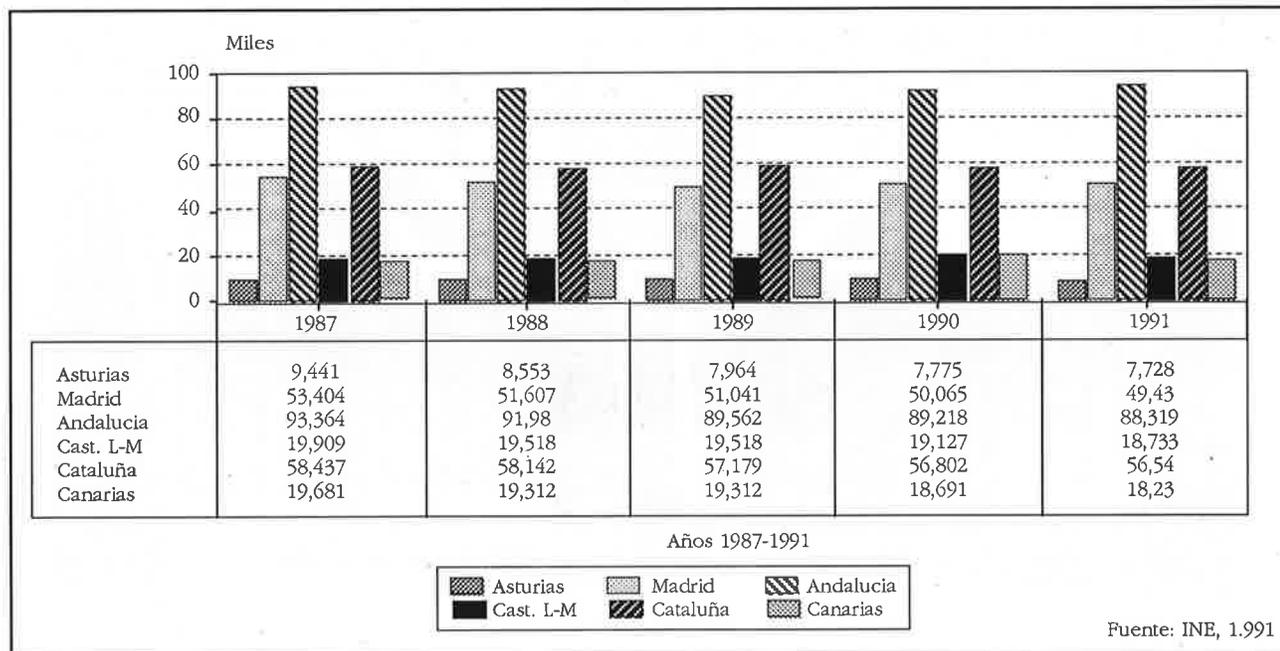


Figura 3. Nacimientos totales en mujeres por comunidades autónomas

266

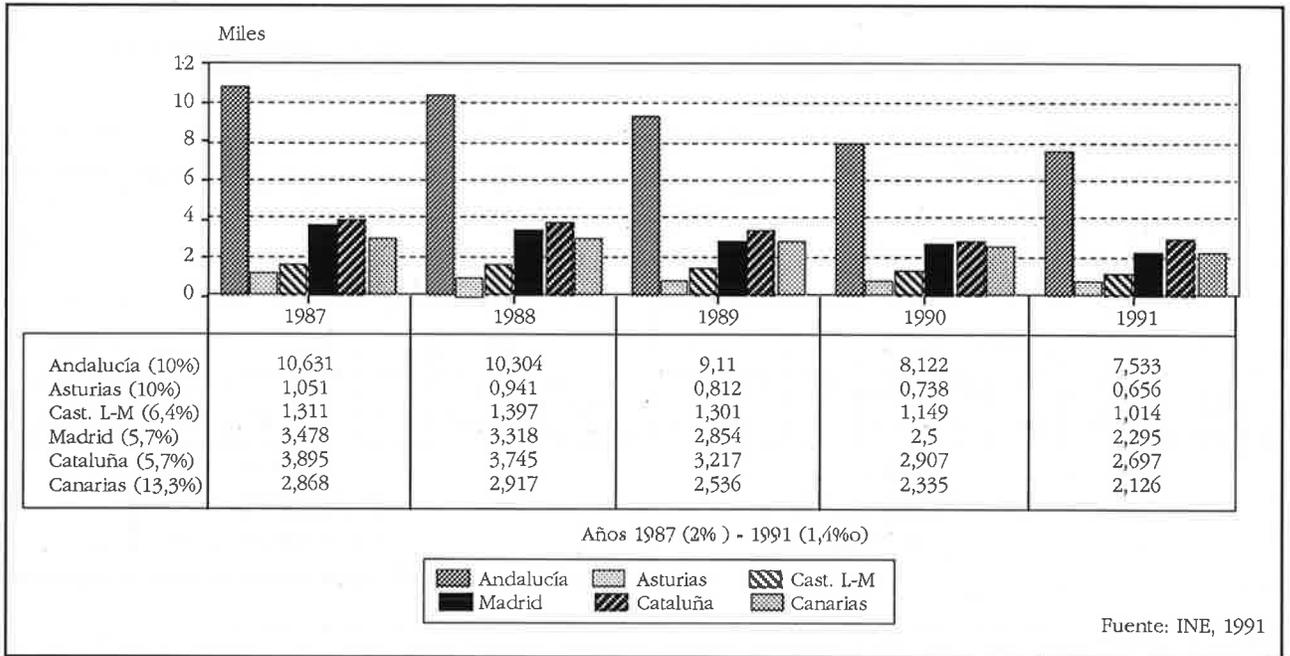


Figura 4. Nacimientos en mujeres adolescentes en varias comunidades autónomas

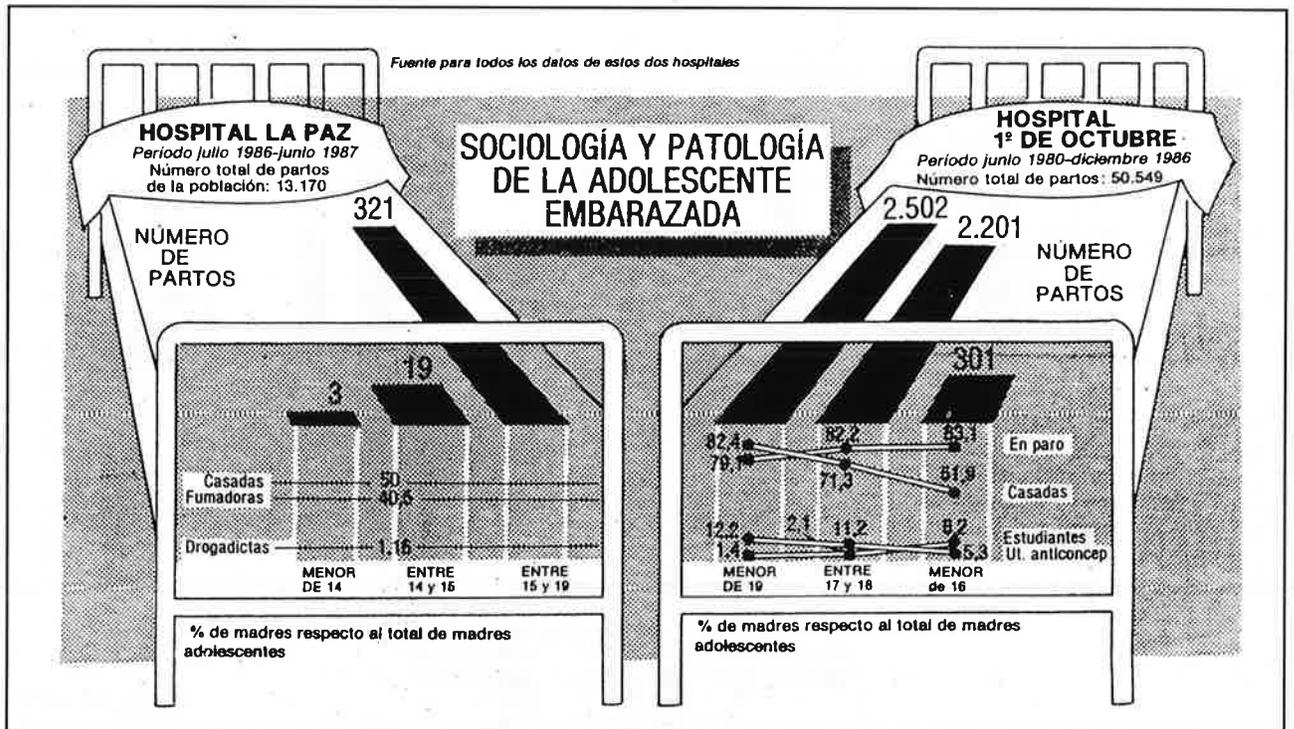


Figura 5.

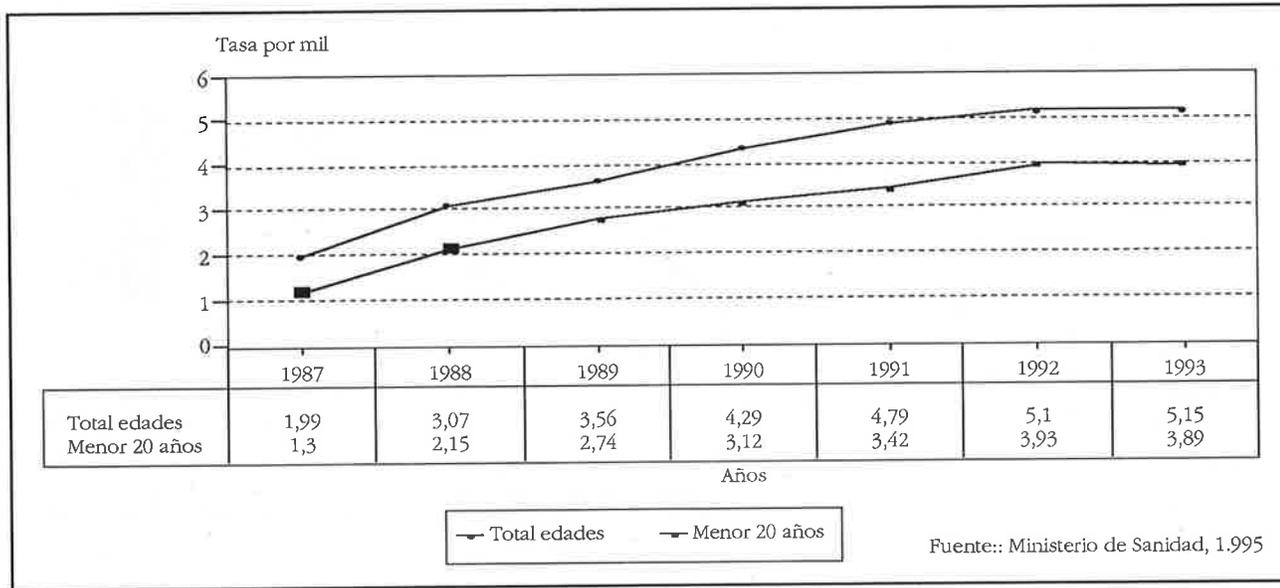


Figura 6. IVE en mujeres adolescentes. Tasa por mil mujeres grupo edad.

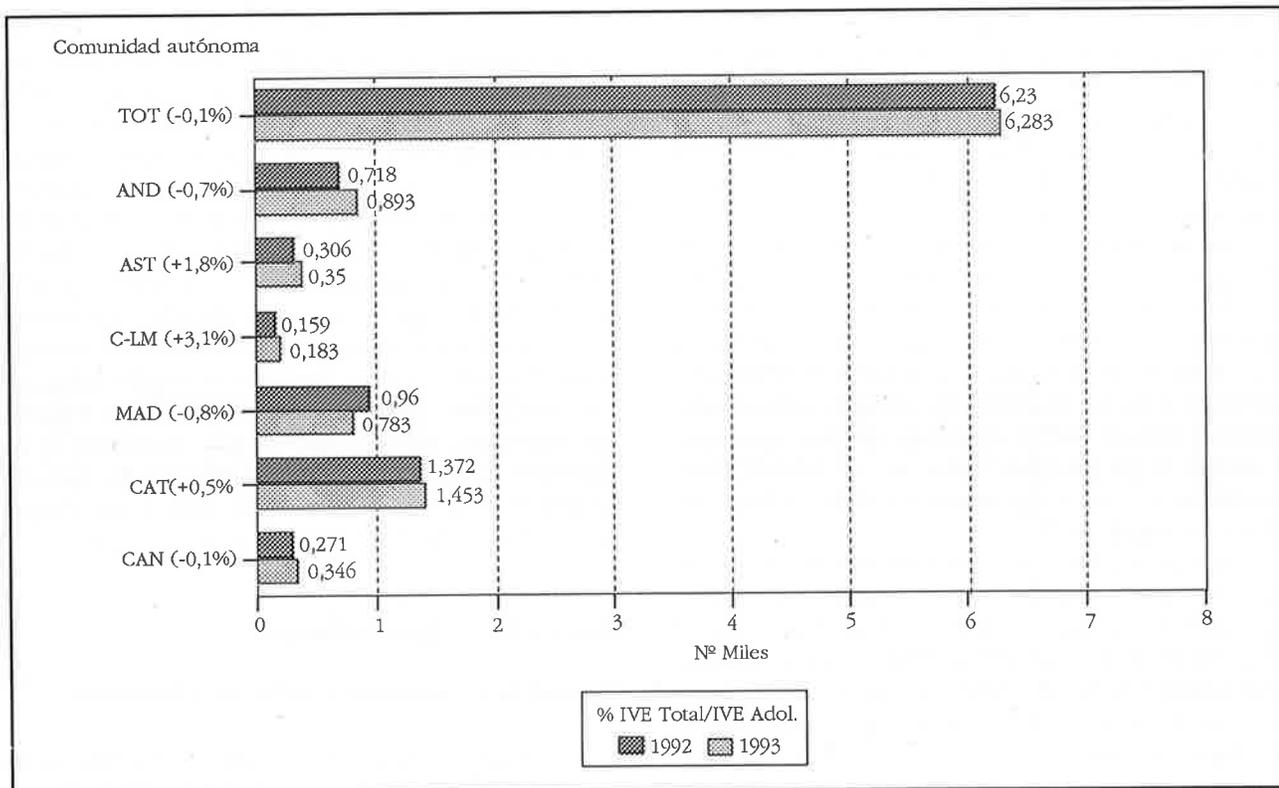


Figura 7. IVE en adolescentes. Comunidades autónomas.

