

Año 1995

Nº 2

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



EDITORIAL GARSÍ, S.A.

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

CUARTO PREMIO FUNDACIÓN URIACH DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONVOCATORIA

Es finalidad primordial de la Fundación Uriach promover y desarrollar la Investigación Científica Española en los campos de la Medicina y de la Farmacia. En consecuencia, la Fundación Uriach decidió convocar un Premio bienal que cumpliera el doble objetivo de recompensar el esfuerzo de personalidades distinguidas en el campo de las Ciencias de la Salud en el ámbito español y, al mismo tiempo, ayudar a la continuidad y progreso de su línea de trabajo e investigación.

Con estos objetivos la Fundación Uriach convoca el Cuarto Premio, de acuerdo con las siguientes bases.

BASES

Artículo 1. Dotación y distribución del Premio

El Premio de la Fundación Uriach de Ciencias de la Salud tiene una dotación en metálico de **quince millones de pesetas**. De esta cantidad total, cinco millones

corresponderán a la personalidad galardonada y diez millones a la Institución Pública o Privada, en la que la persona premiada vaya a continuar su trabajo y con la finalidad de ser utilizada exclusivamente, según criterio del galardonado, para la adquisición de bienes de equipo o mejora de instalaciones directamente relacionados con su propio trabajo o investigación.

Artículo 2. Criterios de selección

Dentro del amplio campo de las Ciencias de la Salud, la Fundación Uriach determinará en cada convocatoria temas específicos que, a su juicio, convenga destacar y promover.

El Premio Fundación Uriach de Ciencias de la Salud pretende distinguir un esfuerzo sostenido y fructífero en el área convocada. Por otra parte, pretende también ayudar a continuar la labor realizada. Por estos motivos deberán presentarse como candidatos personas que estén profesionalmente activas en el momento de la convocatoria.

De acuerdo también con las finalidades de la convocatoria, la mayor parte de la labor premiada ha de haber sido realizada en España. El candidato tiene que residir en España en el momento de la convocatoria y estar trabajando en un Centro Público o Privado radicado en España. El Premio será personal e indivisible.

Artículo 3. Presentación de candidaturas

Los candidatos pueden presentarse a título personal. Asimismo, las Academias, Centros Públicos o Privados de Investigación, Docencia o Asistenciales pueden presentar propuestas razonadas de candidatos. Todas las candidaturas deben dirigirse al Presidente de la Fundación Uriach, calle Degà Bahí, 59, 08026 Barcelona, y deben ir acompañadas de un curriculum vitae detallado.

Artículo 4. Jurado y reglamento de adjudicación

Cada Premio convocado será resuelto por un jurado propio, designado por la Fundación Uriach. Entre los componentes figurará necesariamente un miembro de la Real Academia de Medicina de Barcelona y otro de la Real Academia de Farmacia de Barcelona. El Premio se otorgará al candidato que obtenga la mayoría de los votos emitidos por los componentes del jurado. En el caso de empate decidirá el voto del Presidente del jurado.

Artículo 5. Tema y plazo

El tema del Cuarto Premio de la Fundación Uriach de Ciencias de la Salud es el siguiente: «**Neurología**». El plazo de presentación de candidaturas para esta convocatoria quedará cerrado el día **15 de julio de 1995**.



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

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.

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, podrán ser publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de 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.

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

S U M A R I O

Comentario breve	La comunicación en el medio familiar: los nuevos modelos educativos <i>M.J. Mardomingo Sanz</i>	69
Artículos originales	La suerte como determinante del éxito social (PSDS): su asociación con variables sociales, clínicas, familiares y educativas en la adolescencia <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón, C. Gil-Díez Usandizaga, J. García Rodríguez</i>	73
	Niños y adolescentes con infección VIH: aspectos psiquiátricos y de salud mental y problemática socio-familiar <i>R. García Pérez, M.I. de José Gómez</i>	81
	Psicopatología y modos de afrontamiento en un grupo de padres de niños enfermos crónicos <i>M.S. Ampudia, X. Gastaminza, I. Quiles, R. Ortega, J. Tomás, L.M. Martín, M.I. Hernández</i>	96
	De la ambigua relación entre el tratamiento con estimulantes y los tics <i>P. Rodríguez Ramos, M.A. Fernández Álvarez</i>	103
	Aplicación de reforzamiento diferencial y tiempo fuera para eliminar conductas autolesivas en una niña con deficiencias sensoriales <i>I. Moreno García</i>	110
Artículos de revisión	La epidemiología en Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y la adolescencia en la actualidad: límites y perspectivas <i>J.L. Pedreira Massa</i>	119
	Planificación clínico-terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente <i>J.R. Gutiérrez-Casares, T. Alcaína, A. Pérez, I. Gálvez</i>	127
Caso clínico		135
Reseñas terapéuticas		137
Comentario de publicaciones		139
Agenda		140

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

S U M M A R Y

Brief commentary	Family communication: the new educational models <i>M.J. Mardomingo Sanz</i>	69
Original articles	Luck as determinant of social success (PSDS). Its association with social, clinical, educational and domestic variables in adolescence <i>J.A. López Villalobos, F. Ruiz Sanz, M.I. Sánchez Azón, C. Gil-Díez Usandizaga, J. García Rodríguez</i>	73
	Children and adolescents suffering from HIV: mental health and psychiatric aspects and social-familiar issues <i>R. García Pérez, M.I. de José Gómez</i>	81
	Psychopathology and coping among parents with chronically ill children <i>M.S. Ampudia, X. Gastaminza, I. Quiles, R. Ortiga, J. Tomás, L.M. Martín, M.I. Hernández</i>	96
	About the ambiguous relation among stimulant treatment and tics <i>P. Rodríguez Ramos, M.A. Fernández Álvarez</i>	103
	Use of differential reinforcement and time-out to eliminate self-injurious behaviour in a girl with sensorial deficiency <i>I. Moreno García</i>	110
Review articles	Epidemiology in child and adolescent psychiatry: today and future <i>J.L. Pedreira Massa</i>	119
	Clinical and therapeutical planning in child and adolescent psychiatry <i>J.R. Gutiérrez-Casares, T. Alcaína, A. Pérez, I. Gálvez</i>	127
Clinical case		135
Therapeutical summary		137
Publications commentary		139
Calender		140

M^a J. Mardomingo Sanz

La comunicación en el medio familiar: los nuevos modelos educativos

Sección de Psiquiatría Infantil
Hospital General Gregorio Marañón
Universidad Complutense, Madrid

Family communication: the new educational models

Correspondencia:

M^a J. Mardomingo Sanz
Sección de Psiquiatría Infantil
Hospital G. U. Gregorio Marañón
Doctor Esquerdo, 46
28007 Madrid

Uno de los temas recurrentes en las consultas de psiquiatría, psicología infantil y pediatría es la educación de los hijos y las dudas e incertidumbres que sufren los padres al respecto. El tema de la educación surge relacionado con cuestiones de disciplina y autoridad y también con pautas y modelos de comunicación en el medio familiar.

Los padres con hijos pequeños y sobre todo los padres con hijos adolescentes, que nacieron en la década de los años cuarenta, descubren que viven en un mundo de cambios velocísimos, trepidantes, que no pueden controlar, un mundo donde difícilmente encaja el estilo de vida familiar que compartieron con sus propios padres y el estilo de comunicación que marcó su propia infancia y adolescencia.

Dicho de forma resumida y sin duda incompleta, los padres de finales del siglo XX se quejan de falta de autoridad, de desconcierto ante las pautas educativas y los valores que deben transmitir a los hijos, de falta de tiempo para el diálogo y la comunicación, de ser máquinas de hacer dinero, de tener una relación superficial con la mujer o con el marido, que a veces acaba en distanciamiento absoluto, y de no conocer de verdad a sus hijos, con quienes mantienen en algunos casos una relación más bien propia de una cuenta bancaria. Tienen un cierto sentimiento de frustración y de desencanto.

Pero sin duda ninguna, esta situación comenzó hace mucho tiempo y se ha ido gestando a través de decisiones que se toman día a día, que imprimen un determinado carácter a la vida cotidiana y confieren un estilo específico a la vida de cada familia.

Vivimos en un mundo que sufre una profunda crisis de valores. Las relaciones familiares tienen que afrontar el reto de cambios sociológicos importantes, baste citar dos: la incorporación de la mujer a la actividad profesional y al trabajo fuera de casa, y el abandono de un modelo autoritario en la relación con los hijos, que se ha mostrado insuficiente y ajeno a la nueva sensibilidad de los tiempos.

Junto a esto, hay que destacar, el culto al dinero, la enfermedad de nuestros días; el individualismo feroz, todo el mundo tiene derechos y casi nadie tiene deberes; la fascinación por las apariencias, el tenerle ganada la partida al ser; y por último, la entrega al consumo desmedido, siguiendo fielmente los eslóganes de una publicidad que identifica comprar con ser feliz.

La incorporación de la mujer al trabajo fuera de casa y a la actividad profesional, es uno de los acontecimientos históricos más destacados de nuestro siglo. Para la mujer ha supuesto la emancipación económica e intelectual, y por tanto, lograr la igualdad de hecho, y no

70 sólo de derecho, con el varón, y ha supuesto también tener un mundo propio de relaciones sociales que ya no está supeditado a las relaciones sociales del marido. Pero estos logros se acompañan de algunos inconvenientes: tener una profesión significa en la mayoría de los casos trabajar dos veces, fuera y dentro de casa, cosa que por otra parte han hecho y siguen haciendo las mujeres que viven en medios agrícolas y rurales, trabajan en casa y en el campo y encima no cobran; significa también que cambia el ritmo de vida y queda menos tiempo para la educación de los hijos y para estar con el marido, y en último término, queda menos tiempo para comunicarse y compartir la vida.

El segundo cambio importante se refiere al modelo educativo en la familia, y por tanto, al tipo de relación de los padres con los hijos y viceversa. Este cambio ha sido especialmente patente en nuestro país y ha afectado de pleno a la generación de padres que se encuentran como se decía más arriba en la década de los cuarenta años. La relación con sus propios padres estaba clara: el padre representaba la autoridad, la instancia última en cuestión de criterios y la madre lo apoyaba explícita o implícitamente. El hijo podía no estar de acuerdo, pero sabía a qué atenerse. El reparto de papeles en la familia estaba perfectamente definido y en términos generales, las mujeres, madre e hijas, tenían un papel subsidiario de los varones. Las chicas ya se habían incorporado a la universidad, pero en la mayoría de los casos, seguían estudiando carreras propias de mujeres y era bastante inconcebible que una mujer tuviera una actividad profesional más compleja que el marido y que ganara más.

La caída del modelo autoritario en la familia, que no puede separarse de otra serie de cambios sociales y económicos, en los que ahora no vamos a entrar, se siguió de un nuevo reparto de papeles: el padre que se sentía inseguro, ante un mundo tan cambiante, y comprendía que el tipo de relación que había tenido con su propio padre ya no valía, quiso ser amigo de su hijo, y se convirtió en un colega cuya opinión era tan discutible como la de cualquier compañero de la calle. Quiso que su hijo no pasara las privaciones que él conoció, y se convirtió en un dispensador de dinero y cosas materiales, siempre insuficiente, generando hijos egoístas y explotadores, alienados por la necesidad de tener y lograr cosas sin el menor esfuerzo. La madre, que tradicionalmente se ha ocupado de la educación de los hijos, y de apoyar las opiniones del marido, se sintió

desbordada ante retos educativos nuevos y desconocidos, con discusiones frecuentes y muchas veces precipitadas con el marido, sin lograr aclarar qué tipo de vida familiar deseaban tener y qué tipo de educación querían dar a los hijos.