268

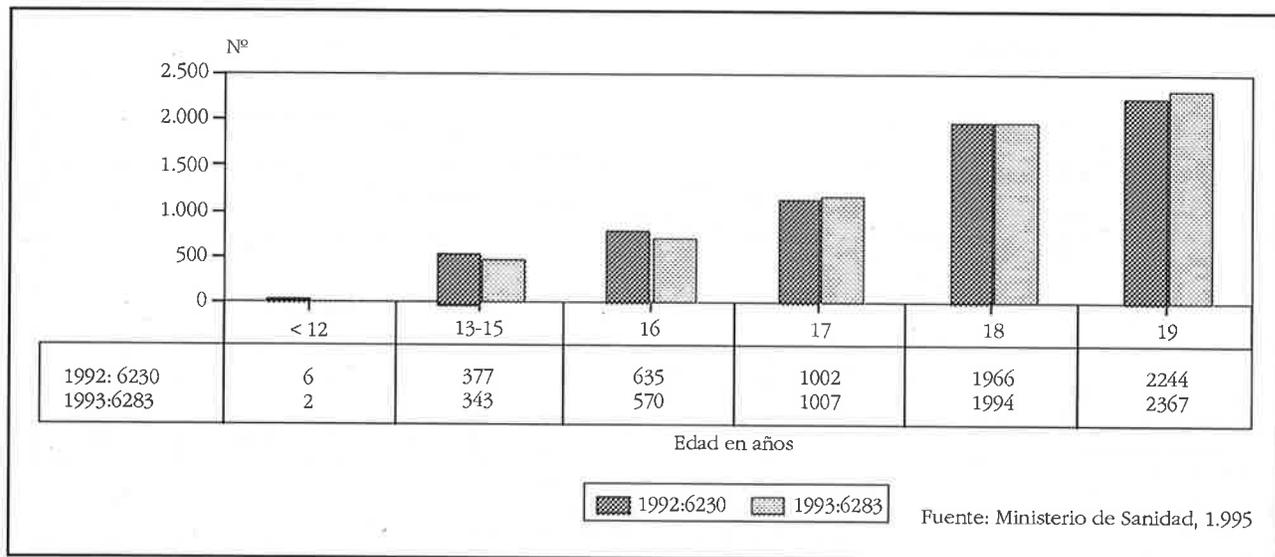


Figura 8. IVE. Adolescentes por edades.

durante el conjunto del período contemplado es muy variable dependiendo de las CC.AA.; la media del Estado durante estos años fue del 8% del total de nacimientos ocurrió en mujeres adolescentes. Por CC.AA. destaca al 13,3% de las Islas Canarias, el 10% de Asturias y Andalucía, mientras que por debajo de la media se situarían Castilla La Mancha (6,7%) y Castilla-León, Madrid y Cataluña con el 5,7%.

También hemos podido tener acceso a las cifras de dos grandes hospitales de Madrid (La Paz y 12 de Octubre) en el que se pueden comparar algunos datos generales de singular relieve (Fig. 5): en el Hospital La Paz (zona norte de Madrid, clase media y media-alta) existe el 2,4% de los partos en mujeres adolescentes sobre el total de partos atendidos: mientras que en el Hospital 12 de Octubre (zona sur de Madrid clase media-baja) la tasa es algo superior al doble: 5% del total de partos atendidos⁽⁶⁾.

Una segunda fuente de aproximación ha sido la tasa de IVE, según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁽⁷⁾. En la figura 6 se observa que el *incremento de la tasa de IVE durante los años comprendidos entre 1987 y 1993, ambos inclusivos, ha sido muy importante ya que se ha triplicado en las mujeres adolescentes, algo superior al incremento ocurrido para el conjunto de las edades*. Por CC.AA. (Fig. 7) las Islas Canarias (15,2%); Andalucía (15,1%); Cataluña

(14,6%) y Castilla-La Mancha (14,2%) superan la media estatal, mientras que Madrid y Asturias (11,7%) se encuentran por debajo de ella. Por edades (Fig. 8) en dos de cada tres casos la IVE se realiza entre los 18 y 19 años, pero es significativo que también existan seis incluso con 12 años de edad. En cuanto al estado civil en más de 9 de cada 10 casos, las adolescentes estaban solteras.

Con estos datos podemos concluir que: *el embarazo detectado en mujeres adolescentes (menores de 20 años) en España durante el año 1991 alcanzó a 33.088 adolescentes, lo que supuso una tasa del 17% o para ese rango de edad*. En cuanto al perfil se puede decir: mujer entre 17-19 años, soltera, clase media y media-baja, que vive en CC.AA. deprimidas socio-económica y socio-culturalmente, últimamente se está asistiendo a un descenso de la natalidad en la adolescencia, pero su descenso es parejo o ligeramente menor que el que acontece en el total de nacimientos en España.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Sexualidad y embarazo en la adolescencia

El tratamiento que ha tenido este acontecimiento ha sido diverso: en ocasiones sensacionalista aunque no exento de un punto de verdad, caso de lo expresado por

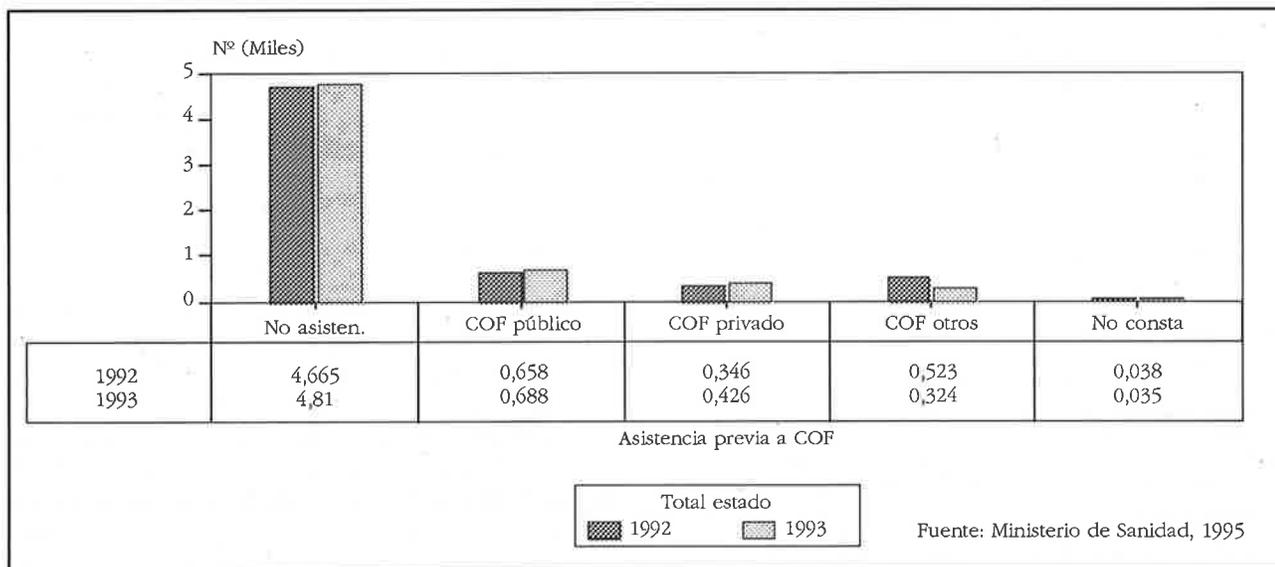


Figura 9. IVE en adolescentes. Asistencia a COF.

Orozco y cols.⁽⁷⁾ en los siguientes términos: “el sexo ni asusta ni preocupa a los adolescentes, simplemente se practica”, en otras las cifras han sido tratadas de forma alarmista, parcial, sesgada y descontextualizada con lo que perdían el valor tanto de información como de formación. En otras ocasiones el abordaje ha sido un tanto moralista (Pérez Soler⁽⁸⁾) en cierta medida Molina y Bayes⁽⁹⁾) con lo que se eludía la crítica científica y el abordaje realmente formativo y preventivo.

De una manera más ajustada a los conocimientos científicos Flórez⁽²⁾ formula que la relación sexual en la adolescente no sólo es por el deseo sexual, sino por una necesidad de ser aceptada, cuidada, querida, mimada, protegida y deseada; muchas veces las adolescentes no buscan el coito como forma de expresión de la relación sexual, pero lo aceptan para no perder a su partenaire. Mientras los chicos buscan más demostrar su virilidad mediante el coito, las chicas lo que persiguen es sentirse queridas y amadas, sobre todo si la expresión afectiva es algo que no existe en su propio medio familiar (peleas familiares, violencia y malos tratos, divorcios tormentosos, etc.).

Por su importancia nos parece relevante señalar la aportación realizada por el Comité de Comunicación de la Academia Americana de Pediatría⁽¹¹⁾, donde demostraron que en un año los adolescentes ven una media de

Tabla 2 Causas aducidas por los adolescentes para justificar su baja utilización de servicios de planificación familiar

Chicos adolescentes	Chicas adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocer la dirección • No tener tiempo • Más problemas prácticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Les da "corte" • Temor a que se enteren los padres • Preocupadas por temas personales

Fuente: Plan piloto Barcelona, Asturias, Sevilla, Valladolid y Madrid

23 horas semanales la TV donde contemplan 14.000 referencias o insinuaciones sexuales, de ellas sólo 150 tratan de aspectos relativos a la responsabilidad sexual, abstinencia o anticoncepción; por lo que los mensajes implícitos y explícitos promueven el consumo de alcohol y la actividad sexual promiscua o no protegida, lo que además tiene una especial trascendencia a la hora de abordar las ETS y sobre todo la prevención del SIDA.

En España se han realizado dos trabajos de diferente orientación de singular relevancia en este campo (Martín⁽¹²⁾) e Institut Valencià de Estudis de Salut Pública (IVESP) que dirigió su directora la Pfra. Colomer⁽⁷⁾).

270

Tabla 3 Dificultades y medidas favorecedoras para el acceso de adolescentes a los centros de orientación familiar

<i>Dificultades para acceder al COF en adolescentes</i>	<i>Medidas favorecedoras para el acceso al COF de adolescentes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento • Consideran que están organizados para matrimonios con hijos • La espera en las citaciones • Ausencia de anonimato • Falta de experiencia en la atención a adolescentes por parte de los profesionales • Poco contacto con otros centros específicos de adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio específico con un día sólo dedicado a la atención exclusiva de adolescentes • Confidencialidad de las consultas • Formación de profesionales en trato sanitario con adolescentes • Incremento contactos con centros de adolescentes

Fuente: Plan piloto Barcelona, Asturias, Sevilla, Valladolid y Madrid.

Ambos abordan aspectos complementarios que se pueden actualizar con los datos procedentes del INE y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1. *El trabajo que resume las experiencias piloto de atención a adolescentes en los COF en Barcelona, Avilés, Valladolid, Sevilla y Madrid puso de manifiesto*

1.1. Los adolescentes, cuya edad se sitúa entre los 16-20 años, *acuden a los COF fundamentalmente para obtener información sobre contracepción* (59% de ellos, más las chicas) e *información sobre sexualidad en general* en mucha menor medida (13%, más los chicos). En cuanto al sexo que acude es muy variable, pues

mientras en Barcelona sólo un 3,8% eran chicos, en Avilés era un 29,8%. En Madrid el 30% de los adolescentes que acudieron a los COF ya habían tenido relaciones sexuales coitales antes de los 18 años, siendo Valladolid la que las inicia más tardíamente y algunos autores han querido ver en esta diferencia la importancia de los factores culturales, sobre todo de tipo religioso. La primera visita a los COF ocurre a una edad media comprendida entre los 17-18 años.

1.2. *Los jóvenes en riesgo social son los que menos acuden*, siendo los que precisarían un apoyo mayor; este dato se basa en que el 73,2% eran estudiantes de BUP, FP, Grado Medio o Universitarios.

1.3. El tipo de contracepción solicitado, por los adolescentes que consultaron, fue: 37% hormonal; 22,5% demanda inespecífica; en el 26,7% el preservativo. Los jóvenes que acudieron a los COF admitieron no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, o bien el preservativo o el coitus interruptus; sólo el 50% de ellos/as lo utilizan tras tres meses de relaciones sexuales, se eleva su uso a un 71% transcurrido un año. Este dato se confirma ya que, según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, *tres de cada cuatro de las IVEs en adolescentes no habían asistido a consulta de los COF* (Fig. 9).

1.4. *Los adolescentes consideran a la sexualidad como un tema de moral privada, pero aunque el embarazo les interesa no les preocupa en exceso, ya que consideran bajas las posibilidades de embarazo*. La inasistencia a los COF tiene diferencias según el sexo de los adolescentes (Tabla 2); los chicos plantean desconocer la dirección, no tener tiempo, es decir se refieren más a problemas prácticos; mientras que las chicas explicitan razones del tipo que les da "corte" y/o temor

Tabla 4 Actitudes ante el embarazo de adolescentes de diversos colectivos con implicación emocional con la adolescente en la Comunidad Valenciana

<i>Actitud</i>	<i>Madre adolescente (%)</i>	<i>Pareja adolescente (%)</i>	<i>Familia adolescente (%)</i>	<i>Amistades adolescente (%)</i>
Aceptación	41*	14	20	86
Rechazo activo	22	23	7	4
Rechazo	37	63	73	10
Colaboración	—	75	75	14
Abandono	23**	7***	5****	

Fuente: C. Colomer (1987); * 59% no deseaba embarazo; ** Se refiere al abandono de la actividad habitual; *** Abandono de la relación de pareja; **** "Forzar" al abandono del núcleo familiar.

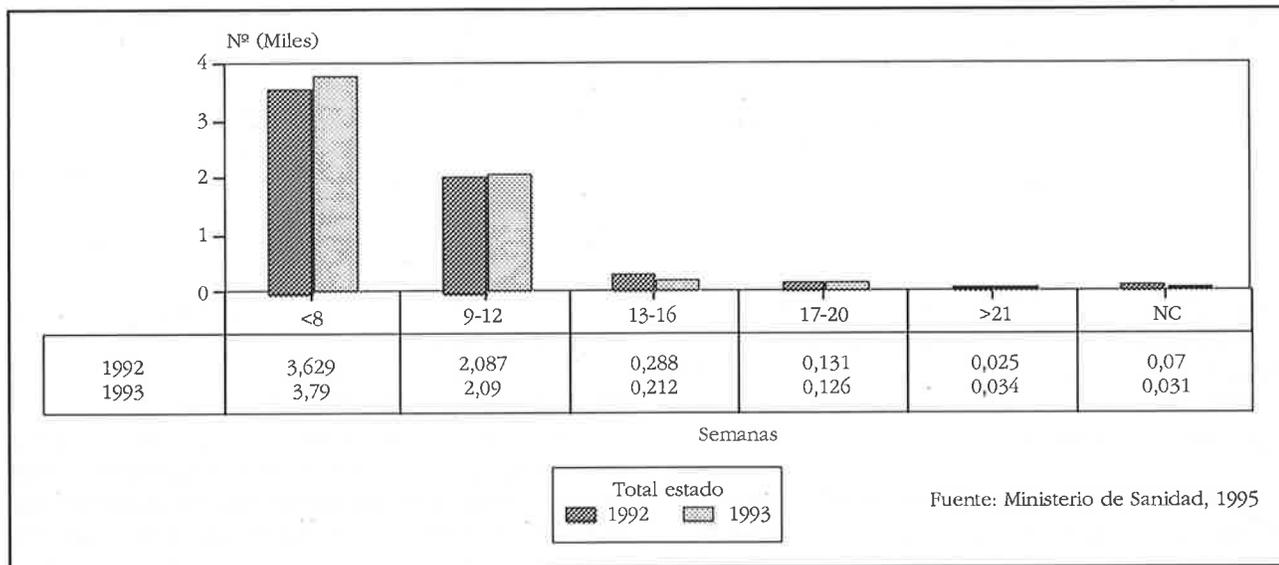


Figura 10. IVE en adolescentes. Semanas gestación en consulta.

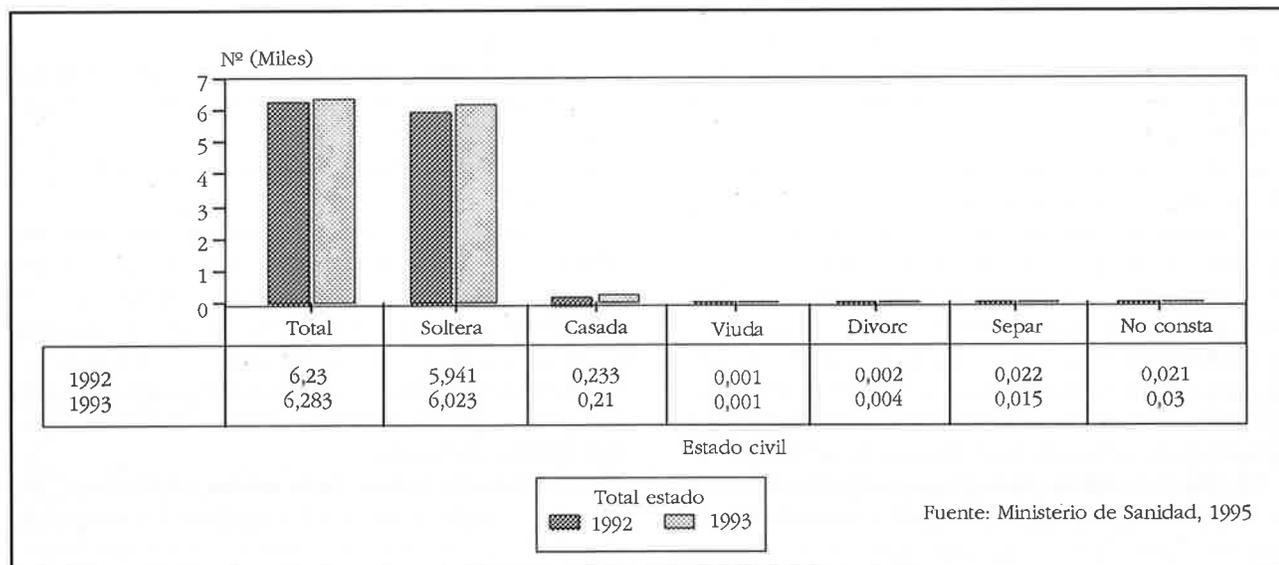


Figura 11. IVE en adolescentes: estado civil.

a que se enteren los padres, es decir se encuentran más preocupadas por los temas personales.

1.5. Preguntados por los factores que dificultan el acceso a los COF, los adolescentes aducen (Tabla 3): desconocimiento; consideran que están organizados para matrimonios con hijos; la espera en las citaciones (no

sólo a la lista de espera, sino a la demora a la hora de ser recibidos con relación a la hora en que son citados); ausencia de anonimato; falta de experiencia en la atención a adolescentes por parte de los profesionales; poco contacto con otros centros específicos de adolescentes. Entre las medidas que los profesionales de los COF para

272 *abordar estas dificultades* se encuentran: espacio específico con un día dedicado a la atención exclusiva de adolescentes; destacar la confidencialidad de las consultas. Hace unos años el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra y Gales (NHS) realizó un programa de accesibilidad de los adolescentes a los COF, en dicho programa se aseguraba la confidencialidad; el resultado fue un gran debate a varios niveles sociales: religiosos, de asociaciones de padres, etc., el denominador común del contenido del debate al menos desde determinados sectores, si se aprobara la Ley de Derechos del Menor que se encuentra en un dilatado borrador y que contiene el derecho a la accesibilidad a los servicios asistenciales y a la confidencialidad de los niños/as y adolescentes.

2. *El trabajo dirigido por Colomer en Valencia tiene un especial interés por referirse más a la percepción de las madres adolescentes de la aceptación de su embarazo, demostró que (Tabla 4) el 37% de las madres adolescentes mantuvo actitud de rechazo ante el embarazo*

2.1. El 20% de las familias, en las que uno de sus integrantes quedaba embarazada, *aceptó el embarazo* de la adolescente; el 7% *rechazó de forma activa el embarazo* y el 75% *colaboró*. En las amistades el 86% *lo aceptaron*.

2.2. *El diagnóstico del embarazo*, bien sea por presión social o por desconocimiento, fue *más tardío que en la población general* con lo que se retrasan los cuidados prenatales y, en muchas ocasiones, se realizan de forma irregular; de hecho en los datos de 1992 sobre las IVEs en adolescentes (Ministerio de Sanidad y Consumo) se constata que en el 42% de los casos (Fig. 10) no acuden a consulta hasta pasada la octava semana de gestación, pero es que el 8% del total de IVEs acude a consulta por encima de la 13 semana de gestación.

2.3. *Muchas adolescentes piensan que el embarazo es una forma de empezar a ser adultos, de poder irse de casa y de estabilizar la relación con su pareja*. Pero en la pareja la aceptación del embarazo fue solo del 14%; el 75% *colaboró*; un 23% *lo rechazó activamente* y en un 7% *acabó en ruptura de la pareja*; según los datos de las IVE aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo se obtiene que el 95,4% de este tipo de interrupciones de embarazo en la adolescencia están solteras (Fig. 11). El 59% de las madres adolescentes no deseaba el embarazo y el 23% de estas madres abandonó su actividad social habitual, sobre todo la actividad escolar.

Contenidos psicológicos y psicopatológicos de la maternidad en la adolescencia

Sin duda este apartado es lo más novedoso y menos estudiado en el embarazo que sucede en la etapa de la adolescencia. Por esta razón en esta segunda parte del artículo vamos a extendernos, habida cuenta de la escasez de datos existentes en nuestro país, pero por la indudable trascendencia de estos contenidos en dos aspectos: porvenir del niño/a y estabilidad emocional de la madre adolescente.

Planteamiento del problema

Según autores como Molina Font y Bayes García⁽⁹⁾, Descahamp⁽¹³⁾, etc merece la pena plantearse cuáles podrían ser las causas del incremento de embarazos en la adolescencia en la actualidad, estos autores exponen las que en su opinión serían más relevantes:

1.1 *Menarquia anticipada y actividad sexual cada vez más precoz.*

1.2 *Alteraciones del patrón de comportamiento afectivo-sexual, existiendo historia previa de problemas psicosociales.*

1.3 *Ignorancia o dificultad al acceso de los jóvenes a una educación sexual en la que contracepción constituya parte integrante.*

1.4 *Esterotipos dominantes étnico-culturales.*

1.5 *Factores psicosociales.*

De estos factores causales derivan una serie de *consecuencias* que son descritas clásicamente y que deben ser abordadas con mayor rigor, sobre todo porque en varias publicaciones se destila un juicio moral que aleja el planteamiento del mero conocimiento científico:

- Incremento del morbi-mortalidad para el RN. Más adelante se analizará detenidamente este punto que aquí queda enunciado.

- Síndrome de fracaso en la madre adolescente. Ha sido muy descrito e incluye los siguientes contenidos: incapacidad para completar las funciones propias de la adolescencia (asumir rápidamente responsabilidades); imposibilidad de finalizar los estudios iniciados (tener que cuidar al hijo/a); fracaso para constituir una familia equilibrada (posibilidad de ruptura con la familia de origen, o con la pareja, o matrimonio forzado, etc); dificultad para conseguir empleo, debido a dos causas fundamentales: formación incompleta por el abandono precoz de los estudios y responsabilidad de cuidar y atender al lactante que se convierte en un handicap para

el empleador; dependencia económica de las familias de origen (cuando no se ha roto con ellas) o de ayudas institucionales; imperfección para conseguir el más adecuado desarrollo psicológico y social de sus hijos/as. Dada una cierta inmadurez personal y social de la joven madre adolescente.

El embarazo y el parto en la adolescencia

Aunque no es evidente que existan unas características psíquicas específicamente ligadas a la maternidad de las adolescentes solteras, está claro que sí se detectan unas particularidades psíquicas y ciertas dificultades en el desarrollo de la organización y estructura de la personalidad (al menos en el nivel funcional).

El embarazo en la adolescencia desde la perspectiva psicosocial:

2.1.1. Embarazo en adolescentes y nivel intelectual: Estudios de diversos autores han constatado que en las madres adolescentes solteras no existen más deficiencias mentales que en el conjunto de la población adolescente de similar estatus socio-educativo. Sí que parece existir una cierta tendencia a que aparezcan niveles intelectuales límites o francamente retrasados en casos con varios embarazos y padres diferentes.

2.1.2. Psicopatología y embarazo en la adolescencia: Varios grupos de investigadores (McAnarney^(14,15); Elster y cols.⁽¹⁶⁾ y Zuckerman y cols.⁽¹⁷⁾) han realizado una aproximación a la relación entre psicopatología, trastornos de conducta y embarazo en la adolescencia. De los resultados resaltamos aquellos que poseen un grado mayor de concordancia entre todos los diferentes grupos: las madres urbanas que tuvieron tres o más problemas de conducta tuvieron más probabilidades de tener un hijo/a antes de los 19 años. En estudios realizados en una población de 13.061 mujeres adolescentes americanas, se encontró que las estudiantes que se declararon predispuestas a considerar una posibilidad de gestación no marital, tuvieron más problemas disciplinarios escolares que las no se declaraban predispuestas a considerar esa probabilidad. También se han detectado relaciones entre la paternidad adolescente y problemas de conducta, sobre todo en el ámbito urbano: abandono escolar y peleas (en jóvenes de raza negra) y pandillismo, fugas y consumo de drogas (en los jóvenes de raza blanca).