Algunos de estos padres pensaron que su salvación estaba en el colegio, al colegio le correspondía educar a los niños, para eso pagaban. Y para no dejar de poner ningún medio a su alcance para lograr este objetivo, el horario escolar se complementó con actividades extraescolares: judo, ballet, natación, idiomas, fueron completando un programa de educación, que por fuerza, tenía que ser extraordinario. Y tal vez era extraordinario pero tenía algunas contrapartidas: los hijos no tenían tiempo para jugar, no digamos para leer, y el poco que tenían lo empleaban en ver la televisión; la familia no tenía tiempo para hablar, no digamos para dialogar y las veces que hablaban era para discutir sobre notas, dinero y problemas de disciplina. Dos problemas de disciplina aparecen de forma repetida, el horario a lo largo del día y la hora de volver a casa de los adolescentes. El problema del horario a lo largo del día, consiste no sólo en que a los adolescentes les gusta levantarse tarde, sino en que la familia ya no come junta, porque cada uno tiene su horario y come y cena cuando le conviene; y en que tampoco pasan ratos juntos, pues el rato que se podría estar juntos, se dedica a ver la televisión y como cada uno tiene sus programas favoritos y en la casa hay varias televisiones, cada cual se marcha a su cuarto a disfrutarlo.

La hora de volver a casa es el tema eterno ante el que se acaba por claudicar, salir de 12 a 6 es la moda y todos lo hacen.

Ante este estado de cosas y ante un hecho horrendo acaecido en los últimos años, la aparición de niños y adolescentes asesinos, los padres en particular y la sociedad en general se pregunta dónde estamos y hacia dónde vamos. El modelo autoritario era inhumano pero el modelo permisivo es un desastre.

El carácter pernicioso del autoritarismo a ultranza y de la permisividad sin límites, se pone especialmente de manifiesto en las consultas de psiquiatría. Ambas actitudes educativas suelen dar un resultado común: jóvenes agresivos y frustrados, incapaces de asumir sus responsabilidades y de sentir solidaridad y compasión por los demás.

Muchas veces los padres consultan cuando el problema ya es incontrolable. El hijo ha llegado a la adolescen-

cia, ha fracasado en el colegio, tiene problemas en las relaciones sociales y tiene problemas en las relaciones familiares. El diálogo con los padres, si es que ha existido alguna vez, se ha sustituido por las discusiones, las broncas y la incomunicación. En un porcentaje importante de estos chicos, se da la circunstancia de que están habitualmente solos en casa a la vuelta del colegio, por trabajo de ambos padres, u otras circunstancias, y el padre es una figura ausente que apenas participa en la educación de los hijos. Los padres tampoco dialogan entre sí.

Cuando se estudia el tipo de relación que mantienen los padres con los hijos, y por tanto los modelos educativos y de interacción en la familia, se detectan tres fundamentales, lo cual no quiere decir que deban presentarse en estado puro. Estos modelos son: el autoritario, el permisivo y el que se ejerce con diálogo y autoridad.

En el modelo autoritario, los padres, fundamentalmente el padre, imponen sus ideas, criterios y decisiones rígidamente, sin paliativos y sin tener en cuenta las necesidades del hijo, las características de personalidad, -cada hijo es distinto-, sus deseos, sus dificultades y sus gustos personales. Los padres no dialogan con el hijo, no le escuchan y de alguna forma le humillan. El argumento máximo y único es "yo soy tu padre y tu harás lo que yo te diga". El niño y el adolescente, al no ser tratados de una forma personal y respetuosa, desarrollan una imagen de sí mismos deficiente, no aprenden a sentir respeto por sí mismos ni por los demás, no adquieren autonomía personal, no saben tomar decisiones y muchas veces fracasan en las relaciones sociales y desarrollan comportamientos agresivos.

En el polo opuesto se sitúa el modelo permisivo. Como su nombre indica, en la educación de los hijos todo está permitido. Al hijo hay que darle libertad para que su personalidad se desarrolle y no crearle traumas. El padre y la madre, permisivos e indulgentes, no transmiten al hijo cuáles son las pautas de comportamiento que están bien y que están mal, y por tanto no le comunican al hijo lo que esperan de él de tal forma que el niño no tiene puntos de referencia, para su propia conducta. Los padres no ponen límites a los comportamientos inapropiados y acceden sistemáticamente a todos los deseos del hijo. El niño no adquiere la capacidad de controlarse, no tolera que le contradigan, no tolera la frustración, y reaccionan con agresividad e ira ante el menor contratiempo. Las exigencias a los

padres van aumentando de forma progresiva, se convierte en un pequeño tirano que no tiene en cuenta las normas más elementales de educación ni las necesidades de los demás. No es infrecuente que ante esta situación, los padres reaccionen poniendo castigos desproporcionados en ciertos momentos, que acaban en general por no cumplirse, con el mayor desprestigio y pérdida de autoridad de los padres, si es que les quedaba alguna. Estos padres tienden a justificar sistemáticamente el comportamiento del hijo y la falta de colaboración y disciplina, que siempre atribuyen a factores ajenos al propio hijo, que nunca es responsable de nada y acaba efectivamente con una irresponsabilidad casi absoluta. Es un niño inmaduro, dependiente y poco feliz.

El modelo educativo que se basa en la autoridad de los padres y en el diálogo con el hijo se caracteriza porque los padres explicitan las pautas de comportamiento que se esperan del hijo, ambos padres están de acuerdo y transmiten una imagen de respeto mutuo. Los criterios educativos no se cambian de forma arbitraria y además los padres son coherentes y adaptan su propia conducta a esos mismos criterios. Los niños y los jóvenes captan por ósmosis lo que los adultos de verdad viven y sienten y no toleran la hipocresía y la mentira. Los padres dialogan con el niño, le hacen partícipe de las decisiones que toman, y que a él le afectan de acuerdo con la edad, y respetan sus necesidades y gustos personales, siempre que sea posible. Los padres fomentan los sentimientos de seguridad del hijo, transmitiéndole una imagen personal positiva. El hijo sabe que le quieren por lo que es, y no por las notas que saca. Los padres favorecen que el hijo asuma responsabilidades y adquiera sentido de la independencia, y al mismo tiempo ponen límites al comportamiento del hijo, de forma razonable, con firmeza y sin tolerar los chantajes.

Los hijos que viven en un ambiente educativo de estas características tienen en general una buena adaptación familiar y social, se mueven más por motivaciones internas que por premios externos, tienden a asumir las responsabilidades que les corresponden, adquieren sentido de la disciplina y del esfuerzo, respetan a los padres y se identifican con sus deseos, son tolerantes, seguros e independientes, y acaban superando las frustraciones.

Los adultos de finales de siglo tienen que decidir qué mundo y qué sistema de valores desean para sus hijos, y esta decisión no siempre es fácil. Muchos de ellos han pasado de forma vertiginosa de la sociedad agrícola y de

72 subsistencia de su propia infancia, a una sociedad de consumo desmedido, de un modelo autoritario en la comunicación familiar a un modelo permisivo en que ningún papel está definido.

En un mundo en que se ha generalizado el lenguaje vulgar y los modales ordinarios, y el valor personal se

mide en dinero y apariencia, los padres y los adultos en general aún tienen la oportunidad de transmitir a los niños y a los jóvenes el gusto por la educación, entendida como cultivo de la inteligencia, sensibilidad hacia los demás, respeto por uno mismo y pasión por la verdad y la belleza.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y el adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

J. A. López Villalobos
F. Ruiz Sanz
M. I. Sánchez Azón
C. Gil-Díez Usandizaga
J. García Rodríguez

Unidad de Salud Mental
Palencia

Correspondencia:

J. A. López Villalobos
C/Trigales nº 12-5º C
34003 Palencia

La suerte como determinante del éxito social (PSDS): su asociación con variables sociales, clínicas, familiares y educativas en la adolescencia

Luck as determinant of social success (PSDS). Its association with social, clinical, educational and domestic variables in adolescence

RESUMEN

Definimos la *suerte* según la teoría atribucional como un factor externo e inestable en situación de logro y encontramos que esta variable está asociada al locus de control externo definido por Rotter.

En función de diversas hipótesis que definen el progresivo incremento de externalidad en los adolescentes de nuestra sociedad, decidimos conocer si percibían la suerte como determinante del éxito social (PSDS) en mayor medida que la capacidad o los conocimientos (PCDS) y posteriormente analizamos su asociación con variables clínicas, sociológicas, familiares y educativas, estudiadas por investigadores del locus de control en la adolescencia.

Un cuestionario que contiene los elementos definidos con anterioridad fue implementado por una muestra de 577 adolescentes y los distintos factores fueron analizados a través de "Statistical Package for Social Sciences", observándose medidas de significación estadística y del grado de asociación entre las variables analizadas.

Los resultados observan que PSDS es una variable cognitiva asociada al locus de control externo, pero no se comporta de idéntica manera. La dimensión

PSDS es un factor diferencial en cuanto a la consideración del bienestar social, percepción de autoritarismo y relación con el profesorado; pero no se diferencia de forma significativa de PCDS en la percepción adolescente de las relaciones familiares, ni en las variables clínicas analizadas.

PALABRAS CLAVE

Suerte; Locus de control.

ABSTRACT

According to the attributional theory we define luck as an external and unsteady factor in a situation of success and we find that this variable is obviously associated with the locus of external control defined by Rotter. According to different hypothesis which define progressive increase of externalities in adolescents of our society, we decided to find out whether they perceived luck as a determinant of social success (PSDS) more than ability or knowledge (PCDS). Afterwards, we analysed their association with clinical, sociological, domestic and educational

- 74 *variables, after having been studied by investigators of the locus of control in adolescence. A questionnaire which contained the defined elements was added to a sample of 577 adolescents and different factors were analysed through the "Statistical Package for Social Sciences", where measures of statistical significance and a degree of association among the variables were observed. From the results obtained we can conclude that the dimension of PSDS is a cognitive variable associated to the locus of external control but it does not behave in exactly the same way. The dimension PSDS is a differential factor concerning the social welfare consideration, the perception of authoritarianism and the relationship with the teaching staff but it does not differ from PCDS in a significative way in the perception the adolescents have of familiar relationships or the analysed clinical variables.*

KEY WORDS

Luck; Locus of external control.

INTRODUCCIÓN

Cuando un individuo realiza una tarea con éxito se apela a cuatro atribuciones causales definidas como capacidad, esfuerzo, las demás personas y la suerte⁽¹⁾. Las causas fundamentales de la conducta⁽²⁾ han sido subdivididas en personales como la capacidad o la motivación, y situacionales, como la dificultad de la tarea o la suerte. Según esta dimensión podemos hablar de locus de causalidad interna cuando el individuo cree que el resultado obtenido se explica en términos de características personales como el esfuerzo o la capacidad, mientras que el locus de causalidad externa hace referencia a que el resultado se atribuye a fuerzas ambientales ajenas a la persona como la dificultad de la tarea o la suerte.

Al factor del locus interno o externo, Weiner añade el de la estabilidad que alude a la permanencia de los factores causales del resultado. Serían factores estables la capacidad o la dificultad de la tarea e inestables la motivación o la suerte.

Así la suerte, objeto de nuestro análisis, sería un factor externo e inestable. Con ello observamos que

aquellos que definen a la suerte como determinante del éxito social (PSDS) en mayor medida que la capacidad o el conocimiento (PCDS) estarían realizando atribuciones causales en situación de logro basada en la externalidad e inestabilidad.

La suerte por ello está asociada al locus de control externo. La importancia de locus fue sugerida por Rotter⁽³⁾ y estudiada en la década de los 50 en los laboratorios de la universidad de Ohio, derivado dicho constructo de las teorías del aprendizaje social⁽⁴⁾. Las personas con locus de control interno se sienten responsables de su destino, y aquellos que lo tienen externo entienden que lo que les sucede se halla determinado por la suerte, el azar o el poder de los demás. Por ello el concepto se refiere a la percepción de los individuos acerca de dónde se realiza el agente causal de un cambio ambiental observado. Sería una expectativa o creencia, refiriéndose a la correlación percibida entre la respuesta y el acontecimiento. Aún cuando el locus pudiera parecer tipológico (así se entiende en muchas investigaciones) en realidad se trata de un continuo a lo largo del cual pueden situarse las personas en grados de internalidad y externalidad.

Rotter en 1966⁽⁵⁾ acuñó el concepto de expectativa generalizada en la que el promedio de todas las expectativas en la vida de una persona representa su locus de control interno o externo como expectativa general. Así entendemos algunos de los resultados científicos sobre este concepto.

Definimos la suerte como un factor externo e inestable según la teoría atribucional⁽⁶⁾ y su asociación con el locus de control externo (Rotter).

Nuestro interés en el análisis de la percepción adolescente de la suerte como determinante del éxito social parte de dos aspectos fundamentales: Cellini y Kantrowski⁽⁷⁾ observaron que el cambio social influye en el locus. Entienden que la sociedad ha adquirido tal complejidad que los individuos perciben menos control sobre sus vidas y los niños de los últimos tiempos están cada vez más externalizados.

Investigaciones de Bermúdez⁽⁸⁾ desde una perspectiva evolutiva, encuentran que la internalidad aumenta con la edad, entendida como competencia percibida que se incrementa con la madurez y Findley-Cooper⁽⁹⁾ ven mayor relación entre internalidad-externalidad y logro en la adolescencia, que en la niñez o la edad adulta.

El primer paso de nuestro análisis consistió en observar en qué medida los adolescentes muestrales perciben

la suerte como determinante del éxito social (PSDS) y posteriormente nos interesaba conocer la asociación que pudiera establecerse de forma diferencialmente significativa entre PSDS y variables clínicas, sociológicas, familiares y educativas que hubiesen sido estudiadas por investigadores del locus de control en la adolescencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó una muestra de 577 adolescentes estudiantes de BUP y COU, pertenecientes a tres institutos de Palencia. Las edades oscilaban entre los 14 y 19 años y el reparto por sexos es similar a la población nacional de estudiantes de BUP y COU (56% hembras - n° 326 / 44% varones - n° 251).

La muestra no observa diferencias significativas por sexo en el transcurso de las edades analizadas y se compone de adolescentes hijos de padres que conviven juntos en el 95% y de padre/madre viudo/a, soltero/a, separado/a o divorciado/a en el 5% restante. El 82% procede de la capital y el 18% de la zona rural.

Los cuestionarios son anónimos, con indicadores de sinceridad e instrucciones sugerentes conducentes a dicho fin, explicadas de forma idéntica por los profesores, con la finalidad de respetar la validez ecológica.

Las preguntas hacen referencia a la percepción de la suerte como determinante del éxito social (PSDS) y/o a la percepción de la capacidad/conocimientos (PCDS) como factor al que se atribuye idéntico logro; así como a aspectos clínicos, familiares, sociales y educativos hipotéticamente asociados a las variables objeto de estudio.

Los ítems anteriores están distribuidos al azar y mezclados con otros sin intencionalidad de análisis.

Las hipótesis de partidas fundadas en investigaciones sobre el locus de control y/o nuestras propias presunciones, fueron las siguientes:

H-1. Los PSDS se encontrarían menos agradablemente en esta sociedad que los PCDS.

H-2. Los PSDS se relacionarían peor con sus padres y los considerarían más autoritarios.

H-3. Los PSDS mostrarían una mayor necesidad de asistencia psicológica o psiquiátrica y percibirían en sí mismos más problemas psicopatológicos.

H-4. Los PSDS mostrarían un mayor distanciamiento con el profesorado, lo percibirían como más autoritario y tendrían peor rendimiento académico.

Las distintas variables fueron analizadas a través del "statistical package for social sciences" (SPSS), aplicándose medidas de significación estadística y el grado de asociación entre las variables analizadas.

RESULTADOS

El 42,5% de los adolescentes muestrales consideran a la suerte (PSDS) como determinante del éxito social en mayor medida que los conocimientos (PCDS), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, edad, n° de hermanos, situación civil de los padres o lugar de residencia.

Hipótesis 1

"Los PSDS se encontrarían menos agradablemente en esta sociedad que los PCDS".

Esta hipótesis se fundamentó en la presunción de que el individuo "externo" percibiría menos control sobre su vida y se sentiría menos dueño de su destino. Los PSDS al asociar el éxito social a un factor externo e inestable, tendrían menos expectativas de logro y no percibirían correlación clara entre su conducta y los resultados.

Los resultados indican que los PSDS se encuentran menos agradablemente en esta sociedad y que tal diferencia es significativa (χ^2 con corrección de Yates: 6,9 - p: 0,05 - GL: 1 - CC: 0,13), así como para el éxito social no sólo confían más en un factor externo e inestable, sino que consideran el atractivo más importante para el triunfo social que los PCDS. (χ^2 : 9,5 - GL: 3 - p: 0,02 - CC: 0,13).

No encontramos diferencias significativas entre PSDS y PCDS en cuanto a percibir el futuro en esta sociedad. Ambos lo consideran en un 76% como malo o mediocre.

Hipótesis 2

"Los PSDS se relacionarían peor con sus padres y los considerarían más autoritarios".

Esta hipótesis se fundamenta en los estudios que asocian el locus de control externo con un estilo educativo de control y exigencia, así como con el rechazo y la hostilidad. Es frecuente su asociación con hogares menos democráticos, expuestos a prácticas de crianza que favorecen la dependencia, hostilidad y agresión.

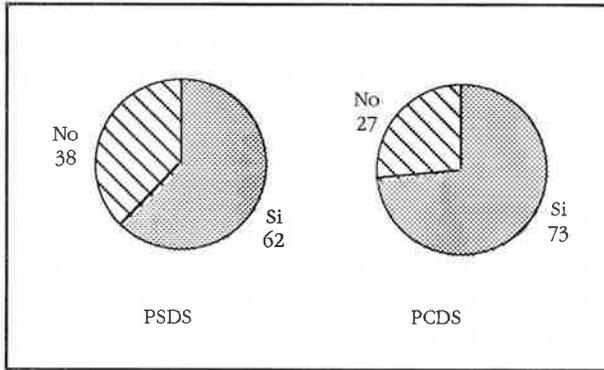


Figura 1. Bienestar en sociedad.

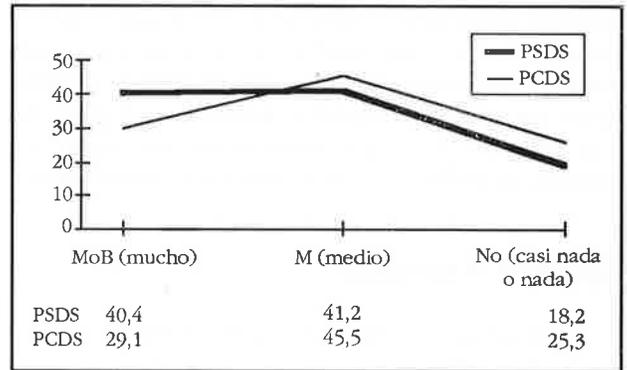


Figura 2. Influencia del atractivo. Para el éxito social.

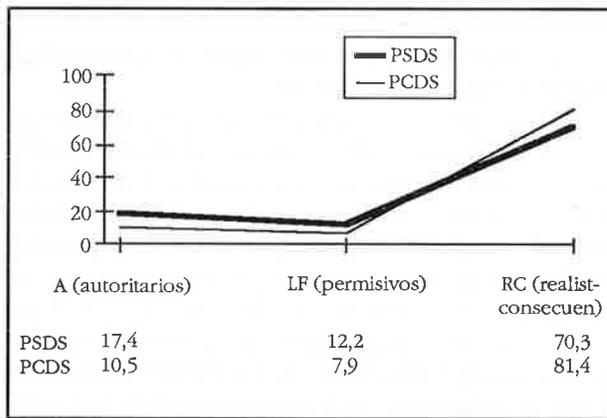


Figura 3. Cualidades padres.

Los resultados no encontraron diferencias significativas entre PSDS y PCDS en cuanto a la relación con los padres.

El constructo "relación con los padres" fue formado por un conjunto de factores como la coincidencia con los valores de los padres, confianza hacia ellos, influencia en su forma de pensar, relación con los padres, actitud hacia ellos y temas de discusión.

En un estudio previo⁽¹⁰⁾ este constructo nos hizo llegar a la conclusión de que la conflictividad generacional estaba muy lejos de ser generalizada y desde luego no diferenció a PSDS y PCDS. Así el 80% de los adolescentes consideraba buena la relación entre sus padres, el 83,5% los consideraba alegres y colaboradores, confiando más en ellos que en profesores y amigos. El 86% consideraba que se les animaba bastante por sus estudios o conse-

cuciones personales y las discusiones más frecuentes eran por temas sin importancia.

La 2ª parte de la hipótesis se ha resuelto con asociación estadística significativa, encontrando que los PSDS consideraban a sus padres más autoritarios que los PCDS (χ^2 : 12,8 - GL: 2 - P: 0,001 - CC: 0,15) y pensaban que sus opiniones eran menos tenidas en cuenta en su casa (χ^2 Yates: 6,5 - GL: 1 - D: 0,01 - cc: 0,10).

Hipótesis 3

Los PSDS mostrarían mayor necesidad de asistencia psicológica o psiquiátrica y autoperibirían más problemas psicopatológicos.

Esta hipótesis se fundamenta en la frecuente asociación encontrada entre locus de control externo y problemas variados como la ansiedad, dificultad de afrontar el estrés, depresión, agresividad, drogadicción, obesidad, peor diagnóstico psiquiátrico y mala respuesta terapéutica.

Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre PSDS y PCDS, en la variable relativa a acudir al psicólogo o psiquiatra o sentir la necesidad de hacerlo.

El 11,6% de los adolescentes han visitado alguna vez al psicólogo o psiquiatra, el 1,4% lo hace actualmente y el 26,5% ha sentido la necesidad de hacerlo. Esta faceta ha sido más frecuente en las hembras (p : 0,000) y se ha visto incrementada con la edad (p : 0,01). La problemática percibida más frecuente ha sido depresión⁽¹¹⁾.

No existen diferencias significativas entre PSDS y PCDS en cuanto a percibir problemas por depresión,

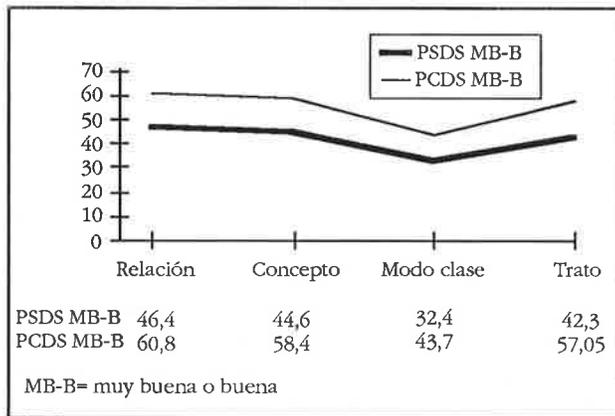


Figura 4. Cualidades profesorado.

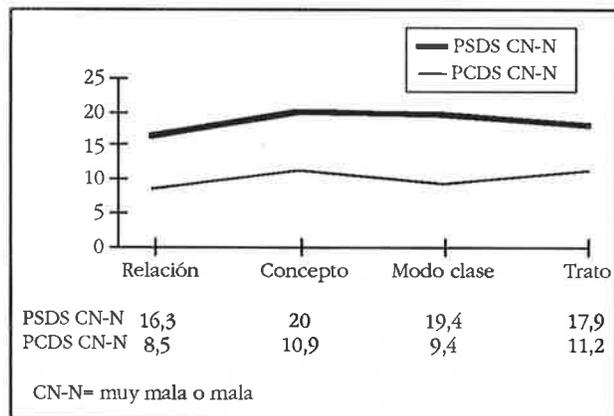


Figura 5. Cualidades profesorado.