La asociación entre parentalidad adolescente y problemas de conducta fue mayor en los chicos que

habían provocado el embarazo que en las chicas madres adolescentes. También se han detectado correlaciones positivas entre la drogadicción y diagnóstico de depresión con la maternidad adolescente. "¿Está la gente joven entregándose a la actividad sexual precoz, la paternidad prematura, el alcoholismo, la drogadicción y las conductas antisociales como medio de enfrentarse al estrés de sus vidas y la depresión asociada? Incluso si la depresión explica solamente una pequeña parte de la varianza en los problemas de conducta de los adolescentes ¿no es importante identificar precozmente estos síntomas y ofrecer un tratamiento rápido y adecuado para la depresión? Se precisa, cada vez con más urgencia, identificar a los niños/as con problemas antes que se conviertan en adolescentes y ofrecerles el diagnóstico y el tratamiento apropiado, antes que lleguen a ser "padres adolescentes con problemas". Estas razonables palabras de Elster y McAnarney, en trabajos diferentes^(15,16), son un punto de partida para poner el énfasis en los aspectos preventivos (primarios y secundarios) a la hora de abordar este problema.

2.1.3. Toxicomanía y maternidad en la adolescencia: En los últimos años han aparecido varios trabajos en este sentido y merece una especial mención el realizado por Parquet y Bailly⁽¹⁸⁾. En las jóvenes adolescentes toxicómanas el embarazo cursa con problemas añadidos: las sustancias tóxicas atraviesan la barrera placentaria y afectan al feto; problemas psicosociales añadidos; escaso control sobre el embarazo; complicaciones infecciosas (de resaltar el peligro manifiesto de padecer el SIDA y convertir a su futuro hijo/a en un enfermo/portador) o de malnutrición; puede haber problemas legales añadidos, todo ello dificulta la continuidad del control médico adecuado. Tampoco se encuentran las madres jóvenes y toxicómanas en situación como para proporcionar los cuidados adecuados al RN, de forma regular y con afecto. No obstante también se pueden modificar, en estas madres, las conductas toxicológicas; pero esta situación depende del lugar que ocupa el bebé en el imaginario de la madre y del diálogo madre-bebé que se establezca. No es extraño que se alternen episodios de intoxicación masiva con periodos de "estar limpia". Pero si se concibe al bebé, por parte de la joven madre adolescente y toxicómana, como un partenaire exigente cabe la posibilidad del abandono de la conducta tóxica.

274 **Contenidos psicológicos de la adolescente embarazada**

2.2.1. *Aceptación del embarazo*: ya Pearson mostró que los dos tercios de las adolescentes embarazadas esperaban más de cinco semanas, tras la última regla, para someterse a un diagnóstico de embarazo; cuestión que se comprueba en nuestro país al detectar cuándo deciden acudir a la consulta para someterse a un aborto (Fig. 10). Esta situación origina dos tipos de problemas sanitarios y sociales de especial relevancia:

2.2.1.1. *Cuidado del embarazo y su repercusión en el pronóstico perinatal*: en España se ha realizado un trabajo en este sentido cuyos autores, Gómez Carrasco y Díez⁽¹⁹⁾, coinciden básicamente con un clásico del tema, Zuckerman⁽²⁷⁾, cuyos resultados más importantes son: la única diferencia estadísticamente significativa, entre los grupos de embarazo de adolescentes y el embarazo en el resto de las edades, se encontró entre los RN de madres adolescentes y RN de madres adultas para el peso medio, con una diferencia que oscilaba entre 150-180 g a favor de los nacidos de madres adultas. No se observaron diferencias significativas para la tasa de RN pretérminos, de bajo peso ni anoxias neonatales. Por lo tanto, no es posible considerar la edad adolescente como factor de riesgo neonatal por sí solo, existiendo otros factores que aparecen como más importantes: nivel socio-económico, hábitos nocivos, bajo nivel cultural, cortos intervalos entre las gestaciones (cuando existen varias), malnutrición, parejas inestables, dependencia económica de familia de origen, abandono por parte de su familia de origen y escaso acceso a cuidados médicos, entre otros. En conclusión: *la maternidad adolescente es un marcador de dificultad y desventaja social más que un factor de riesgo independiente*. Sin embargo la maternidad por debajo de los 15 años constituye un riesgo de prematuridad y bajo peso. Se ha descrito que la maternidad en las adolescentes origina un mayor impacto para tener hijos/as con retraso físico y mental, es un factor de riesgo para presentar mayor proporción de malos tratos. También durante el embarazo las madres adolescentes presentan mayor posibilidad de padecer más toxemias, amnionitis y placenta previa. Pero como existe un elevado porcentaje de embarazos no deseados, se incrementa la tasa de abortos, abandonos prematuros de la educación materna e incremento de la tasa de embarazos posteriores.

2.2.1.2. *Repercusiones psicológicas*: no reconocer el embarazo y postponer las decisiones, constituyen una forma de *negación*. La adolescente *no confía en nadie*.

utiliza el disimulo en los vestidos, no suelen presentar los síntomas comunes de otras mujeres embarazadas (p.e. vómitos, náuseas, caprichos alimenticios o de otro tipo, etc.), tampoco suele acudir de entrada a su médico con lo que se sitúa en el límite legal para acudir a la interrupción del embarazo, en otros casos algunas adolescentes abandonan su familia por temor a ser descubiertas. Para Marbeau-Cleinen⁽²⁰⁾ esta actitud de *evitación* es la base para *dos deseos contradictorios: suprime toda posibilidad de interrumpir el embarazo y retrasa el enfrentamiento con la realidad*, aflorando un contenido de gran complejidad: la negación del futuro. Hasta un 10% de los embarazos de adolescentes en el Reino Unido pasan desapercibidos hasta el final de la gestación, además este proceso que origina este resultado es independiente de la clase social de pertenencia de la familia.

2.2.2. *La vivencia del embarazo en la adolescente*: tal como señaló H. Deutsch⁽²¹⁾, algunas reacciones emocionales que experimentan las adolescentes durante el embarazo, son activadas plenamente por los obstáculos sociales. El deseo de igualar a la propia madre se encuentra presente en toda niña y, en particular, el deseo de rivalizar con ella en la maternidad; la pubertad y el comienzo de la adolescencia reactivan este proceso y pueden originar que el deseo consciente o inconsciente de un niño/a pueda ser más fuerte que los argumentos racionales, de carácter esencialmente social, que se oponen a ello (Deutsch).

Hoy día existe una *disociación muy importante entre función fisiológica de la reproducción y el placer sexual*, lo que puede originar en muchos jóvenes que el desconocimiento u ocultación de la posibilidad de embarazo sea una realidad. Esta tendencia al placer favorece poco a los más jóvenes y sobre todo a las clases sociales más desfavorecidas, dada su evidente dificultad para los procesos de sublimación, por lo que su paso al acto es mucho más sencillo.

La relación prenatal con el bebé puede ser positiva, cuanto menos oscilante, como en otras edades. Para Deschamp^(13,20) es frecuente ver *alternarse o coexistir de forma ambivalente una reacción posesiva* ("el niño es mío", "es lo único que poseo") y *una reacción agresiva* ("me deforma el cuerpo", "estoy estropeada, tan joven"); reacciones de agresividad que se relacionan con determinados comportamientos (p. e. no seguimiento correcto del embarazo, negativa a alimentarse, etc). El punto común de estas reacciones se sitúa en la *falta de*

Tabla 5 Destino probable del embarazo en la adolescencia en Asturias

Destino del embarazo de adolescentes	% de los embarazos detectados
Matrimonio forzado	50
Aborto voluntario	30*
Maternidad soltera	10**
Matrimonio precoz	10

Fuente: I. Sánchez (1987); * Representan el 11,4% de todas las IVE; ** Representan el 25% de todas las madres solteras.

proyectos sobre el niño/a, Noel lo interpreta como que ese niño/a es un objeto de valoración narcisista por eso, al aparecer el contraste tras el nacimiento: el niño/a es similar a todos los demás (p. e. llora, aspecto rojizo, descamación cutánea, etc.) la madre adolescente va a precisar más apoyo que otras mujeres.

Muchas de las conductas de la adolescente embarazada pueden deberse a un sentimiento de culpabilidad, ya que la tolerancia social actual pone en evidencia que sólo es tolerancia y falta aún mucho camino. La adolescente embarazada se siente desvalorizada y viven el embarazo como un castigo por su conducta sexual, lo que afecta en grado sumo a la autoestima.

2.2.3. Tomar decisiones: ¿continuar el embarazo? ¿abandonar al RN?: el conjunto de las condiciones psíquicas, mencionadas con anterioridad, dominadas por la ambivalencia es lo que favorece comprender las dificultades manifiestas a la hora de tomar decisiones sobre el porvenir del embarazo y del RN. Por ejemplo, aceptar el aborto supone para la joven adolescente admitir el fracaso de una situación que tiene un cierto carácter reivindicativo y punitivo para con el entorno. En este sentido hay que saber presentar la posibilidad, no invadir a la adolescente, respetar su decisión, pero orientarla como guía, apoyo y con gran respeto. Similar ocurre con dar el niño/a para adopción, ya que la simple idea de abandonar al hijo/a tras el nacimiento le escandaliza y le duele más que el aborto, si cabe.

Los datos que se poseen nos hacen afirmar que son las adolescentes más maduras emocionalmente las que consiguen dar el niño/a para adopción al centrar un proyecto realista para el bebé. Deutsch⁽²¹⁾ lo sintetiza diciendo: "las adolescentes menos maduras son precisamente las que luchan por conservar a su hijo. Es una

lucha de posesión que no difiere de la lucha por un juguete deseado". Nos referimos aquí al trabajo de Merzo-Weyl⁽¹³⁾, en el que siguió durante 10 años a 50 mujeres: el 6% fueron niños/as dados en adopción; del resto 32% recurrían a los Servicios de Atención para la Infancia y solo el 18% de las madres adolescentes consiguieron ocuparse de forma eficaz de sus hijos/as; destacaba este autor que lo más importante era la buena impresión que habían dado 10 años antes las mujeres que abandonaron a sus hijo/as a la pobre impresión de las que posteriormente, sin abandonar al hijo/a, le habían impuesto una vida inestable.

No debería pronunciarse la palabra abandono a la hora de orientar a una adolescente embarazada, sino que se debe asegurar a la adolescente que tiene la oportunidad de confiar a su hijo/a a una pareja que va a asegurar todas sus posibilidades de desarrollo a su hijo/a. Esto hace que se aborde el problema de la adopción en términos positivos y precisa una labor continuada, por lo que la decisión urgente no debe ser tomada. Como dato para pensar nos debemos plantear aquellos niños/as que permanecieron con sus madres adolescentes y que, al cabo de unos años, son abandonados o son objeto de malos tratos con lo que esas condiciones hacen más difíciles la adopción.

4.2.2.4. La adolescente embarazada y la actividad escolar: si los COF están orientados para parejas y matrimonios, los centros escolares están orientados para sujetos no casados ni jóvenes embarazadas. Por ello no es extraño el resultado citado con anterioridad: una de cada cuatro adolescentes abandona sus estudios como consecuencia del embarazo. Esta situación evidencia, cuanto menos, algunos puntos de reflexión:

1. No es extraño, aún en nuestros días, que en algunos centros escolares se expulse a adolescentes embarazadas. Continúa la presión social y el temor al "mal ejemplo" o la molestia emocional que representa tener una compañera embarazada.

2. Sea por abandono y por expulsión, la joven adolescente embarazada se enfrenta a un incremento de las dificultades para acceder a un empleo digno que facilite la educación de su hijo/a, con lo que agrava sus dificultades, intensifica el aislamiento, favorece la marginación y cortan el acceso cultural, con lo que el sentimiento de culpabilidad y la baja autoestima afectan de forma evidente a la joven adolescente embarazada.

3. Éste sería un tema que debería ser abordado con seriedad y rigor por las autoridades educativas e incluir-

276 se en la futura Ley de Derechos de la Infancia y la Adolescencia: respeto y apoyo son los dos únicos pilares sobre los que asentar la intervención en estos casos.

La madre adolescente

En la tabla 5 se esquematiza un estudio publicado por Sánchez⁽²²⁾ en 1987 sobre el porvenir de la adolescente embarazada en la Comunidad Autónoma de Asturias, a pesar de lo limitado del estudio merece la pena resaltarlo, por coincidir básicamente con otros estudios internacionales. Los resultados evidencian que: de cada 10 embarazos de adolescentes: cinco terminan en un matrimonio forzado, tres aborto voluntario (suponen el 11,4% del total de abortos voluntarios), uno pasa a ser madre adolescente y soltera (el 25% de las madres solteras son adolescentes) y la restante termina en un matrimonio precoz.

Estudios diversos evidencian que la mayoría de *estos matrimonios se realizan en precario*: los chicos suelen tener similares problemas psicosociales, los matrimonios se deciden por las familias bajo la presión del embarazo, la unión se suele elegir fuera de todo vínculo afectivo sólido (se supone que el joven padre debe "asumir sus responsabilidades" hacia la madre y el hijo/a para que éste no sea "ilegítimo") por lo que muchos de estos matrimonios no tendrían lugar sin el embarazo y la mayoría de estos matrimonios suelen terminar en un fracaso (p. e. malos tratos, violencia, separación/abandono/divorcio, etc.), de hecho en EE.UU. uno de cada dos de estos matrimonios termina en divorcio y la media calculada para Europa se sitúa en dos tercios de estos matrimonios los que acaban divorciándose.

Por otro lado hay que considerar el indudable handicap social del abandono de los estudios, con lo que dificulta la continuidad educativa, se obstaculiza la posibilidad de superar la marginación, etc. Un estudio desarrollado en Gran Bretaña pone de manifiesto que en igualdad de situación social los padres adolescentes que se ven obligados a casarse cursan estudios más cortos y su salario medio es más bajo, si se les compara con matrimonios jóvenes de similar edad pero cuya pareja se ha constituido sin que medie un embarazo por lo que sus relaciones afectivas están más firmemente consolidadas. Esta desventaja social se mantiene a medio y largo plazo, por lo que la capacidad de tolerancia de la situación se resiente y constituye un factor suplementario de disociación de la joven pareja.