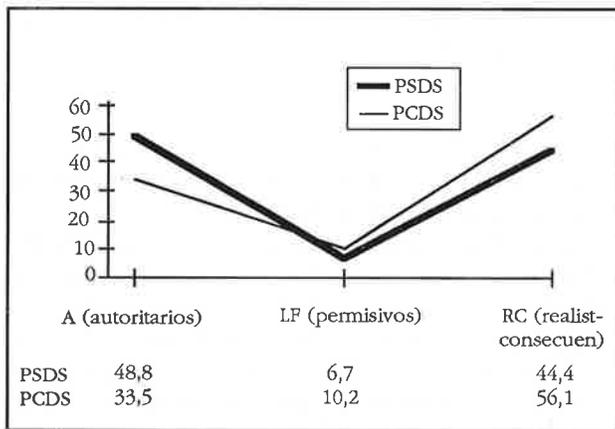


Figura 6. Cualidades profesores.

lenguaje, lectoescritura, enuresis, drogas, p. sexuales, agresividad, timidez excesiva u otros.

Hipótesis 4

“Los PSDS mostrarían un mayor distanciamiento con el profesorado, lo percibirían como más autoritario y tendrían peor rendimiento académico”.

La anterior presunción está basada en el hecho de que alguien que perciba mayor asociación entre suerte y éxito social, que entre conocimiento y logro, se sentiría menos motivado u orientado hacia tareas escolares y no vería con agrado a los encargados de las mismas.

Los resultados indican, con diferencias estadísticamente significativas, que la relación con el profesorado es peor para los PSDS. Esta variable fue formada por un conjunto de ítems en los que se encontraron los siguientes resultados:

Los PSDS coinciden en menor medida con los valores del profesorado (χ^2 : 15 - GL: 4 - P: 0,04 - CC: 0,16), tienen peor relación (χ^2 : 13,6 - GL:4 - P: 0,008 - CC: 0,15), observan peor concepto de los docentes (χ^2 : 13,3 - GL:4 - p: 0,009 - CC: 0,15), consideran menos aceptable su modo de dar las clases (χ^2 : 15,3 - GL:4 - p: 0,004 - CC: 0,16) y se consideran peor tratados por el profesorado (χ^2 : 13,5 - GL: 4 - p: 0,008 - CC: 0,25). Los PSDS muestran un mayor distanciamiento con el profesorado que los PCDS.

En la línea de los anteriores resultados los PSDS consideran más autoritarios a sus profesores, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 : 12,8 - GL: 2 - p: 0,01 - CC: 0,15).

La tercera parte de la hipótesis observa que no existen diferencias significativas en la percepción del número de horas estudiadas, ni del número de asignaturas suspendidas por evaluación. El 46% estudia una hora o menos diaria (en mayor medida las chicas - p: 0,000-) y el 72% no aprueba la totalidad de las asignaturas en cada evaluación

DISCUSIÓN

Partimos de la base en la que definimos a la suerte según la teoría atribucional como un factor externo e

78 inestable asociado al locus de control externo. También entendemos que ningún factor aislado, ni la suerte, ni el locus de control, son los únicos determinantes de una conducta, y cuando establecemos asociación entre variables, tampoco hablamos de causalidad.

Los primeros apuntes bibliográficos ofrecen algunas contradicciones acerca del locus diferencial por sexos. Hochreich⁽¹²⁾ observa mayor externalidad en la mujer y Raine⁽¹³⁾ encuentra una orientación interna en el locus de control de las chicas. Phares⁽¹⁴⁾ completa el cuadro observando que no existen diferencias sexuales cuando hablamos de externalidad e internalidad. En nuestro análisis la variable asociada PSDS, no observa diferencias significativas en función del sexo, ni de las edades analizadas (14-19 años); aunque sorprende su extensión en el período evolutivo adolescente⁽¹⁵⁾.

Los resultados de la hipótesis 1 indican que los PSDS se encuentran menos agradablemente en esta sociedad y valoran más el atractivo para el éxito social. Ello nos hace reflexionar si conocemos que los individuos tienden a atribuir los resultados inesperados a causas inestables⁽¹⁶⁾ y los acontecimientos únicos tienden a atribuirse a la suerte.

Parece ser que un importante número de adolescentes cifran sus expectativas de futuro en causas externas e inestables; e incluso el éxito social es considerado como un resultado inesperado o un acontecimiento único atribuible a la suerte.

Algunos autores buscan explicaciones en la complejidad de la sociedad actual. En este aspecto cabe preguntarse... ¿por qué adolescentes que conviven en ambientes sociales similares se consideran PSDS o PCDS? La sociedad sería igual de compleja en ambos grupos.

Nuestra interpretación de esta realidad, sin restar importancia al entorno en la explicación de este dato, es que existen factores cognitivos que hacen percibir la realidad de manera diferente, viviendo la misma situación o en el mismo tipo de sociedad. Estos factores cognitivos probablemente estarían relacionados con la competencia percibida para afrontar los eventos de la vida.

Todo ello nos lleva a concluir en nuestra reflexión acerca de la primera hipótesis, que quizás fuera útil que los adolescentes recibieran formación en técnicas conductuales y cognitivas que les ayuden a sentirse más competentes ante los eventos sociales estresantes, bajo la forma normalizada de educación para la salud.

La segunda hipótesis no encuentra diferencias significativas en la relación con los padres, aunque los PSDS los observan como más autoritarios.

Stephens y Delys⁽¹⁷⁾ observan que los sujetos con control interno proceden de hogares más democráticos, con prácticas de crianza que favorecen la autonomía y la autoconfianza. Los sujetos de control externo se ven expuestos a prácticas que favorecen el desarrollo de la dependencia, hostilidad y agresión.

Castro⁽¹⁸⁾ matiza que el estilo educativo que combina control y exigencia, con el rechazo y la hostilidad se relaciona con baja autoestima en los hijos, locus de control externo y agresividad.

Los PSDS, variable asociada al locus de control externo, manifiestan una buena relación con los padres, como los PCDS, desmitificando la conflictividad generacional generalizada, aunque los consideran levemente más autoritarios (diferencia significativa, pero cuantitativamente poco importante).

Esta leve diferencia no es contradictoria, puesto que el autoritarismo se puede entender de distintas maneras (rechazante, indulgente...) y darse con diversos grados, con lo que no todo autoritarismo percibido conllevaría una mala relación con los padres.

Resumiendo, observamos que las variables PSDS y PCDS no van asociadas a diferencias en la relación con la familia, en nuestros adolescentes muestrales.

La tercera hipótesis no observó diferencias significativas entre PSDS y PCDS en cuanto a acudir al psicólogo o psiquiatra, sentir necesidad de hacerlo o percibir problemas psicopatológicos.

Bibliográficamente se ha asociado locus de control externo a una amplia gama de variables psicopatológicas y aunque es imposible explicar conductas tan complejas sobre la base de un sólo factor y además todas las asociaciones deben ser interpretadas con cautela, se ha generado la expectativa de que lo peor que le puede ocurrir a uno es estar caracterizado por una orientación externa.

Tenemos asociación con locus de control externo en temas tan diversos como la delincuencia^(13, 14), ansiedad^(14, 19), tendencia a experimentar estrés⁽²⁰⁾, consumo de heroína⁽²¹⁾, alcoholismo⁽²²⁾, esquizofrenia⁽¹⁹⁾, obesidad^(23, 24), acoso sexual⁽²⁵⁾, fumadores⁽²⁶⁾, depresión⁽²⁷⁾, incapacidad congénita física⁽²⁸⁾, etc.

El locus externo también ha sido asociado a peor respuesta terapéutica⁽²³⁾ y peor diagnóstico psiquiátrico⁽¹⁴⁾.

Todo ello nos llevaría a la expectativa generalizada de la problemática del locus de control externo, aunque por ejemplo el locus interno ha sido asociado a problemas como la ansiedad obsesiva⁽¹⁴⁾ e hiperactividad cardiovascular ante el estrés, que es uno de los mecanismos implicados en la génesis de la enfermedad cardiovascular⁽²⁹⁾.

Parece ser que casi todo en esta vida es relativo y que quizás lo deseable sería una cierta dosis de control interno o externo en función de las circunstancias, pero que tomado en su grado extremo, por ambas vertientes está asociado a algún grado de adversidad.

En nuestro caso, la variable asociada PSDS no diferencia significativamente la percepción de problemas como depresión, ansiedad, drogadicción, sexuales o agresividad, en nuestra muestra de población adolescente.

El grupo que realiza este trabajo se plantea elaborar en un futuro un estudio similar para población adulta, que pensamos puede establecer una diferencia significativa en las variables previas.

La cuarta hipótesis observa que los PSDS muestra a problemas un mayor distanciamiento con el profesorado y lo perciben como más autoritario, aunque aprueban el mismo número de asignaturas y estudian el mismo número de horas que los PSDS.

Parece sencillo pensar en la probabilidad de que alguien que valore más los conocimientos que la suerte para el éxito social, tenga en mayor estima a los profesores y observe en ellos valores positivos. Así ocurre en

nuestro análisis y los PCDS consideran a sus profesores más realistas y consecuentes que los PSDS.

Pero ¿qué decir del rendimiento académico? Todo apunta a que debería ser peor en los PSDS que en los PCDS.

La bibliografía habla de que el locus de control interno se relaciona con rendimiento académico^(27,30,31-33) y más alta autoestima académica⁽³⁴⁾.

También existen autores como Phares⁽¹⁴⁾ que indican la no existencia de relaciones importantes entre inteligencia y externalidad-internidad.

Nuestro análisis nos habla de que la variable asociada PSDS no observa diferencias significativas en el rendimiento académico percibido respecto a los PCDS, aún cuando la relación con el profesorado y su consideración es diferente.

Una explicación es que las diferencias hipotéticas de rendimiento se vean compensadas por el estilo educativo. Así Edwards-Waters⁽³⁵⁾ observan que los externos rinden mejor en clases tradicionales muy dirigidas y los internos en clases abiertas con más autodirección y participación.

Finalizamos comentando que la variable cognitiva PSDS está asociada al locus de control externo, pero no se comporta de idéntica manera.

La dimensión PSDS, con todas las limitaciones que supone aislar un elemento del complejo interactivo biopsicosociológico que concurre en cada ser humano, pudiera ser un factor diferencial predictor en la consideración del bienestar en sociedad, autoritarismo y relación con el profesorado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Weiner B. *Achievement motivation and attribution theory*. General Learning Press, 1974.
- 2 Weiner B, Frieze J, Kurla A, Reed L, Rest S, Rosebaum R. Perceiving the causes of success and failure. En: Soaes EE y cols., eds. *Attribution, perceiving the causes of behavior*. New York: General Learning Press, 1971:95-120.
- 3 Rotter JB. *Social learning and clinical psychology*. Prentice Hall, 1954.
- 4 Rotter JB, Chance JE, Pares EJ. *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart Winston, 1972:168-179.
- 5 Rotter JB. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychol Monographs, 1966.
- 6 Kassin SM, Lowe CA. On the use of single sentence descriptions of behavior and personality. 1979;7(1):1-8.
- 7 Cellini JV, Kantorowski LA. *Internal-external locus of control; New normative data*. Psychological Reports, 1982.
- 8 Bermúdez J. *Psicología de la personalidad*. nº 2 Madrid: UNED, 1985.
- 9 Findley MJ, Cooper HM. Locus of control and academic achievement; A literature review. *Journal of personality and social psychology* 1983;44:419-427.
- 10 López Villalobos JA, Ruiz Sanz F, Sánchez Azón MI. Conflicto generacional en la adolescencia. *Libro del III Congreso de infancia y adolescencia*. INFAD. Universidad de León, 1993.
- 11 López Villalobos JA, Ruiz Sanz F, Sánchez Azón MI. Trastornos de conducta perturbadores en Salud Mental. *Libro de las XI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. AEN. Arán. Madrid, 1993.