No obstante si el matrimonio no llega a plantearse, la relación con el padre de la criatura suele romperse totalmente y cortar todo tipo de contacto, hecho nada difícil dada la labilidad del vínculo afectivo. Así aparece un padre fantasmático y desconocido tanto para el estado civil como para la pura biología. En ocasiones la negación es tan evidente en la joven madre que existe una oposición activa a comunicar al hijo/a cualquier dato acerca del embarazo y de la paternidad. En la clínica se nos dice de forma continua: "¿Para qué le voy a decir nada del padre?", "Ni lo conoce ni lo va a conocer, por mi parte", "Mejor que no sepa nada de él". De esta suerte aparece ese fantasma materno que ocupa el silencio en torno a aquel desafortunado hecho y que ya no quiere ni nombrarse.

La interacción precoz madre-hijo/a y el pronóstico evolutivo para el niño/a

En muchas ocasiones la joven madre ni puede ni desea la crianza de ese hijo/a. *No es extraño que realice una cesión del hijo/a a su propia madre*. La maternidad adolescente es una de las causas prevalentes a la hora de analizar las cesiones familiares de los hijos/as (p. e. en Asturias este tipo de nuevos vínculos familiares suponen cerca del 10% de las causas de consulta a centros de salud mental infantil en la cuenca minera).

En estas situaciones de cesión familiar la adolescente sólo cumple el papel de agente reproductor, las gratificaciones derivadas de la maternidad le son vedadas y donde quiso rivalizar con la madre (en la fecundidad) tejió su propia trampa. Por otro lado esta entrega del hijo/a a su propia madre nos remite a contenidos de las reminiscencias edípicas mal elaboradas por parte de la joven madre adolescente que afloran con toda su crudeza en la reactivación que ocurre en la adolescencia. Por otro lado el hijo/a se encuentra en una situación vincular y relacional, cuanto menos, compleja: se pelea con su supuesta hermana (cuando en realidad es su madre) y llama mamá a su abuela materna.

Si la joven madre se decide por la crianza de su hijo/a aparecen unas dificultades que varían en las formas de presentación, desde el abandono a un tipo de relación sobreprotector e invasivo que resulta asfixiante para el niño/a. Por otro lado tanto el entorno como, al final, la propia madre terminan por demostrar la ambivalencia hacia la capacidad de desarrollar la maternidad de forma adecuada. Por un lado se le exige que "redima" su situación siendo una buena madre en la entrega y

abnegación hacia el hijo/a, pero no se le facilitan los medios (educativos, sociales, laborales, etc.) para llevarlo a cabo con unas relativas garantías de éxito. Por todo ello el vínculo afectivo se establece de forma muy difícil.

Se han desarrollado estudios de los tipos y características de los vínculos entre las jóvenes madres y sus hijos/as (Levine y cols.⁽²³⁾ y Bayo⁽²⁴⁾ en España), por medio de grabaciones en video de niños/as de ocho meses de edad hijos/as de madres adolescentes. Se rodaron tanto a madres adolescentes como a madres adultas, en sesiones de entrevistas cara a cara individualizada y en sesiones de trabajo grupal con fines de enseñanza: las madres no adolescentes demostraron un afecto más positivo con fines de enseñanza: las madres no adolescentes demostraron un afecto más positivo hacia sus hijos/as, hablaron más y pusieron de manifiesto la realización de tareas (estimulación, paseos, mecimientos, etc) con ellos/as más a menudo. Las relaciones individuales se relacionaron más con el nivel de desarrollo del yo, mientras que la actitud de apoyo en las sesiones cara a cara y la edad de las madres se asociaba en los grupos de enseñanza. Estos datos han querido relacionar, por parte de algunos autores, la edad materna con el nivel de desarrollo cognitivo de los hijos/as.

Pero, tanto Levine y cols. como Bayo, lo que señalan es que estas características tienen que ver con *la capacidad para establecer un vínculo adecuado entre la joven madre y el bebé*. La inmadurez de la adolescencia y la dificultad para la vinculación afectiva dificulta una relación espontánea con el bebé y la interacción se ve alterada: brusquedad en los movimientos y en las actitudes de la madre adolescente (por otro lado es una característica propia de las relaciones que establecen los/las adolescentes, pero en este caso el partenaire no integra del todo estas actitudes); dificultad en la interpretación y lectura de los actos del bebé (p. e. incompresión hacia el llanto o la satisfacción de las necesidades del bebé); ante estas dificultades no es extraño que aparezcan disfunciones en la expresión de los cuidados y de la relación con el bebé (p. e. malos tratos, negligencia, abandono, etc.); alternancias bruscas de gritos o brusquedades con mimos, cariños y caricias, en ocasiones sin solución de continuidad. En definitiva *se trataría de la expresión contradictoria de pasar de jugar con muñecas que no responden y son sólo depositarias de las emociones y ansiedades de la niña/adolescente, a tener un muñeco real y que responde*

activamente a los requerimientos y depositaciones de la joven adolescente. 277

A largo plazo se sabe que estos niños/as acuden con más frecuencia a los servicios de ayuda infantil. Deschamp^(13,20) ha señalado que los hijos/as de jóvenes madres adolescentes presentan más a menudo trastornos del desarrollo social y afectivo, pero no aparece que estos trastornos tengan un carácter específico para los hijos/as de madres adolescentes.

En nuestra opinión este tipo de trastornos se encuadrarían en lo que la CIE-10 denomina: "*Trastornos del vínculo*", cuya expresión más frecuente detectada en nuestra práctica serían: trastornos del sueño (dificultades para conciliar el sueño, necesidad de estar con un adulto/a, etc.), trastornos alimenticios (caprichos alimenticios, anorexias precoces más o menos severas, facilidad para los vómitos, etc.), baja tolerancia a la frustración (espasmos del sollozo, facilidad para las rabietas, necesidad de tener el liderazgo, etc.), dificultad para integrar los límites (conductas de oposición, dificultades de simbolización, dificultades para aceptar las reglas, etc.), facilidad para presentar procesos de somatización y dificultades para jugar, entre otras y que se presentan asociados varios de estos trastornos o de forma aislada. Por fin hay que significar que la ausencia de padre no tiene porqué llevar pareja una ausencia de figura paterna ni que ello induzca trastornos emocionales más frecuentes o característicos que para los niños/as que nacen en situaciones familiares francamente alteradas y disfuncionales por otras razones.

Principios para la intervención psicosocial

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) ha elaborado con precisión y en esquema su criterio de intervención psicosocial y coincide con nuestra experiencia. En los casos de embarazo de la adolescencia ya llegamos tarde. Lo fundamental es la tarea preventiva y de trabajo continuado a lo largo de todo el proceso evolutivo de los niños/as de forma saludable y contenedora.

3.1. *Intervenciones preventivas*: la mejor actividad preventiva es la actitud comprensiva y ética, pero sin fuertes posturas dominadas por la rigidez moral que excluya la libertad individual en el seno de unas reglas sociales básicas.

3.1.1. *Anteriores a la posibilidad del embarazo*:

278 3.1.1.1. Impedir que los niños/as vean solos la TV para que puedan integrar los mensajes sexuales y de violencia de forma adecuada.

3.1.1.2. Informar de forma adecuada sobre la sexualidad, según vayan apareciendo las demandas de los niños/as, sin precipitaciones pero sin ocultamientos.

3.1.1.3. Facilitar una adecuada información y acceso de los/las adolescentes a los COF, para lo que se puede pensar: asegurar la confidencialidad de la consulta, facilitar el acceso a libre demanda, establecer grupos de adolescentes para información y discusión en días concretos, formación en temas de adolescentes para los profesionales.

3.1.1.4. Estimular la comunicación fluida en el ambiente familiar, para que las relaciones afectivas se manifiesten de forma adecuada. Ello comporta detectar e intervenir precozmente ante situaciones de riesgo psicosocial, p.e. violencia familiar, malos tratos y abandono de los hijos/as, etc.

3.1.2. *Posteriores al embarazo.*

3.1.2.1. Fomentar una actitud positiva, receptiva y comprensiva hacia la adolescente embarazada. Es la medida más adecuada y que puede estimular la petición de apoyos más específicos por parte de la adolescente y evitar las huidas y fugas.

3.1.2.2. Estimular el seguimiento precoz y de forma correcta del embarazo.

3.1.2.3. Facilitar la información oportuna y los apoyos necesarios para que pueda tomar una decisión acerca de opciones comprometidas, como pueden ser el aborto o la cesión para adopción del niño/a. Una vez facilitada la información, posibilitar la discusión de las dudas que pudieran surgir, prestar el apoyo (personal, profesional e institucional).

3.1.2.4. Seguimiento y apoyo familiar y de la adolescente durante todo el proceso y con posterioridad.

3.2. *Intervenciones terapéuticas:* ya se refieren cuando se han establecido algún tipo de dificultades, bien sea durante el período de crianza para el desarrollo de las funciones de parentalidad o bien en el desarrollo del niño/a. El principio rector de este tipo de intervenciones debe ser: abordaje multidisciplinar, posiblemente multi-institucional, pero con coresponsabilización, tanto de profesionales como de instituciones.

3.2.1. *Psicoterapia:* de entre los diversos medios creemos más eficaces, según nuestra experiencia clínica, los siguientes:

3.2.1.1. Psicoterapia diádica madre-hijo/a: fundamentalmente se dirige a la interacción madre-bebé. Puede ser ayudada con video, con las técnicas sugeridas por Lebovici, Cramer, Palacio y Manzano, entre otros, y que nosotros hemos desarrollado en dos tiempos: establecer el trabajo diádico inicial mientras se graba en video, posteriormente se revisa la grabación en conjunto con las figuras parentales y se trabajan los contenidos.

3.2.1.2. Psicoterapia focal: dirigida exclusivamente a cada problema que vaya apareciendo a lo largo del proceso evolutivo, debe permanecer la accesibilidad y disponibilidad del terapeuta y del servicio asistencial.

3.2.1.3. Técnicas de counseling: van dirigidas al conjunto de la situación familiar y se orientan como contención de ansiedades y a una elaboración positiva de la situación.

3.2.1.4. Técnicas de abordaje grupal: los grupos de madres y cuando sea posible de madres y padres en situaciones similares y/o de dificultad psicosocial, se han demostrado útiles y eficaces. Existen varias posibilidades: grupos de discusión, grupos operativos, grupos terapéuticos y grupos de orientación social. Se precisa formación específica en grupos y supervisión para todos los tipos de grupos, quizá se podrían exceptuar los grupos de autoayuda y los de orientación social por no ser, en sentido estricto, grupos psicoterapéuticos sino grupos con posibles efectos terapéuticos.

3.2.1.5. Psicoterapias individuales: pueden dirigirse a la joven madre adolescente o hacia el niño/a, su indicación depende más del proceso psicopatológico subyacente y/o acompañante, que del hecho de ser una maternidad en la adolescencia.

3.2.2. *Las ayudas sociales y/o intervenciones sociales:* se dirigen a la cobertura de las necesidades familiares, son *medidas complementarias* útiles y eficaces, cuando se inscriben en una intervención meditada y coordinada con las anteriores. Evaluaciones longitudinales demuestran que: pueden ser una excelente puerta de entrada para otras intervenciones más adecuadas y, en segundo lugar, que este tipo de intervenciones por sí mismas tienen poca eficacia para ayudar a resolver el problema emocional (tanto en la madre como en el hijo/a o la interacción) derivado de esta situación. Como peligros de este tipo de intervenciones se han detectado: un posible empeoramiento de la situación emocional y un incremento de la dependencia de las instituciones.

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia es un proceso de gran interés socio-sanitario, derivado de la etapa del desarrollo de las figuras parentales, de las condiciones de vida para ellas y para el futuro ser.

Existe un importante desconocimiento sobre la magnitud del problema así como de sus repercusiones socio-sanitarias. Por esta razón se puede incidir en que

aparecen trabajos sobre la salud de la adolescencia de gran interés, pero poco se aborda esta situación a pesar de su trascendencia.

Los escasos trabajos científicos realizados en España han tenido, en muchas ocasiones, un cierto tinte moral lo que oscurecía otros contenidos de gran interés de alguno u otro tipo de trabajos. El trabajo multidisciplinar favorece la comprensión de las múltiples dimensiones de este singular y preocupante problema socio-sanitario.