J. A. López Villalobos
F. Ruiz Sanz
M. I. Sánchez Azón
C. Gil-Díez Usandizaga
J. García Rodríguez

La suerte como determinante del éxito social (PSDS): su asociación con variables sociales, clínicas, familiares y educativas en la adolescencia

- 80
- 12 Hochreich DJ. Sex-role stereotypes for internal external control and interpersonal trust. *Journal of consulting and clinical psychology* 1975;43:273.
 - 13 Baguena MJ, Díaz A. Personalidad, diferencias sexuales y delincuencia juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta* 1991;53:413-427.
 - 14 Phares EJ. Locus of control in personality. General Learning Press: Locus of control. En: London H, Exner JE, eds. *Dimensions of personality*. Wiley. 1978;263-304.
 - 15 López Villalobos JA, Ruiz Sanz F, Sánchez Azón MI. Aspectos evolutivos y nuevas hipótesis de investigación en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil* 1994;(1):94.
 - 16 Frieze I, Weiner B. Cue utilization and attributional judgments for success and failure. *Journal of personality* 1971;39:591-606.
 - 17 Stephens MN, Delys PA. A locus of control measure for preschool children. *Developmental psychology* 1973;9:55-65.
 - 18 Castro J. Tesis doctoral. Nota en *Rev. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1973;20(6):220-221.
 - 19 Sarah E. Hampson. *La construcción de la personalidad*. Paidós, 1986.
 - 20 Parkes KR. Locus of control cognitive appraisal and coping in stressful episodes. *J of Pres and Soc Psychology* 1984;44:655-668.
 - 21 León Carrión J. Locus of control en heroinómanos. *Psquis* 1986;7(1):38-42.
 - 22 Naditch MP. *Locus of control and drinking behaviour in a sample of men in army basic training*. 1975:43-96.
 - 23 Simón MA. *Comportamiento y salud*. Promolibro. Valencia, 1992.
 - 24 Mills JK. Differences in locus of control between obese adult and adolescent. *J Psychol* 1991;125(2):195-197.
 - 25 Katz RC. Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child-abuse-negl* 1990;14(4):567-575.
 - 26 Eiser JR, Eiser C. Health locus of control and health beliefs in relation to adolescent. *Br J Adicct* 1989;84(9):1059-1065.
 - 27 Downs WR, Rose SR. The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial. *Adolescence* 1991;26(102):473-492.
 - 28 Janelle S. Locus of control in nondisabled versus congenitally physically disabled. *Am J Occup Ther* 1992;46(4):334-342.
 - 29 Calvete Zumalde E, y cols. Reactividad cardiovascular al estrés y locus de control. *Análisis y Modificación de Conducta* 1991;51:33-47.
 - 30 Nowicki S, Rountree J. Correlates of locus of control in secondary school age students. *Develop Psychol* 1971;4:479.
 - 31 Pelechano V, Baguena MJ. Estimulación punitiva no contingente y conducta (IV). Connotación semántica y una nota sobre situacionismo-rasguismo. En: Pelechano V, ed. *Intervención psicológica*. Alfaplus 1981;77-79.
 - 32 Browr RT. Locus of control and ist relationship to intelligence and achievement. *Psychol Reports* 1980;46:1249-1250.
 - 33 Pelechano V. El estudio de las codeterminantes: inteligencia, personalidad, motivación. *Análisis y Mod de conducta* 1989;45-46:275-332.
 - 34 Villamarín Cid F. Papel de la autoeficacia en el tratamiento de ansiedad y depresión. *Análisis y Mod de conducta* 1990;47:55-81.
 - 35 Cairns E. The relationship between adolescent perceived self competence and attendance at single-sex secondary school. *Br J Educ Psychol* 1990;60:207-211.
 - 36 Edwards JE, Waters IK. Relationship of locus of control to academic ability, academic performance and performance related attributions. *Educational cad psychological Measurement* 1981;41:529-531.

R. García Pérez¹
M^a I de José Gómez²

Niños y adolescentes con infección HIV: aspectos psiquiátricos y de salud mental y problemática socio-familiar

1 Servicio de Psiquiatría
2 Servicio de Enfermedades Infecciosas
Hospital Infantil La Paz (INSALUD) C.S.M. Alcobendas
C/ Orense 5
28100 Madrid

Children and adolescents suffering from HIV: mental health and psychiatric aspects and social-familiar issues

RESUMEN

Se revisan los conocimientos actuales acerca de los aspectos psiquiátricos y psico-sociales del SIDA pediátrico, y se ilustran con un estudio de pacientes y sus familias en el que se analiza la situación socio-familiar de dos grupos de niños infectados por VIH. Estos grupos son: niños infectados por hemoderivados, presentan una situación social y familiar superponible a la población general, a excepción de la presencia de un enfermo crónico en la familia. El otro grupo de niños infectados por vía vertical tiene una situación familiar y social más complicada, existen antecedentes de CDVP en los padres, y la mayoría están a cargo de otros familiares, abuelos principalmente.

Se discuten aspectos concretos acerca de la transmisión de información a los niños y adolescentes y a sus familias a raíz del diagnóstico y acerca de las reacciones que tienen lugar en los niños y sus familias cuando se les transmite el diagnóstico. Se describen las actitudes que pueden presentarse en los grupos sociales que tienen contacto con estos niños y sus familias (parientes, escuela, vecinos, etc.). Se enfatizan los aspectos de prevención y apoyo en el caso específico de los adolescentes y sus familias. Se

analizan las mejores formas de intervención desde los equipos de Salud Mental con los niños adolescentes y sus familias en las diferentes etapas de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Infección VIH; Situación socio-familiar: SIDA pediátrico: SIDA y Salud Mental; Psiquiatría Comunitaria.

ABSTRACT

First of all, present factual data on the psychiatric and psychosocial aspects of the pediatric AIDS is reviewed as to the current main lines. The study is illustrated with a patient and family account in which the social and family relations of the two groups of children suffering from HIV are analysed. These groups are: children infected by blood products, who present a social and family situation like the general population, except for a chronic illness in the family. The other children group vertically perinatal infected by their mothers have a

82 *more complicated family and social situation, there are IVDA parental records, and the majority is in charge of other relatives, usually grandparents. Concrete aspects are discussed regarding the information given to children and teenagers in view of the diagnosis and as regards behaviour prompted by the disclosure of the diagnosis. Another aspect taken into account is the attitudes which can be observed in the social groups in contact with these children and their families (relatives, schoolmates, neighbours, and so on). Special attention is given to preventive aspects and the support provided for the specific cases of teenagers and their families. The most advisable treatments for children and teenagers from the Community Mental Health Services are analysed in the different stages in the illness process.*

KEY WORDS

HIV infection; Social and family situation; Pediatric AIDS; Mental Health and AIDS; Community Psychiatrics.

INTRODUCCIÓN

El SIDA constituye, en la actualidad, una situación amenazante que afecta no sólo a los portadores del VIH, sino a todo el entorno familiar y social, pudiendo cualquier persona ser subsidiaria de sufrir con esta enfermedad, directamente o a través de familiares o amigos.

Las características epidemiológicas de la infección por VIH, con una mayor incidencia en consumidores de drogas por vía parenteral (CDVP), homosexuales y población socialmente marginada ha provocado un profundo impacto social, produciendo en muchas ocasiones la marginación y el aislamiento de estos enfermos, agravando con estas actitudes su situación.

El aumento progresivo de la expansión de la infección y la no existencia de un tratamiento curativo ni preventivo realmente eficaz, hace que el SIDA sea uno de los retos más trascendentes que tiene planteada la comunidad científica internacional y uno de los problemas de salud pública más importantes con múltiples implicaciones sanitarias, psicológicas, políticas, económicas y sociales conocidas parcialmente, pero en mu-

chos aspectos como el concerniente a los niños no con la profundidad ni la extensión adecuada.

A pesar de la múltiple información que se tiene de los aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos, todavía se desconocen las características sociales y familiares de los niños infectados por VIH en nuestro medio, la prevalencia de la infección en nuestros adolescentes, qué saben realmente nuestros jóvenes del SIDA y cuáles son los motivos por los que no se modifican las conductas de riesgo para evitar la infección. Este desconocimiento provoca que no existan los soportes psico-sociales necesarios para la atención integral de estos pacientes, que las campañas de prevención no sean más eficaces y que no podamos evitar o al menos disminuir la difusión de la infección en los niños y los adolescentes de nuestro entorno.

En este artículo revisaremos los conocimientos actuales acerca de los aspectos psiquiátricos y psico-sociales del SIDA pediátrico, y lo ilustraremos con un estudio de pacientes y sus familias en el que se analiza la situación socio-familiar de dos grupos de niños infectados por VIH.

Formas de transmisión del SIDA pediátrico

Los psiquiatras infantiles van a encontrar en un futuro próximo a lo largo de su práctica profesional niños y adolescentes con un alto riesgo de contraer la enfermedad, niños y adolescentes seropositivos e infectados.

Los niños y adolescentes con alto riesgo de contraer la enfermedad son:

- Los bebés de madres infectadas por el virus VIH por utilizar drogas endovenosas o infectadas por vía sexual;
- Niños o adolescentes que han sido objeto de abusos sexuales por parte de adultos bisexuales o adictos a drogas por vía endovenosa;
- Niños que han recibido transfusiones de sangre o derivados antes del año 1982 o después de 1985 (fecha a partir de la cual se comenzaron a hacer exámenes rutinarios de la sangre almacenada en los bancos de sangre);
- Adolescentes homosexuales, sexualmente activos con múltiples compañeros, o que usan drogas endovenosas.

El virus del SIDA se contagia en niños y adolescentes por varios mecanismos:

a) Comunes con los adultos:

- *Transmisión sexual*

Por medio de agujas contaminadas y usadas para inyectarse intravenosamente

- *Sangre y subproductos* e ella previamente contaminados.

b) *Específicos* e los niños:

- *Transmisión* vertical de las madres infectadas a los bebés: prenatal, perinatal o postnatal.

- *El mecanismo* de transmisión de la infección más importante en el niño es a través de su madre infectada⁽¹⁾, bien intraútero⁽²⁾ o intraparto⁽³⁾. Menos frecuente es el mecanismo postnatal, bien por lactancia materna⁽⁴⁾, por inoculación de sangre o hemoderivados⁽⁵⁾, o por abuso sexual⁽⁶⁾.

Para un mejor conocimiento de las características de los niños afectados los separaremos en dos grupos.

MATERIAL Y CARACTERÍSTICAS

Los niños con infección VIH controlados en el Servicio de Infecciones del Hospital Infantil La Paz de Madrid, desde 1986 hasta la actualidad, tienen edades comprendidas entre 3 meses y 17 años. Todos ellos están incluidos en la clase P 1 y P2 de la clasificación del CDC para el SIDA pediátrico.

Se han estudiado un total de 84 niños infectados por VIH, 50 niños (59,5%) y 34 niñas (40,5%) con una edad media de 4,76 años (SEM = 0,46). El tiempo medio de seguimiento ha sido de 2,61 años, oscilando entre los 2 meses y 7,83 años. Han fallecido 29 niños (34,5%), manteniéndose el seguimiento de los 55 restantes.

La infección por VIH se produjo a través de hemoderivados (Grupo I) en 13 niños (15,5%) y por vía vertical (Grupo II) en 71 (84,5%).

Para un mejor conocimiento de las características de los niños afectados los separaremos en dos grupos:

Grupo I: infección a través de hemoderivados

Datos generales

El grupo de pacientes infectados por VIH a través de hemoderivados incluye 13 niños, 11 hemofílicos y 2 infectados por transfusión de concentrado de hemáties. 12 son niños y 1 niña. La edad media es de 12,86 años (de 8,75 a 17 años), con un seguimiento medio de 3,21 años (SEM = 0,66).

Datos familiares y psicosociales

Respecto a la situación familiar 12 niños tenían un núcleo familiar estable (92,3%) y en un caso los padres estaban separados siendo atendido el paciente únicamente por la madre. En ningún caso existía el antecedente de consumo de drogas por vía parenteral en los padres.

El nivel cultural de los padres es bajo en el 53,85%, (siete casos), medio en el 34,46% (cinco niños), unos padres eran analfabetos y ninguno contaba con estudios superiores.

La edad media de este grupo es, lógicamente, superior a la del grupo de niños infectados por vía vertical, pero al desconocerse, en la mayoría de los casos, el momento exacto de la infección por VIH, este dato no se puede valorar como criterio de mejor evolución clínica.

Existe un claro predominio de niños, dado que son, la mayoría, hemofílicos y la situación clínica es más grave, estando sólo un paciente de 12,25 años asintomático en la actualidad. La mortalidad en este grupo alcanza el 53,85%.

La situación socio-familiar de los pacientes infectados por hemoderivados no difiere de la población normal. Son padres sanos, en ningún caso existe el antecedente de CDVP, con un nivel cultural medio-bajo, todos en situación laboral activa y con medios económicos suficientes para garantizar los cuidados básicos a sus hijos. Son familias que ayudan y protegen a los niños, con problemas importantes derivados de padecer, sus hijos, una enfermedad crónica, agravados por el miedo y la angustia al rechazo o al aislamiento que pueda sufrir el niño por la infección por VIH. Esto explica que ninguno de los pacientes haya informado de la infección en su centro escolar.

Características psico-sociales

Los niños contaminados por hemoderivados son en su mayor parte hemofílicos. La hemofilia es una enfermedad crónica a la que se han adaptado tanto el paciente como su familia. Difere de los otros grupos en que generalmente tienen más apoyos psicosociales. Las organizaciones de hemofílicos han respondido rápida y efectivamente a las necesidades de recursos psicológicos y organizativos de los niños afectados. Pueden estar afectados varios miembros de la familia. Sociológicamente hay menos inestabilidad marital, pobreza y abuso de sustancias en este grupo. Sin

84

Tabla 1 Persona que cuida al niño

Cuidador	Número de niños	%
Padre y madre	29	40,84
Madre sola	16	22,54
Abuelos o familiares	14	19,72
Institución	11	15,49
Padre solo	1	1,41

Tabla 2 Situación actual de los padres

	Padre		Madre	
	Número	%	Número	%
Vivo sano	23	32,39	12	16,90
CDVP activo	12	16,90	5	7,04
Enfermo de SIDA	10	14,08	31	44,66
Muerto	4	5,63	10	14,08
Encarcelado	5	7,04	2	2,82
Desconocido	17	23,94	11	15,49

embargo, el mejor funcionamiento psicosocial es contrarrestado por un mayor y más devastador efecto psicológico. El paciente hemofílico y toda la familia se habrían reorganizado alrededor del problema, minimizando complicaciones. Esto se une al hecho de la transmisión genética de la enfermedad. La intrusión del virus por medio del propio vehículo del tratamiento de la enfermedad supone una sentencia de muerte simultánea sobre varios miembros de la familia. Las reacciones pueden ser de shock con intensa ansiedad y desorganización cognitiva o de negación, que si bien en un primer momento puede ser adaptativa, posteriormente puede llevar a un rechazo de los cuidados médicos o una negativa a recibirlos. Las familias que se habían mostrado fuertes al enfrentar la enfermedad pueden sentirse derrotadas cuando reciben la noticia. Hay datos que sugieren que una actitud optimista, un estilo de vida equilibrado y un buen enfrentamiento de la tensión, un sentimiento de control y ejercicio son predictores de buen curso en la enfermedad⁽⁷⁾.

Grupo II: transmisión vertical

Datos generales

Los niños infectados por vía vertical son 71 lo que supone el 84,5% de los niños controlados; 38 (53,5%)

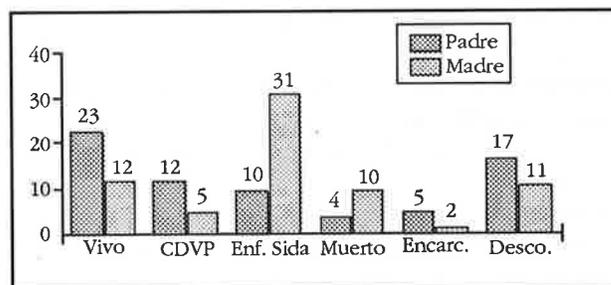


Figura 1. Situación actual de los padres de los niños infectados por vía vertical.

son niños y 33 niñas (46,5%). La edad media es de 3,28 años oscilando entre 3 meses y 10,75 años. El tiempo medio de seguimiento ha sido en este grupo de niños de 2,5 años (SEM = 0,25) y la media de días de ingreso hospitalario/año es de 64,6 (SEM = 10,97). Han fallecido 22 (31%) niños y viven 44 (69%).

Datos familiares y psicosociales

Los resultados de la persona que cuida realmente al niño quedan reflejados en la tabla 1 (Fig. 2).

El 50% de los padres formaban pareja estable. Existía antecedentes del CDVP en 52 padres (78,8%) y 14 no han consumido drogas en ningún momento. Respecto a las madres 33 son CDVP (46,48%), 23 son ex-CDVP (32,39%) y en 15 la infección se produjo por transmisión heterosexual (21,13%).

La situación actual de los padres figura en la tabla 2 (Fig. 1).

Respecto al nivel cultural: dos padres y madres son analfabetos así como dos de los abuelos que cuidan directamente al niño, aproximadamente el 65% tienen estudios primarios, el 28% secundarios y sólo tres padres y dos madres tienen estudios superiores.

El 44,12% de las madres, es decir, 30 madres, tenían información de su infección por VIH antes del embarazo, que fue adecuadamente controlado en el 76,81% de los casos. Treinta madres (43,48%) siguieron consumiendo drogas durante el embarazo y 12 (17,65%) mantuvieron la lactancia materna.

Están asintomáticos 23 niños incluidos en la clase P1 y sintomáticos con criterio de SIDA (P2) 48 niños (67,61%). Han fallecido, hasta el momento, 22 niños, lo que supone una mortalidad el 31% y 49 permanecen en seguimiento.

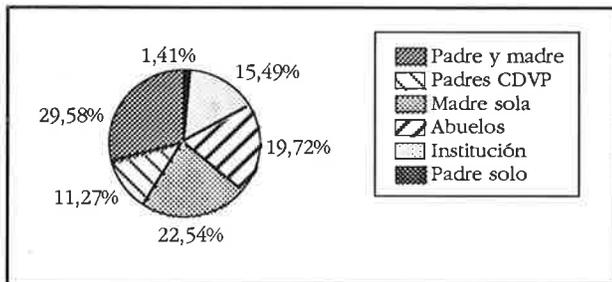


Figura 2. Personas que cuidan a los niños infectados por VIH por vía vertical.

Están escolarizados 32 niños (45%), 11 (34,37%) han informado de la infección por VIH en el colegio y en seis casos, de estos niños, se ha producido alguna forma de rechazo escolar.

El nivel económico de los padres era suficiente para prestar los cuidados básicos al niño en el 75,71% de los pacientes.

España es el país europeo que tiene identificados el mayor número de niños hijos de madre VIH (+), tanto en términos absolutos como relativos, así como las tasas más altas de infección VIH en mujeres embarazadas⁽⁸⁾.

Es importante analizar la vía de infección de la madre por las implicaciones en cuanto a comportamiento y cuidados frente al hijo. En nuestro estudio, 56 madres (78,87%) tenían antecedente de CDVP, 33 madres siguen consumiendo actualmente drogas y 23 son ex-CDVP, están integradas socialmente y llevan un régimen de vida absolutamente normal. Ninguna de las madres CDVP presta los cuidados y la atención adecuada a su hijo delegando en los abuelos o familiares próximos, en caso de que éstos puedan, o en instituciones, lo que plantea en muchas ocasiones graves problemas y carencias afectivas importantes en el niño.

En 15 madres (21,13%) la infección fue por vía heterosexual, esta cifra es superior a la publicada por otros autores⁽⁹⁾, posiblemente debido al aumento progresivo de la infección por vía heterosexual que se está produciendo a nivel mundial⁽¹⁰⁾, aunque no se puede descartar, al tratarse solo de niños infectados, que pueda haber una mayor tasa de transmisión en las madres infectadas por esta vía.

En nuestra serie no existe un predominio en cuanto al sexo a diferencia de lo señalado por otros autores⁽¹¹⁾, ni mayor mortalidad en las niñas⁽¹²⁾.

Hemos encontrado una asociación entre CDVP durante el embarazo y la situación clínica del niño, este hecho puede estar justificado por la incidencia negativa del CDVP sobre el sistema inmunológico del feto que agrave la infección por VIH.

La lactancia materna también se asocia, en nuestro grupo, con mayor gravedad de la infección por VIH en el niño, este resultado es complejo de explicar, pudiendo estar en relación con una mayor carga viral transmitida por la lactancia. El Estudio Colaborativo Europeo⁽¹³⁾ señala la lactancia materna como un riesgo relativo indirecto de transmisión materno-filial de VIH pendiente de cuantificar.

En cuanto a la edad, es de destacar la existencia de niños infectados por vía vertical, totalmente asintomáticos con 8,75 años y sintomáticos con 10,75 lo que indica un aumento de la supervivencia de estos pacientes. Se han descrito en algunas series supervivencias de hasta 12 años en niños infectados por vía vertical⁽¹⁴⁾.

Analizando la situación actual de los padres hay que considerar que 4 padres y 10 madres han fallecido de SIDA, 5 padres y 2 madres están encarcelados, 10 padres y 31 madres están enfermos, 17 padres y 3 madres no tienen ningún contacto con su hijo y 12 padres y 5 madres son CDVP activos. Ninguno de ellos puede atender a su hijo enfermo adecuadamente, independientemente de su situación económica o del nivel cultural. Solo el 40,84% de estos niños están atendidos por sus padres y el 15,49% se encuentra tutelado o en guarda y custodia por una Institución. Esta situación provoca graves problemas psicológicos y sociales en estos niños.

Sólo 32 niños están escolarizados (45%), aunque algunos han retrasado la incorporación al colegio o guardería por miedo al posible rechazo, 11 niños han informado en el centro escolar de su infección lo que ha provocado problemas con profesores o padres de alumnos en seis casos. Existen pautas claras de la Academia Americana de Pediatría que aconsejan la escolarización normal de estos niños, informando a las personas encargadas del niño, con el fin de protegerle frente a las infecciones de otros niños y en las que se especifican minuciosamente las medidas a adoptar en cada situación^(15,16).

Características psico-sociales.

Las madres de bebés que tienen SIDA pueden tener el shock de una doble catástrofe: saber que son seropositivas al mismo tiempo que saben que su hijo está enfermo, por lo cual, necesitan un intenso apoyo psico-

86 social. La enfermedad en el caso de los niños que sobreviven tiene un curso crónico y las familias y los recursos sociales deben ser informados. Las familias deben aprender a vivir con el secreto o el estigma. La comunidad, escuela, barrio, etc. puede rechazar a estos niños cuando se enteran. A las madres se les debe aconsejar respecto de nuevos embarazos.

A la familia se le ayudará a tolerar la ira, la frustración y el miedo del niño, al menos lo suficiente para que le puedan apoyar abierta y francamente⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Aspectos psiquiátricos: Clínica.

Todos estos grupos de riesgo presentan una serie de problemas derivados de la propia enfermedad, trastornos psiquiátricos y reacciones psicopatológicas según el nivel de desarrollo. El tratamiento y el manejo psicológico y social será diferente en cada grupo (Tabla 3).

Dese un punto de vista psiquiátrico la infección VIH se caracteriza por:

- Manifestar un amplio espectro de respuestas sintomáticas psiquiátricas.
- Necesitar una gama amplia de recursos de intervenciones preventivas y terapéuticas por parte de los profesionales de salud mental.

Diagnósticos psiquiátricos

Los pacientes afectados pueden presentar problemas en todas las áreas diagnósticas según la clasificación psiquiátrica multiaxial DSM-III-R⁽¹⁷⁾ (Tabla 3).