279

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Interrupción voluntaria de embarazo*. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio Sanidad y Consumo, 1993.
- 2 Flórez Lozano JA. Embarazo en la adolescencia. *El Médico* 1985;36:44.
- 3 Hernández A. La primera vez. *El País* 1990:30.
- 4 Criado A. Artículo de la Sección de Sociedad. *El País* 1990:26.
- 5 Marcos N. Información. *Tribuna libre* 1987:7.
- 6 Pérez Oliva M. Pasando de anticonceptivos. *El País* 1990:22.
- 7 Orozco R y cols. Sexo en las aulas. *El Globo* 1987:62-66.
- 8 Pérez Soler A. Ayuda sexológica al adolescente. *Tribuna Médica*. 1990:19-22.
- 9 Molina Font JA, Bayés García R. Atención pediátrica a la madre adolescente y su hijo. *Ann Esp Pediatr* 1988:136-142.
- 10 López A, Serrano I, Alacaz M. Atención específica a adolescentes en anticoncepción. *Clin Invest Gin Obst* 1989;16(5):202-206.
- 11 American Academy of Pediatrics. Niños, adolescentes y Televisión. *Pediatrics* (ed. española) 1990;29(6):339.
- 12 Martín C. Jóvenes: la educación sexual. *Noticias Médicas* 1988:22-26.
- 13 Deschamps JP. Las madres adolescentes y su hijo. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente*. Madrid: Biblioteca nueva 1993;6:121-135.
- 14 McAnarney ER. *Identifying Social and Psychological antecedents of Adolescent Pregnancy*. New York: Gran Foundation WT, 1984.
- 15 McAnarney ER. Antes mejor que después. *Pediatrics* (ed esp) 1990;29(6):291-292.
- 16 Elster AB, Ketterlinus R, Lamb ME. The association between adolescent parenthood and problems behavior in a national sample of adolescent women. *Pediatrics* 1990;85:1044-1050.
- 17 Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H y cols. Mental Health of Adolescent mother: The implications of depression and drug use. *J Dev Behav Pediatr* 1987;8:111-116.
- 18 Parquet PhJ, Bailly D. Toxicomanie et grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1988;36(2-3):109-117.
- 19 Gómez Carrasco JA, Díez Fernández T. Embarazo en madre adolescente (15-18 años). Resultado neonatal. *An Esp Pediatr* 1988;29(1):7-10.
- 20 Deschamps JP. *Grossesse et maternité chez l'adolescente*. París: Centurion, 1976.
- 21 Deutsch H. Les filles mères. En: *La Psychologie des femmes*. París: PUF, (5ª edición) 1973:289-338.
- 22 Sánchez I. Embarazos precoces en Asturias. *La Voz de Asturias*, 1987:20.
- 23 Levine I, García-Coll CT, OH W. Determinaciones del establecimiento del vínculo materno-filial en madres adolescentes. *Pediatrics* (ed. española), 1985;19(1):82-84.
- 24 Bayo C. Los hijos de madres adolescentes. *Congreso Internacional Infancia y Sociedad* Madrid, 1989.
- 25 Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria (SEMFYC). Embarazo en la adolescencia y familias monoparentales. En VV.AA.: *Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud*. Barcelona: PAPPs-SEMFYC, 1994, (apartados 5.2 y 5.3).
- 26 Camp BW, Burgess D, Morgan L, Malpiede D. Infants of adolescent mothers: Maternal characteristics and developmental status at 1 year of age. *AJDC* 1984;138:243-246.
- 27 Gascón Pérez E, Ruiz Cantero MT. ¿Conocemos qué es la salud para los adolescentes? *An Esp Pediatr* 1990;32(6):538-541.
- 28 Obedman M, Aduriz S, Alazraqui S, García-Tornell F, Hernández G, Silber TJ. Medicina de la Adolescencia. *JANO* 1989;37:874-875.
- 29 Taracena del Piñal B. Adolescencia. Problemática médico-social. *Pediatrka* 1989;9(5):180-184.
- 30 Torres A. Los niños de los niños. *El País* 1987:34.
- 31 Rutllan Banyeres M. Experience de l'apprentissage aux jeunes de la régulation naturelle de la fertilité. IXème Congrès International de la Famille. París. Actes du Congrès. 1986:290-296.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE CON MUTISMO SELECTIVO

A. P. González, J. R. Gutiérrez-Casares, A. Pérez,
M. Bolívar

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz

Según definición de la APA⁽¹⁾ el mutismo selectivo (o electivo) es un trastorno de la infancia que se caracteriza por un rechazo persistente o incapacidad para hablar en una o más situaciones sociales, a pesar de conservar, en otras ocasiones, la capacidad para hablar y comprender el lenguaje hablado. Lo más frecuente es que los niños mutistas dejen de hablar en la escuela o en presencia de adultos que no sean de la familia y conserven el habla en presencia de familiares, aunque hay casos en que no se cumplen estas características⁽²⁾.

El término "mutismo electivo" fue utilizado en la literatura por primera vez en 1934 por Tramer⁽³⁾, aunque el cuadro clínico ya había sido descrito por Kussmaul en 1877⁽⁴⁾.

Aunque la APA no especifica que los síntomas deban tener una determinada duración para realizar el diagnóstico, algunos autores postulan que debería ser necesaria una duración de al menos seis meses, para distinguirlo de los muchos casos de mutismo sintomático que se presentan cuando los niños inician su escolaridad y que suelen resolverse de forma espontánea^(2,5,6). La prevalencia del mutismo selectivo, estrictamente diagnosticado, se halla alrededor de 1/6000 niños^(5,7).

Si bien estos niños suelen presentar un desarrollo y unas capacidades lingüísticas normales, la tercera parte de ellos presentan trastornos del lenguaje y la mitad de ellos un trastorno o retraso en el desarrollo del habla⁽²⁾. Se ha descrito una mayor prevalencia entre ellas de retraso mental, trastornos madurativos y trastornos neurológicos^(5,8,9).

Paniagua y Saeed⁽¹⁰⁾ distinguen el mutismo selectivo, en el cual el niño habla con los más íntimos, del *mutismo progresivo* en el que el silencio llega a extenderse incluso a los más allegados, y hacen diferencia en el pronóstico de ambos tipos.

Muchos niños, antes de presentarse el mutismo, tienen historia de absentismo escolar, problemas de separación, ansiedad, características obsesivo-compulsivas, inmadurez emocional desconfianza o gran dificultad para expresar emociones^(6,11).

En la posible etiología se han aportado múltiples etiopatogenias. Bajo un modelo psicoanalítico, teniendo como base la observación de casos, se han aportado observaciones sobre los mecanismos relacionados con la inhibición oral, control anal, ansiedad de separación, doble vínculo o identificación con el padre^(12,13).

También se han observado alteraciones en las relaciones familiares, sobre todo entre los padres^(2,5,14), así como es frecuente la aparición de antecedentes de timidez en el niño o en la familia^(2,15). Algunos autores mencionan la existencia de

algún tipo de abuso previo como posible causa^(7,9). En algunas ocasiones se ha postulado que el mutismo selectivo sea una variante de la fobia social⁽¹⁶⁾ y esto ha servido para postular enfoques terapéuticos, sobre todo psicofarmacológicos.

Algunos autores han sugerido que puede haber distintos subgrupos de mutismo selectivo pero, salvo el trabajo de Hayden⁽⁹⁾ esta posibilidad no ha sido examinada de forma sistemática. Este autor distingue varios tipos:

- La forma *simbiótica*, es el grupo más frecuente y al que suele hacerse referencia en las descripciones generales. Se caracteriza por la presencia de una madre celosa de las relaciones sociales del niño, un padre no verbal y un niño que parece sumiso pero con gran poder de manipulación.
- Los *pasivo-agresivos*, que muestran conductas antisociales y agresivas y que utilizan el silencio de modo hostil. Suele desarrollarse en familias con rasgos antisociales.
- El grupo *reactivo o depresivo*, tienen un padre o madre con trastorno afectivo, que muestran características depresivas y rechazo social. Es frecuente que se hallen antecedentes familiares de trastornos afectivos y de timidez.
- El grupo con *fobia al habla* tienen un claro temor a escucharse, incluso en una grabación, con respuestas de excitación y con gran componente vegetativo. Muestran síntomas compulsivos, con rituales abundantes.

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente es una adolescente de 13 años, que nos es remitida desde su Unidad de Salud Mental (USM), donde había estado en tratamiento psicoterápico durante tres meses, pese a lo cual no había mejorado su estado de mutismo.

Había sido una niña de apariencia normal hasta 12 meses antes del episodio index, vive en un pueblo pequeño. Su madre ha sufrido múltiples ingresos psiquiátricos por episodios depresivos graves, que la obligaron a pasar semanas en cama y que la incapacitaban para realizar sus actividades de ama de casa. Su padre, a veces, consumía excesivas cantidades de alcohol y, en esos momentos, se volvía violento con su madre sobre todo en las situaciones en que ésta se encontraba más deprimida. Algunos períodos de su vida los ha pasado con una tía materna que vive en otra ciudad y con la que tiene una buena relación de confianza, pero no la puede apoyar como quisiera ya que sufre un cuadro de distimia.

La paciente había presentado un desarrollo psicomotor dentro de la normalidad, un rendimiento escolar medio y buena integración en su ambiente, sin signos sugerentes de problema afectivo ni del lenguaje. A principios de 1994 (con 12 años) comenzó a estar triste y a preocuparse, con gran sufrimiento, por el ambiente familiar. Comienza a salir menos con sus amigas, pierde apetito y, en el colegio, descuida algunas tareas. Empeora durante la primavera, coincidiendo

con la menarquia, aunque consigue terminar el curso académico y, posteriormente, marcharse a un campamento donde sobre un fondo de normalidad aparente, se objetiva la persistencia de algunos síntomas y alteraciones emocionales. Durante este período su padre sufre un accidente y la paciente no muestra el más mínimo interés por él, incluso manifiesta su deseo de que "ojalá no se cure".

Con el comienzo del curso académico 94/95 el empeoramiento es claro, se manifiestan los síntomas de mutismo en determinados ámbitos, sobre todo el colegio. Es enviada a la consulta de Psicología y responde con una negativa, alegando que tiene miedo de que si la gente se entera la tome por una enferma mental, como le ocurre a su madre. A pesar de iniciar tratamiento psicológico continúa empeorando su estado de ánimo, en la consulta no habla y el ámbito del mutismo se extiende hasta casi ser absoluto, excepto en determinadas situaciones familiares. Empeora su rendimiento escolar, aunque se mantiene en un nivel aceptable, pierde apetito, comenta que "se ve gorda" y deja de salir con sus amigas.

En esta situación, nos es remitida por las dificultades para la exploración y por la posibilidad diagnóstica de un "cuadro psicótico" o de "anorexia mental grave". Al ser derivada a nuestra ciudad se incrementan sus miedos a ser etiquetada de enferma mental y a que la ingresen por loca, como a su madre (este tipo de quejas es la única expresión verbal que emerge de su mutismo) y por este mismo motivo se niega a todo tipo de tratamiento farmacológico.

Tras la primera consulta, que se realiza en el Servicio de Urgencias, se decide mantenerla en su domicilio y citarla para valoración más detallada. Se administra tratamiento ansiolítico para control del componente angustioso que mostraba. En las primeras consultas mantiene su oposición frontal a acudir, se muestra con la mirada siempre hacia abajo, tapándose la cara con el pelo y presenta un aspecto desaseado (se niega a arreglarse el pelo, siempre acude con la misma ropa, se niega a levantarse los días de consulta).

Se le realiza historia clínica, tomando datos de los padres, otros familiares y colegio. Las exploraciones física y neurológica, al igual que la analítica, fueron normales. Buscando la forma de comunicarnos con ella, la que se mostró más adecuada fue la forma escrita y realizada a través del procesador de textos de un ordenador personal. Con este sistema colabora con nosotros, le gusta y a veces ella misma lo solicita.

El cuadro clínico se caracteriza porque la paciente se encuentra triste, muy preocupada por las enfermedades. Cree que tiene una enfermedad muy grave, un pólipo o una leucemia, aunque no sabe bien qué significan estas palabras. No disfruta con nada y sólo se encuentra más tranquila cuando escucha a solas la música que le gusta. Muy retraída en sus relaciones sociales, apenas sale con sus amigas y, cuando lo hace, es a la fuerza y no habla con ellas. Tiene gran dificultad para conciliar el sueño por la noche, luego le cuesta gran

esfuerzo levantarse por la mañana. Con frecuencia llega tarde a clase. Existe pérdida de apetito, con pérdida moderada de peso. Aunque comenta que se ve gorda no tiene obsesión por adelgazar. Muy nerviosa en todo tipo de situaciones sociales, sobre todo en las que le son más novedosas o desconocidas. No se aprecian trastornos en la sensopercepción, ni otras alteraciones en el contenido del pensamiento que esas ideas de padecer enfermedad grave.

Debido a la falta de colaboración en las exploraciones no pueden aplicarse tests como Rorschach, en el que sólo nos escribe lo que ve y nos señala en una lámina dónde lo ve. En las primeras láminas ofrece respuestas populares, sin embargo en las láminas en las que aparece el color (relación con el exterior) da respuestas extrañas. Se aprecia una tendencia a padecer enfermedades con componente orgánico (convulsivos, somatización o cuadros psicósomáticos).

En general, el diagnóstico podría encuadrarse como una paciente con mutismo selectivo, dentro del grupo reactivo-depresivo. Se realiza planificación terapéutica basada en un:

- Tratamiento farmacológico de su cuadro afectivo y angustia: aquí nos encontramos con la dificultad de la negativa por parte de la paciente. Con la colaboración de los padres, prescribimos tratamiento con paroxetina (20 mg/día) y clonacepan (1 mg/día) que se le administra de forma bastante regular.
- Psicoterapia individual, una sesión semanal. Al principio más dificultosa pero, poco a poco la paciente colabora más a medida que va percibiendo el medio como menos hostil y que disminuye su ansiedad.
- Trabajo con la familia, informando periódicamente de la evolución y recogiendo la información y las dudas que nos aportan.

Los resultados, a los cinco meses de tratamiento han sido una recuperación del rendimiento escolar, recuperación de su estado de ánimo y de sus relaciones sociales, recuperación del apetito y peso. A pesar de ello, persiste una cierta hipotimia y en algunos ambientes, cada vez menos numerosos, las conductas mutistas.