En el eje I, los diagnósticos pueden incluir trastornos del desarrollo, orgánicos, afectivos y adaptativos graves.

En el eje II, los diagnósticos son producidos por la disfunción familiar y la pobreza que llevan al abuso de drogas y a la marginación, y ser víctimas predilectas de la infección VIH. En el eje III, los diagnósticos físicos son frecuentes según progresa la enfermedad.

En el eje IV, los niveles de estrés psicosocial son elevados.

En el eje V, el funcionamiento global puede fluctuar rápidamente.

Cuadros psiquiátricos por afectación orgánica

El cerebro es un órgano de frecuente localización del VIH en los niños^(18, 19). Los cuadros neurológicos que pueden aparecer son:

Encefalitis agudas, Meningitis asépticas, Complejo Demencia SIDA (CDS).

Se observan calcificaciones en los ganglios basales⁽¹⁸⁻²⁰⁾ y el cerebro experimenta un retraso en su crecimiento⁽²¹⁾. El virus puede aislarse en el LCR antes de que aparezca en la sangre.

Se ha estimado que el SIDA produce disfunciones del SNC en un 50% a un 90% de niños⁽²²⁾.

En los niños las afecciones cerebrales pueden complicar un retraso en el desarrollo debido a factores nutricionales y a cronicidad.

La encefalitis aguda puede ser asintomática en los primeros estadios de la enfermedad, antes de que se pongan en marcha las respuestas inmunológicas.

La meningitis aséptica puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad produciendo alteraciones motoras en piernas, torpezas motrices y parexias (debilidad en la marcha). En la Resonancia Magnética (RM) aparecen signos de afectación de la sustancia blanca. En el TAC se pueden observar atrofas corticales y dilataciones ventriculares⁽²³⁾.

El CDS puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad. En los adolescentes puede aparecer precozmente con la sintomatología de: dificultades de atención y concentración, pérdidas de memoria, lentitud en el procesamiento de la información, ligero síndrome del lóbulo frontal, y dificultad para ejecutar actividades mentales secuenciales complejas.

Así como en adultos se sabe que el CDS es más frecuente e insidioso de los que generalmente se cree, en los niños es un tema a estudiar. Nos hará pensar en una demencia por el SIDA la aparición de alteraciones cognitivas tales como: enlentecimiento del pensamiento; déficits de atención, memoria y concentración; problemas de lenguaje y dificultades para encontrar palabras. Se deberá estudiar a los pacientes con pruebas neuropsicológicas y se les deberán hacer pruebas periódicas con el WISC y con pruebas de memoria y psicomotrices⁽²⁴⁾.

Manejo psiquiátrico del espectro de la enfermedad VIH

Las cuestiones suscitadas como nuevas o específicas del SIDA con respecto a otras enfermedades pediátricas graves o mortales son: su contagiosidad, el período de latencia prolongado hasta que aparece la enfermedad, el pánico social suscitado por esta epidemia y los

Tabla 3 Adaptado de Krener y Miller 1989. Tratamiento psiquiátrico y características de los grupos infanto-juveniles de alto riesgo

	<i>Homosexuales</i>	<i>Niños con infecciones perinatales</i>	<i>Transfundidos</i>	<i>Adolescentes promiscuos</i>	<i>Adolescentes ADVP</i>
Estadio del desarrollo	Adolescentes	De bebés a escolares	De bebés hasta adolescentes	Adolescentes	Adolescentes
Afectación del desarrollo	Adecuados a su edad: Problemas de identidad	Puede haber estancamiento	Comprometido por enf. crónica	Pseudomaduro o impulsivo	Comprometido por factores derivados del abuso de sustancias
Diagnóstico psiquiátrico	T. de identidad, ansiedad u otros	Retrasos del desarrollo	Afectivos, ansiosos, otros	Afectivos, ansiosos, otros	Afectivos, ansiosos, otros
Axis 1	—	Trastornos del Aprendizaje secundarios a T. del desarrollo	—	T. de la personalidad o del aprendizaje	T. de la personalidad o del aprendizaje
Axis 2	—				
Axis 3 y (neurológico)	E. de Transmisión sexual post. encefalopatía HIV	Infecciones oportunistas: afectación neurológica	Enfermedad crónica, a veces	E. de Transmisión sexual post. encefalopatía HIV	Complicaciones por el uso de drogas. post. encefalopatía HIV
Axis 4 (estresores)	Estigmatización	Aislamiento, pobre estimulación	Como otra enf. crónica	Sin hogar o conflictiva familiar	Dificultades económicas o familiares
Consideraciones del tratamiento	Puede haber temor a que se sepa que es homosexual	Los padres están culpabilizados o han muerto	Ira por haber sido contaminado	Miedo, negación impulsividad, aprendizaje dificultado	No dispuestos a negociar la adicción
Modalidades del tratamiento	Terapia individual: grupos de apoyo con iguales	Apoyo a la familia	Apoyo familiar; Interconsulta	Alcanzarles, trabajo en la calle, coordinación con centros de salud comunitario	Programas de tratamiento de drogadictos
Papel de la familia	Variable, depende del joven	Importante si sobreviven	Importante	Pueden no ser asequibles	Pueden no ser asequibles
Interconsulta	Variable	Cuidados pediátricos en régimen de H. de día	Con pediatras, escuela.	Con Servicios Sociales.	Con Servicios Sociales
Tipo de intervención social	No existe	Adopción			Programas de tratamiento

prejuicios sociales relacionados con los grupos de riesgo.

Transmisión de la información y apoyo postdiagnóstico⁽²⁶⁾

Bebés y preescolares

La identificación de un niño seropositivo suscita problemas importantes porque puede ser que la madre biológica se entere de que está infectada al mismo tiempo que se entera de que ha infectado a su hijo. Hay

que apoyar a estas familias y tener con ellas un seguimiento para reducir su ansiedad y sentimientos de indefensión. Si son desatendidos por profesionales y amigos en este período de crisis pueden descompensarse, abandonando a su hijo en el hospital, manteniéndose o recayendo nuevamente en el abuso de tóxicos.

Los niños de dos años son incapaces de comprender los conceptos de enfermedad o de muerte. El trauma de saber el diagnóstico recae principalmente en sus cuidadores. Al niño lo que más le preocupa son los acon-

88 tecimientos inmediatos: los traumas físicos, la separación de sus padres. Tendrán que adaptarse tanto él como sus padres a frecuentes separaciones por hospitalizaciones y a los dolorosos procedimientos de exploración.

Los niños de 4-5 años se preocupan más de las pruebas y de los procedimientos. Conceptualizan la muerte como un proceso que entraña dolor físico. Habrá que prepararle para los procedimientos médicos de forma honesta, sin engañarle.

Escolares

Algunos niños han adquirido la infección VIH por sangre contaminada y tienen, además, que sobrellevar otras enfermedades como la hemofilia o el cáncer.

Cuidar de un niño con una enfermedad aguda o crónica ocasiona un impacto duradero en las familias. Los padres tienen que ceder a otros el cuidado de su hijo, dependiendo de los sistemas sanitarios para obtener soluciones. Las familias de los niños con enfermedades crónicas ven las expectativas de vida de su hijo complicadas con un pronóstico infausto, y con la progresión de la infección VIH a SIDA desarrollado.

Los que adquirieron la enfermedad por transmisión vertical pueden comenzar con síntomas tardíamente.

En esta edad, de tremenda curiosidad, se plantean problemas de confidencialidad. Muchos padres están ambivalentes acerca de informar a su hijo de la infección que padece. Temen ver alteradas tanto las relaciones de amistad, como que sus familias les rechacen, y el posible efecto sobre los hermanos. Temen además la pérdida de empleo, de alojamiento, porque el niño puede irse de la lengua, poniendo en antecedentes a terceras personas. Los hijos, al darse cuenta de la preocupación de los padres, y de sus frecuentes visitas a los médicos, empiezan a sospechar que están más graves de lo que creían. Las familias sienten esa carga que se traduce en falta de intimidad y de cariño, precisamente cuando más abiertamente deberían hablar de esos problemas con los hijos. Los padres y los hijos caen en una conspiración de silencio.

Las decisiones con respecto a la transmisión de la información deberán tener en cuenta:

- Los efectos psicológicos sobre el chico y la familia.
- La capacidad de la familia para hacer frente a la crisis.

- El apoyo social y ambiental que se puede movilizar. Las familias necesitan revelar el diagnóstico en una forma apropiada al desarrollo cognitivo y motor del niño.

A la edad de diez u once años el niño percibe la muerte como permanente y universal con una cesación total de las sensaciones corporales. Los niños suelen inventar explicaciones filosóficas acerca de la vida y de la muerte. A los padres les resulta difícil responder a preguntas directas de sus hijos sobre si morirán o no por su enfermedad.

Los peores miedos del niño se asocian con frecuencia con el abandono, y no con la muerte. Se preocupan acerca de si sus padres y parientes serán capaces de afrontar el dolor y el sufrimiento.

Estos temas deben ser discutidos abiertamente, y si los padres no son capaces de hacer frente a estas cuestiones deberán ser ayudados por los servicios sociales o los profesionales de salud mental.

Otro tema que hay que discutir es el del colegio, y cómo transmitir la información a padres y tutores. Preparar la acogida de los profesores y alumnos con una educación adecuada respecto a la enfermedad es fundamental para que el niño no se sienta rechazado. Para ello es necesario evitar las desinformaciones o las ideas falsas acerca de la transmisión y acerca de la propia enfermedad. Los niños tienen conciencia del SIDA desde temprana edad. Sin embargo, tienen muchos miedos, fantasías, y conceptos erróneos acerca de él⁽²⁷⁾.

Es conveniente que al niño se le haga ver que él no es el causante de la enfermedad, lo cual es difícil cuando los padres tienen que luchar con los sentimientos de culpa por habérsela transmitido. Las explicaciones sencillas acerca de la transmisión del virus y también sobre las exploraciones que se le deben realizar al niño son muy importantes para que las intervenciones médicas no sean percibidas por él como un castigo.

La cuestión de qué información transmitir al niño pequeño que padece una enfermedad grave es muy controvertida. Los adultos y adolescentes merecen que se les diga la verdad aunque se les debe ayudar a sobrellevarla. Con respecto al niño pequeño habrá que tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo, el grado de integración de la familia en la comunidad y la relación entre el niño y el médico. Teniendo en cuenta estos factores, el niño debe recibir explicaciones apropiadas acerca de la enfermedad y el tratamiento, pues si

no es así, él inventará "sus propias explicaciones", que frecuentemente implican auto-culpabilizaciones y deseos de ser castigado, que interfieren con el apoyo y cuidado que estos niños necesitan.

Como estos niños no están familiarizados con términos médicos como SIDA, VIH o AZT, algunos autores⁽²⁶⁾ sugieren que el niño necesita saber:

- Que tiene una enfermedad grave.
- Que tiene que recibir tratamiento.
- Que los médicos no han podido encontrar el remedio para esa enfermedad, pero están trabajando para encontrarlo.
- Que se le va mantener informado, a su nivel, de la evolución de su enfermedad, de cuando, o si, mejora o empeora.

Al adolescente

Los adolescentes adquieren la infección por las mismas vías que los adultos: por abuso de drogas IV, y por transmisión sexual. Su impulsividad y sus sentimientos de inmortalidad, hacen difícil que se abstengan de comportamientos de riesgo⁽⁷⁾.

Necesitan apoyo antes de hacerse las pruebas de detección y también posteriormente, puesto que son experiencias traumáticas y existe un riesgo de reacciones psiquiátricas agudas e incluso de suicidio si no tienen apoyo familiar y social.

Las pruebas diagnósticas plantean problemas de confidencialidad con los padres, y si son positivas hay que explicarle lo que esto entraña y aconsejarles respecto de las relaciones sexuales.