En el mismo período de tiempo, la situación familiar ha mejorado mucho, pese a que su madre presentó un episodio depresivo. Por el momento no se aprecian resistencias familiares a la mejoría de la paciente.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El mutismo selectivo se manifiesta por importantes alteraciones en el uso del lenguaje, cuyo rasgo más importante es el fracaso para el uso del mismo en uno o varios ambientes definidos. El silencio del paciente parece más un rechazo a hablar que una incapacidad para ello. Debido a que el trastorno es muy raro no se conocen las variaciones u oscilaciones de la sintomatología. Todas estas características generales del mutismo

282 se dan en nuestra paciente, la cual, como describen algunos autores⁽¹⁾, rechaza hablar pero parece interesada en la comunicación a través de palabras sueltas, dibujos, gestos o pantomimas y, en nuestro caso, una pantalla de ordenador personal.

Si bien la edad más frecuente de aparición es entre los tres y ocho años, se han descrito casos de pacientes que, como la muestra, tienen el inicio de la enfermedad por encima de los 12 años⁽¹⁷⁾.

Se acepta que niños con mutismo electivo pueden tener un mayor riesgo de trastornos del lenguaje, enuresis o encopresis⁽⁵⁾, lo cual no ocurría en nuestra paciente, que sí presentaba los antecedentes psiquiátricos familiares y las alteraciones de las relaciones interpersonales descritas por otros autores^(5,9,17) así como otros síntomas frecuentes: timidez, aislamiento social, rasgos compulsivos, ansiedad y depresión^(1,5,9).

Aunque algunos autores han propuesto un tratamiento psicoterapéutico para el mutismo, la mayoría de la literatura avala el uso de tratamientos conductuales⁽¹⁸⁾. En aquellos pacientes en los que existen trastornos psiquiátricos asociados está indicado el uso de tratamientos específicos para dichos trastornos⁽¹⁶⁾. Así nuestra paciente recibió tratamiento con paroxetina y clonacepan dado que presentaba un trastorno depresivo asociado con rasgos ansiosos. El uso conjunto de las distintas modalidades terapéuticas produjo una mejoría significativa del cuadro clínico pero, al cabo de cinco meses, la paciente seguía presentando alteraciones psicopatológica menores que podría estar en relación con el hecho de que el pronóstico se describe como peor en los pacientes de 12 años o mayores^(9,17), y en aquéllos en que el mutismo llega a ser absoluto⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev). Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1987.
- 2 Wilkins RA. A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *Br J Psychiatry* 1998; **146**:198-203.
- 3 Tramer M. Elektiver Mutismus bei Kindern. *Z Kinderpsychiat* 1934; **1**:360-365.
- 4 von Misch A. Elektiver Mutismus im Kindersalter. *Zeitschrift fur Kinderpsychiatrie* 1952; **19**:49-87.
- 5 Kolvin I, Fondudis T. Elective mute children, psychological development and background factors. *J Child Psychol Psychiatry* 1981; **22**:219-232.
- 6 Brown JB, Lloyd H. A controlled study of children not speaking at school. *J Association Workers with Maladjusted Children* 1975; **14**:510-514.
- 7 Mac Gregor R, Pullar A, Cundall D. Silent at school-elective mutism and abuse. *Arch Dis Child* 1994; **70**:540-541.
- 8 Klin A, Volkmar FR. Elective mutism and mental retardation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; **32**:860-864.
- 9 Hayden TL. Classification of elective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980; **19**:118-133.
- 10 Paniagua FA, Saeed MA. A procedural distinction between elective and progressive mutism. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1988; **19**:207-210.
- 11 Mayer R, Ramanini MT. Il mutismo elettivo. *Neuropsichiat Infant* 1973; **147**:717-727.
- 12 Sreeve DF. Elective mutism: origins in stranger anxiety and selective attention. *Bull Meninger Clin* 1991; **55**:491-504.
- 13 Ambrosino SV, Aleesi M. Elective mutism; fixation and the double bind. *Am J Psychoanal* 1979; **39**:251-256.
- 14 Wergeland H. Elective mutism. *Acta Psychiatr Scand* 1979; **218**:228.
- 15 Lesser-Katz M. Stranger reaction and elective mutism in young children. *Am J Orthopsychiatry* 1986; **56**:458-469.
- 16 Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:1090-1094.
- 17 Kaplan SL, Escoll P. Treatment of two silent adolescent girls. *J Am Acad Child Psychiatry* 1973; **12**:59-71.
- 18 Baker L, Cantwell DP. Disorders of language, speech and communication. En: Lewis Ml (ed): *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:516-521.

Hace unos años era difícil encontrar publicaciones sobre psicofarmacología infantil y de la adolescencia, obligando a esta sección a importantes esfuerzos para su localización. En el 90, como en su día ya comentamos⁽¹⁾, se inició un cambio en esta situación que, gratamente, considero también ha llegado a nuestro país. Así en este número reseñamos dos publicaciones de autores de nuestro país que, además son activos miembros de nuestra Asociación, felicitándonos por todo ello.

LA PAROXETINA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

En este trabajo, Rodríguez Ramos y cols.⁽²⁾ se proponen conocer la eficacia antidepressiva de la paroxetina en adolescentes con trastornos del humor, revisando también los efectos colaterales presentados.

La paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS), de los más potentes y selectivos (para una mayor profundización sobre los ISRS, remitimos al lector a la revisión publicada en esta misma revista⁽³⁾).

Se trata de un estudio retrospectivo multicéntrico tipo estudio piloto.

La muestra está constituida por 25 adolescentes, 8 varones y 17 mujeres, entre 13 y 17 años, con una edad media de 15,3 ($\pm 1,30$).

La dosis inicial de paroxetina fue de 10 mg/d durante 2-6 días en 14 casos y de 20 mg/d en 11 casos. La dosis de mantenimiento fue de 20 mg/d en 24 casos y de 40 mg/d en un caso. En 17 casos la paroxetina fue en monoterapia, siete asociada a benzodiazepinas y un caso con haloperidol.

Resultados. El 76% presentó una respuesta favorable: siendo de remisión total en el 44% (11 casos) y de remisión parcial (mejoría con síntomas residuales) en el 32%. En el restante 24% la respuesta fue no favorable: sin cambios en el 16% (cuatro casos) y en el 8% se suspendió el tratamiento (un caso por mareos o hipotensión ortostática y otro por inquietud psicomotriz).

Efectos colaterales. En la mayoría de los casos, el 68% (17 casos), no se apreciaron efectos colaterales. El 24% (6 casos) presentaron efectos colaterales leves, siendo moderados en un 4% (1 caso) y severos en otro 4% (1 caso). Los efectos colaterales presentados más frecuentemente fueron: astenia (16%: 4 casos), sedación (12%: 3 casos) y náuseas (12%: 3 casos). También, en un caso o en dos (frecuencia menor al 10%), se apreciaron: taquicardia (8%), diarrea (8%), cefalea (8%), hipotensión ortostática (4%), inquietud (4%), aumento de la duración del sueño (4%), disminución de la duración del sueño (4%), y aumento de la actividad onírica (4%).

Los estudios analíticos realizados (15 casos: 60%), fueron normales:

Concluyendo, los autores que la paroxetina ofrece unos buenos resultados en el tratamiento de adolescentes con

trastornos depresivos, resultados que son similares a los mejores de los estudios abiertos revisados. Por otra parte destaca la tolerancia: excelente en el 68% de los casos y buena en el 24%.

Finalizando proponiendo la conveniencia de estudios controlados.

LOS PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El artículo reseñado⁽⁴⁾, apoyado en 79 referencias bibliográficas, es un trabajo de revisión de la paidopsicofarmacología clínica: una visión general, a cargo del grupo de Badajoz. González y cols.⁽⁴⁾ acompañan su trabajo de unas claras tablas, a modo de resumen, que nos permitimos destacar.

Dentro del clásico quehacer médico aconsejan, como regla general, la utilización de los psicofármacos con la menor dosis efectiva posible. Instaurando y finalizando el tratamiento con una dosificación paulatina, creciente o decreciente respectivamente, adaptada a la respuesta del paciente. Señalando como período medio de tratamiento los 3-6 meses y en general menor de 1 año.

El listado de los diagnósticos en Paidopsiquiatría en los que puede estar indicada la psicoterapia farmacológica lo presentan, distinguiendo los fármacos de acción totalmente aceptada de los de acción en controversia.

El rango de dosis habituales y el número de tomas, en paidopsiquiatría, es objeto de otra tabla. Así como los efectos adversos, distinguiendo entre los posibles a corto plazo, a largo plazo y al suspender el tratamiento.

Finalizando con la revisión de las indicaciones de los distintos grupos farmacológicos.

METILFENIDATO EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNO AUTÍSTICO

Quintana y cols.⁽⁵⁾ publican el primer estudio cruzado doble ciego que evalúa la eficacia y los efectos secundarios del metilfenidato (MF) en el tratamiento de niños con trastorno autístico.

En efecto, son escasos los trabajos sobre el uso de estimulantes en el trastorno autístico. Además, su utilización en el control sintomático del trastorno autístico ha sido considerada como contraindicada.

La muestra fue obtenida de las consultas externas del Instituto Psiquiátrico del Estado de New York. Constituida por 10 niños, seis niños y cuatro niñas, entre 7 y 11 años (edad media de 8,5 años, $\pm 1,3$), que cumplieran criterios diagnósticos DSM III-R de trastorno autístico.

Los niños participaron en un estudio cruzado doble ciego usando placebo y dos dosificaciones de MF: 10 mg o 20 mg dos veces al día.

284 *Resultados:* los niños mostraron una modesta, pero estadísticamente significativa mejoría con el MF frente al placebo, no apreciándose diferencias significativas entre las dos dosis de MF. Igualmente, no se encontraron diferencias significativas entre el MF y el placebo, en los efectos colaterales. La frecuencia de efectos colaterales con la mayor dosis de MF (20 mg) fueron: falta de apetito (20%), insomnio (5%), irritabilidad (4%), gastralgia (3%) y cefalea (1%) sin presentarse tics ni pérdida de peso ni alucinaciones.

Ló que, con su estudio abierto anterior⁽⁶⁾, les lleva a concluir que el MF puede ser útil en el tratamiento de niños autistas hiperactivos.

¿POR QUÉ LOS PADRES ELIGEN MEDICAR A SUS HIJOS AUTISTAS?

Ésta sería la pregunta, cuya respuesta podría resumir el objetivo de este grupo de la Universidad de Toronto en su trabajo. En efecto, Konstantareas y cols.⁽⁷⁾ se plantearon las variables relacionadas con la elección parental del tratamiento farmacológico de sus hijos autistas.

La medicación es poco utilizada en niños que cumplen criterios de trastorno autístico (TA). Ello puede ser debido en parte a la baja eficacia terapéutica percibida con la medicación.

Puede ser debido a que los terapeutas y trabajadores en este campo ven la medicación como último resorte y tienden a emplearlo solamente como alivio sintomático y durante cortos períodos de tiempo. Además, en el caso de los neurolépticos, puede ser por los efectos colaterales, principalmente las disquinesias tardías o de supresión.

Muestra: 16 niños (8%) que recibían tratamiento psicofarmacológico, entre 3,4 años y 12a.10m (12 chicos y 4 chicas), fueron estudiados de los 125 remitidos para evaluación diagnosticados de TA, entre 1983 y 1986.

De esta forma se plantearon las posibles variables que, tras un análisis discriminador previo, quedaron reducidas a cinco: presencia o ausencia de habla, irritabilidad, edad mental, tipo de familia y estrés familiar.

Resultados: encontraron que el mayor estrés familiar y la capacidad para hablar del niño (*versus* ser mudo) eran las variables que mejor discriminaban los niños medicados de los no medicados y no otras variables (como aspecto facial extraño, severidad de la sintomatología, lugar en la fratria...). Lo que está directamente relacionado con la capacidad de los padres de manejar al niño con TA. Encontrando también que la irritabilidad era la variable que más probablemente predijera el estrés familiar.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gastaminza X. ¿Nuevos tiempos, otros tiempos o sencillamente el tiempo? *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;(4):315.
- 2 Rodríguez Ramos P, de Dios Vega JL, San Sebastián Cabasés J, Sordo Sordo L, Mardomingo Sanz MJ. Estudio preliminar en adolescentes con trastornos depresivos. *Psiquis* 1995;16:21-30.
- 3 Rodríguez Ramos P, Sordo Sordo L. ¿Qué sabemos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para su uso racional en Psiquiatría infanto-juvenil? *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;(2):125-137
- 4 González AP, Gutiérrez JR, Pérez A, Martínez T. Psicofármacos en niños y adolescentes. *Farmacología del SNC* 1995;9:97-113.
- 5 Quintana J, Birmaher B, Stedje D, Lennon S, Freed J, Bridge J, Greenhill L. Use of methylphenidate in treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995;25:283-293.
- 6 Birmaher B, Quintana II, Greenhill L. Methylphenidate treatment of hyperactive autistic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:248-251.
- 7 Konstantareas M, Homatidis S, Cesaroni L. Brief report: variables related to parental choice to medicate their autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995;25:443-452.

PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

J. Rodríguez Sacristán (ed)
«Manuales Universitarios: 31»
Tomo I: 804 pp.
Tomo II: 745 pp.
Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995

En esta obra, recientemente publicada, el Prof. Rodríguez-Sacristán ha aunado la colaboración de otros 45 autores, consiguiendo una magnífica obra que perfectamente se podía haber titulado: Tratado de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia.

Reuniendo así un grupo de autores europeos, en su mayoría profesores universitarios, de gran prestigio nacional e internacional, como los Profesores Van Engeland, Verhulst, Jeammet, Dugas, Nissen, Conde, Doménech, Narbona, Polaino, o Toro, por citar alguno del todo brillante listado de autores. Todo ello con la destacada colaboración, como coordinador adjunto y también coautor, del Dr. D. José Luis Pedreira Massa.

La intención de esta obra, señalada en el prólogo del Prof. Rodríguez-Sacristán, es «ofrecer el estado actual de los conocimientos en psicopatología infantil», con el espíritu de ofrecer «la diversidad de posturas científicas que cohabitan en nuestra especialidad». Texto cuyo objetivo, considero, ha sido plenamente conseguido.

Personalmente considero destacable, entre otros muchos aspectos también de relieve, la estructuración de la obra. En efecto, al abordaje según la visión clásica (Generalidades, Examen diagnóstico, Clínica y tratamiento), también presente, se suma la visión psicopatológica evolutiva (según grupos de edad), la psicología médica infantil y la Psicopatología social infantil. De esta forma se incorporan temas originales o de gran importancia y actualidad como: el estudio desde la perspectiva de la Psiquiatría del adulto, la psicósomática infantil, la hospitalización, la maternidad en la adolescencia, adopción, maltrato infantil o el sistema judicial y la paidopsiquiatría.

En resumen, una magnífica obra cuya lectura recomendamos tanto para formación como para actualización en la especialidad.

X. Gastaminza Pérez

**THE DEPRESSED CHILD AND ADOLESCENT:
DEVELOPMENTAL AND CLINICAL PERSPECTIVES**

Ian M. Goodyer (ed)
Cambridge Monographs in child and adolescent psychiatry.
Cambridge: Cambridge University Press, 1995. 354 pp.

Con este libro se presenta la primera de una colección de monografías de Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Esta

colección pretende, en cada tema, ofrecer conjuntamente los aspectos del desarrollo normal y los psicopatológicos. Elijiendo los temas de mayor impacto, por el desarrollo del conocimiento, en la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental.

En esta monografía se revisa la depresión en la infancia y la adolescencia, su naturaleza y sus características. Planteándose tanto los aspectos teóricos como los prácticos, destacando la focalización, cuando ha sido posible, en la continuidad o discontinuidad entre los estados emocionales normales y la depresión clínica.

Después de la revisión histórica de la depresión en la infancia, los diversos autores abordan los aspectos de desarrollo, sociales, psicológicos, fisiológicos, genéticos, biológicos, considerando su interacción, su abordaje terapéutico, para finalizar con la perspectiva longitudinal, consiguiendo un texto interesante y coherente.

R. Vacas Moreira

**MANUAL OF CLINICAL CHILD AND ADOLESCENT
PSYCHIATRY**

Kenneth S. Robson (ed)
Washington: American Psychiatric Press, 1994. 497 pp.

Esta obra es una revisión de la primera edición aparecida en 1986. Actualizada, siguiendo el DSM IV de la APA, y ampliada, con nuevos capítulos (neuropsicología, abuso de alcohol y tóxicos, retraso mental y genética).

Dirigida a médicos en formación iniciándose en la especialidad. Ha sido realizada con el principal propósito de proporcionar un texto, práctico y resumido, de introducción a la paidopsiquiatría, tipo manual MIR. Así se presenta como un texto claro y conciso que, con su formato reducido y encuadernación con anillas, facilita su utilización.

Está estructurado en tres grandes apartados: 1) Valoración diagnóstica (Introducción, Consideraciones técnicas, Exploración física, neurológica y de laboratorio, Tests psicológicos, Valoración neuropsicológica, Diagnóstico diferencial y tratamiento); 2) Aproximación al tratamiento (Introducción, Psicoterapias, Terapia familiar, Terapia de grupo, Terapia de conducta y psicoeducativa, Tratamiento de los trastornos graves, Hipnosis, Farmacoterapia y Urgencias) y 3) Consulta y problemas clínicos especiales (Consultas, Paidopsiquiatría forense, abuso de alcohol y tóxicos, Adopción, Retraso mental, Investigación).

En fin, una obra práctica dirigida a especialistas en formación que puede ser un resumen útil para el especialista.

R. Vacas Moreira

286

I CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA. JORNADAS DE PSICOPEDIATRÍA

Organiza: Unitat d'Estudi del Comportament de la Unitat de Psiquiatria Infantil i de la Joventut de l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, UAB. Càtedra de Psiquiatria, UAB. Càtedra de Pediatria, UAB. Patrocinio y colaboración de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil, Societat Catalana de Pediatria, Asociación Española de Psiquiatria Infanto-Juvenil, Institut d'Estudis de la Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y Hospitals Vall d'Hebron.

Reconocido de interés sanitario por el IES, con 2 créditos de valor (horas lectivas 22).

Información y secretaría: Dra. R. Vacas. Gran Vía de les Corts Catalanes, 575, pra. 1ª; 08011 Barcelona. Tel. (93) 323 47 32.

Sede del curso: Salón de actos de los Servicios Centrales dels Hospitals Vall d'Hebron.

Barcelona del 8 al 10 de enero de 1996

2º CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA. JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

Organiza: Unitat d'Estudi del Comportament de la Unitat de Psiquiatria Infantil i de la Joventut de l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, UAB. Càtedra de Psiquiatria, UAB. Càtedra de Pediatria, UAB. Patrocinio y colaboración de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil, Societat Catalana de Pediatria, Asociación Española de Psiquiatria Infanto-Juvenil, Institut d'Estudis de la Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y Hospitals Vall d'Hebron.

Reconocido de interés sanitario por el IES, con 2 créditos de valor (horas lectivas 22).

Información y secretaría: Dra. R. Vacas. Gran Vía de les Corts Catalanes, 575, pra. 1ª; 08011 Barcelona. Tel. (93) 323 47 32.

Sede del curso: Salón de actos de los Servicios Centrales dels Hospitals Vall d'Hebron.

Barcelona del 11 al 13 de enero de 1996

TERCER SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRÍA

Organiza: Unidad de Psiquiatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Ctra. de Canyet, s/n.; 08916 Badalona (Barcelona). Tel. (93) 465 12 00 ext. 283/369. Fax. (93) 395 42 06.

Secretaría técnica: Grupo Geysco, S.L. C/ Muntaner, 77; 08011 Barcelona. Tel. (93) 453 92 89. Fax. (93) 454 24 94.

Lugar: Hotel Princesa Sofía. Plaza Pío XII, 4; 08028 Barcelona. Tel. (93) 330 71 11.

Barcelona, del 22 al 23 de marzo de 1996

CALIDAD DE VIDA EN PSIQUIATRÍA

Organización e información: Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Departamento de Formación. Tel. (977) 31 00 66 exts.: 304 y 208.

Reus (Tarragona), del 28 al 30 de marzo de 1996

V CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE AUTISMO

Organiza: Asociación Internacional Autismo-Europa.

Información: Fundació Congost Autisme. C/ Sant Antoni Mª Claret, 282 A, 2ª 2ª; 08041 Barcelona. Tel. 93-435 1679. 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

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

Sesiones de Comunicaciones libres.

Ponencias

Comorbilidad en psiquiatria 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, mayo de 1996

Dirigido a:

Dirección General de Ordenación Profesional
Ministerio de Sanidad
Madrid

In the meeting of the UEMS Specialist Section for Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy (CAPP) on 1st October, 1994 in Vienna the Spanish delegates expressed their concern about the situation of the specialty in their own country.

As the Secretary of the Specialist Section I would like kindly inform you that Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy is acknowledged as an independent, autonomous specialty within the European Union of Medical Specialists since August 1993. According to the recently accepted requirements for CAPP training (Chapter 6, Charter on Training of Medical Specialists in the EU) a minimum duration of the training should be 5 years of which 4 years should be pure CAPP.

It is important especially from the view point of the free movement of professionals in the European work market that the status and training standards of medical specialties are equal in the European Union countries. The status and training standards being different in one EU country means that the professionals from this country will remain in an unjustified and underprivileged position in this respect.

For your information I like to enclose a report about the background of the Specialist Section, the fore-mentioned requirements of specialist training in Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, and a report about the situation of the specialty in EU- and EFTA countries.

With kind regards.

Sincerely yours,

Jorma Piha
Secretary

En la reunión de la Sección de Especialidades de la UEMS (Union Europeenne des Medecins Specialistes) relativo a la Psiquiatría/Psicoterapia del Niño y del Adolescence (CAPP) celebrado el pasado 1 de octubre de 1994 en Viena, los delegados españoles expresaron su interés sobre la situación de la especialidad en su propio país.

Como Secretario de la Sección de Especialidades me gustaría amablemente informarle que la CAPP está reconocida como una especialidad independiente y autónoma dentro de la Unión Europea de Especialidades Médicas desde agosto de 1993. De acuerdo con los requerimientos recientemente aceptados para la preparación del CAPP (Capítulo 6, cuadro sobre la Preparación de las Especialidades Médicas en la UE), la duración mínima de la preparación debería ser de cinco años, de los cuales cuatro serían de auténtico CAPP.

Es importante, especialmente desde el punto de vista de libre movimiento de profesionales en el mercado laboral europeo, que los estatus y estándares de preparación de las especialidades médicas sean iguales en los países de la UE. Que los estatus y estándares de preparación sean diferentes en un país de la UE significa que los profesionales de ese país permanecerán en una posición injustificada y menos privilegiada a este respecto.

Para su información, me gustaría adjuntarle un artículo sobre el trasfondo de la Sección de Especialidades, los antes mencionados requisitos para la preparación especializada en Psiquiatría/Psicoterapia del Niño y del Adolescente (CAPP), y un artículo sobre la situación de la especialidad en los países de la UE y la EFTA.

Sinceramente,

**288 TEXTO DE LA PROPOSICIÓN NO DE LEY
APROBADA EN LA COMISIÓN DE SANIDAD DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

La aprobación de la Proposición no de ley en la Comisión de Sanidad del Congreso de los diputados se realizó *por unanimidad de todos los grupos parlamentarios*, lo que representa un gran apoyo parlamentario al proyecto. El texto de dicha proposición no de ley en el siguiente: *«El congreso de los Diputados insta al Gobierno para que en breve plazo, tras estudios e informe del Comité de Areas de Capacitación Específica del Consejo General de Especialidades Médicas, se creen áreas de capacitación específica entre las que figuraría la psiquiatría infantil. Ello se realizaría a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo, en desarrollo de los previstos en el artículo 3 del Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista»* (Pág. 39.1 y 39.2 del Acta de la Comisión de Sanidad del Congreso de los diputados, celebrada el día 20.06.95).

**INFORME EMITIDO POR EL COMITÉ DE ÁREAS
DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA**

Este Comité, tras las reuniones celebradas los días 16 de febrero, 4 de abril y 13 de junio del año en curso, acuerda por unanimidad elevar al Pleno del Consejo nacional de Especialidades Médicas para su aprobación, el concepto y criterios que definen el Área de Capacitación específica.

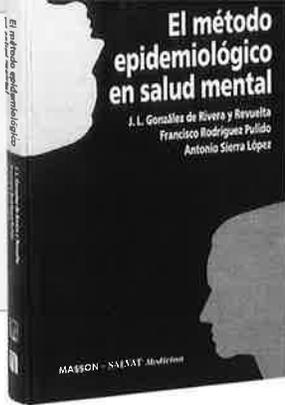
Definición

«Es el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad y/o extensión, a los recibidos en el período de formación como especialista y desarrollados sobre una parte del contenido de una o

más especialidades, en que ya exista interés asistencial y científico suficiente y una dedicación significativa de un grupo de especialistas».

Este conjunto de conocimientos científicos y habilidades con aplicación asistencial debe cumplir las condiciones siguientes:

- 1) Contenido de conocimientos y habilidades de entidad suficiente añadidos a especialidades preexistentes.
- 2) Número adecuado de especialistas con dedicación profesional a ese Área de Capacitación Específica.
- 3) Previsión de inmediata o futura actividad asistencial e interés social.
- 4) Que no se base únicamente en la existencia de un instrumento o de una técnica.
- 5) El acceso al Área de Capacitación Específica deberá realizarse a partir de una o de varias especialidades.
- 6) El desarrollo del programa se realizará en unidades docentes acreditadas para tal fin.
- 7) La formación debe basarse en el principio de responsabilidad progresiva y supervisión que rige en la formación especializada.
- 8) Las unidades docentes, doblemente acreditadas para la formación especializada y para las áreas de capacitación específicas, garantizarán la adecuada formación sin menoscabo de ninguna de ellas.
- 9) El catálogo de las Áreas de Capacitación Específica, será aprobado y actualizado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
- 10) La o las Comisiones nacionales implicadas emitirán al Consejo Nacional de Especialidades Médicas los informes preceptivos de acreditación y control de las Áreas de Capacitación Específica.
- 11) El reconocimiento oficial de la capacitación específica de un área podrá obtenerse desde:
 - La práctica debidamente acreditada.
 - La formación reglada en unidad acreditada.
- 12) El número de especialistas que pueden acceder a esta formación será regulado en función de las necesidades sanitarias del país.



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-contrroles. 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 desinstitutionalización 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: 6.500 Ptas. con IVA y 6.250 Ptas. sin IVA (cód. 0138)

Nota LORTAD: Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne y rectificarla 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



VIENEN
CLIENTES
Tel. 93-416 02 68

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[®] 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): 5.215 Ptas.

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.
P⁹ de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/564.26.33. Fax 91/563.02.17

farmix