Plantean problemas especiales los adolescentes ADVP VIH positivos, ya que no existen recursos específicos para ellos y suelen ocultar la infección o abandonar los tratamientos⁽²⁸⁾.

Dado el prolongado período de incubación de esta infección y aunque no ha sido el objetivo de análisis de este estudio, es imprescindible destacar la importancia de estudiar la prevalencia de la infección por VIH en los adolescentes de nuestro medio, ya que es precisamente en esta etapa donde se han infectado la mayoría de los padres de estos niños.

Asumiendo que los datos de seroprevalencia de infección por VIH no son extrapolables a otras poblaciones con diferente cultura y conducta social, es preciso reseñar que en un estudio realizado en Washington entre 1987 y 1989 la seroprevalencia entre los jóvenes de 13 a 19 años se eleva al 0,37%, siendo de 0,47% en las

mujeres y del 0,56% en los jóvenes de 18-19 años⁽²⁹⁾. Es imprescindible conocer las dimensiones del problema en nuestro medio, por las posibles implicaciones en la transmisión perinatal de la infección por VIH en el futuro, para planificar adecuadamente las medidas preventivas necesarias y distribuir más eficazmente los recursos.

El problema de la educación en la adolescencia:

Es importantísimo el cambiar el comportamiento de los adolescentes para una prevención del SIDA. Hay unos hechos demostrados⁽³⁰⁾:

- Los adolescentes no están suficientemente informados acerca de las causas, transmisión, y especialmente la prevención de la infección VIH.

- No ha habido cambios significativos entre los adolescentes como resultado de la epidemia de SIDA en cuanto a las costumbres sexuales ni en cuanto a la prevención de los embarazos.

- Los programas de información que se desarrollen tienen que ir más allá de la simple adquisición de conocimientos acerca del SIDA. Deben ayudar al adolescente a personalizar sus percepciones de riesgo y la eficacia preventiva que conllevan los comportamientos seguros⁽³¹⁾.

- La información tiene que llegar a grupos de riesgo que no están en la escuela o que no tienen acceso a la información de la población general (marginados, fugados, prostitutas juveniles)⁽³²⁾.

Consideraciones psicosociales y apoyo para el niño y su familia⁽³³⁾

Reacciones emocionales de los niños y adolescentes

El diagnóstico en este grupo de edad presenta unas características especiales: un fuerte sentimiento de invulnerabilidad e inmortalidad, se dejan influir por la presión de los iguales, y tienen una habilidad limitada para prever las consecuencias de sus comportamientos a largo plazo.

El diagnóstico de VIH produce negación, temor, o retraimiento. La negación que se manifiesta por un sentimiento de que el pronóstico infausto será reversible, y miedo a que otros los descubran y les rechacen; este miedo a veces es mayor incluso que el de morir de la enfermedad.

La infección se encuentra con más frecuencia entre drogadictos y homosexuales, con lo cual se trataría de adolescentes marginales ya antes de estar enfermos.

90 Los adolescentes hemofílicos o con otra enfermedad preexistente tienen un gran resentimiento por haber sido atacados doblemente por la enfermedad y por tener una vida tan restringida.

El resultado más dañino para un adolescente es el efecto sobre las relaciones extrafamiliares. Los temas que hay que discutir rápidamente con el adolescente son: informar a posibles parejas sexuales, el uso de prácticas sexuales sanas, o expresiones sexuales alternativas al coito. También tienen miedo de que los demás amigos puedan llegar a conocer cómo adquirió la enfermedad, esto se junta a los sentimientos de suciedad, culpabilidad. La dependencia impuesta tanto de la familia como de los servicios sanitarios de la comunidad agrava la situación del adolescente. Se plantea cuestiones tales como: ¿podré casarme y tener hijos?, que deberían ser contestadas con honestidad y abiertamente. Estas ansiedades le llevan a rendir poco en el colegio, a la depresión, al aislamiento, al resentimiento y a las actuaciones.

Apoyo a la familia

Las familias de niños con infección VIH tienen que enfrentar problemas muy complejos. Por una parte, tienen que luchar con las tensiones asociadas con esta enfermedad, que incluyen el no poder compartir el diagnóstico con parientes y amigos, el estigma y el aislamiento social, la depresión, el duelo, la desorientación y la incapacidad para mantener su rutina diaria.

Las familias con miembros drogadictos pertenecen a grupos marginales y pobres, tienen un soporte familiar débil o ausente, con frecuencia están afectados varios miembros. Debido a su mala situación económica, han tenido que ver con los Servicios Sociales. Si a esto se le añade la infección VIH, puede ser una sobrecarga que les lleve a la desorganización y a la crisis.

Como consecuencia de lo anterior, en estas familias tiene lugar un círculo vicioso que socaba los recursos físicos y psíquicos e incrementa el riesgo de la depresión.

Los abordajes deben estar centrados en los niños pero teniendo en cuenta a las familias. Necesitan además, unos abordajes comprensivos y coordinados, médicos y psicosociales por equipos de salud multiprofesionales y especializados.

Estrés de la enfermedad

El diagnóstico, un tiempo de crisis inicial.

Del mismo modo que en el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenaza la vida, la respuesta familiar

al diagnóstico de SIDA en un niño, incluye las fases de shock, culpa, negación, ira y depresión.

Las familias suelen repetir las pruebas diagnósticas como un deseo de conjurar el pronóstico; las familias, una vez confirmado el diagnóstico, refieren un sentimiento de desorganización, y de estar abrumadas o superadas. También experimentan un duelo anticipado y empiezan a entristecerse por la pérdida de las esperanzas y los sueños que habían hecho para el futuro.

Los padres cuando están a su vez infectados, describen sentimientos de tristeza que les superan, cuando se dan cuenta de que no pueden tener más hijos, o que pueden morir antes que su hijo. El darse cuenta de que no van a ser capaces de dar a sus hijos afecto, cuidados y comodidades les resulta muy doloroso de sobrellevar, se pueden sentir indefensos y furiosos.

Cuando se hace el diagnóstico, los padres se suelen preocupar por temas acerca de las precauciones a seguir (especialmente si uno de los padres está enfermo), los recursos existentes, y como mantener la confidencialidad del diagnóstico del niño. Se preocupan acerca de la discriminación, del aislamiento y ostracismo por parte de su familia cercana, extensa, y de sus amigos. Estas preocupaciones suelen ser realistas. Pero pueden tener otras reacciones desadaptadas en el momento del diagnóstico o en cualquier otro momento de la enfermedad, como por ejemplo: negar el diagnóstico, negarse a que se efectúen intervenciones terapéuticas, depresión, continuar con el abuso de tóxicos o volver a utilizarlos, autoacusaciones o acusaciones a otros.

Síndromes clínicos. Lo que más les cuesta enfrentar a los padres son las manifestaciones neurológicas. Los padres luchan con sentimientos de indefensión, tristeza, ira, y duelo anticipado cuando el niño no se desarrolla adecuadamente, tiene un comportamiento desorganizado o manifiesta unos signos claros de demencia. Según se va haciendo el niño más dependiente de los adultos, los padres se apenan por la pérdida del niño y deben adaptarse a nuevos y difíciles ajustes. Con frecuencia, cuando el niño presenta deterioros visibles es cuando los padres se dan plena cuenta de lo que implica la enfermedad.

Enfermedad terminal. Una de las tareas que más retos suponen es la de ayudar a las familias de los niños enfermos a planificar de forma realista el futuro. La evolución del SIDA es impredecible y no siempre es posible hacer planes para los últimos días o semanas del niño. Los padres necesitan asesoramiento para decidir

sobre la pertinencia o no de intervenciones médicas agresivas (resucitación, ventilación mecánica, etc.), y para decidir si el niño debe morir en el hospital o en su casa. Al niño se le debe procurar un fin digno sea cual sea la decisión respecto de donde será su final.

Formas de reaccionar de las familias. Las familias con enfermos de SIDA suelen ser familias disfuncionales como en el caso de los drogadictos o desestructuradas; sus miembros pueden estar deprimidos, aterrados, iracundos contra los sistemas médicos o la sociedad⁽³³⁾.

En ocasiones estos niños o son abandonados en instituciones hospitalarias por sus padres, o éstos mueren y pasan a orfanatos, lo cual plantea serios problemas a los servicios sociales.

Las reacciones más comunes que pueden presentar los padres y cuidadores son:

Culpa por haber contagiado la enfermedad, caso de los drogadictos. Las parejas de los sujetos con prácticas de riesgo tienen reacciones emocionales por no haberse dado cuenta del estilo de vida peligroso de su pareja. Los padres que consintieron en la realización de una transfusión sanguínea se culpabilizan por ello. Las madres de los hemofílicos se culpabilizan por haberles transmitido la enfermedad.

Ira contra los profesionales sanitarios por no haber sido advertidos de los riesgos de las transfusiones. Contra los homosexuales o drogadictos que han donado sangre contaminada. Esta ira puede surgir en diferentes etapas de la enfermedad del hijo. La ira hacia los profesionales sanitarios depende de la forma en que se les haya tratado e informado acerca de la infección de sus hijos. Los padres se desahogan cuando se les deja expresar sus emociones. Las familias superan estas reacciones cuando se les proporciona comprensión unida al cuidado médico y psicológico.

Sobrecarga de trabajo al tratar con un enfermo crónico, que consume tiempo, energía y su evolución es imprevisible. Esto es especialmente grave en el caso de padres solos (monoparentales) y familias con recursos escasos que tienen que buscar el sustento para ellos y sus hijos. Les puede resultar una carga adicional las múltiples citas médicas.

Aislamiento ya que muchas familias no quieren compartir el problema con los familiares y esto las priva de soporte social lo cual contribuye a la soledad y a la depresión con la consiguiente merma en las tareas familiares. Debido al miedo de una discriminación social, muchas familias se guardan para ellas el secreto

de la enfermedad de sus hijos. Cuando los padres enferman es el momento de mayor riesgo de rechazo. Hay que ayudar a las familias a anticipar las reacciones que pueden presentar tanto la comunidad como los familiares a los que se les ha comunicado la noticia del diagnóstico de la enfermedad. Se les debe respetar el derecho a la confidencialidad de la enfermedad de su hijo, muchas veces es la única medida de control sobre su situación.

Depresión. Una depresión reactiva es frecuente, y si se añaden otros problemas: familia monoparental, abuso de sustancias, problemas socioeconómicos, rechazo de la familia y los amigos, aislamiento emocional, pérdida de empleo, etc., la depresión reactiva puede evolucionar hacia una depresión crónica. Los estudios muestran que más que el duelo en sí, lo que precipita la depresión, especialmente en las mujeres, es la desesperanza que precede al duelo. En mujeres solas, pobres, que difícilmente enfrentan los problemas habituales de la existencia, la percepción desesperanzada precede a la adquisición de la enfermedad y se combina con el sentimiento de lo fatal de la infección. Se les debe remitir al psiquiatra cuando se sospeche un riesgo de suicidio.

Miedo de múltiples pérdidas. Después del shock inicial manifestado por ira y vergüenza, los padres comienzan a tener una reacción de duelo por pérdidas múltiples: la pérdida de sus hijos, de sus sueños de un futuro familiar juntos, de tener y criar más hijos, la pérdida de actividades placenteras que les han podido llevar a la infección, la pérdida de confianza en los sistemas sanitarios o en las parejas que les han contagiado la enfermedad, la pérdida de autoestima, de la sexualidad, y de un sentimiento de invulnerabilidad. Las pérdidas trágicas son una herida que sólo el tiempo puede curar. Las familias necesitan un apoyo en las situaciones de duelo que ocurrirán, y sólo así conseguirán la fortaleza y el coraje para vivir día a día.

Habilidades de intervenciones terapéuticas

La infección VIH es una enfermedad crónica que va a comprometer diferentes áreas del funcionamiento del niño (desarrollo físico, psicomotor, familiar, social, escolar, etc.). El psiquiatra infanto-juvenil debe atender a todas estas áreas y trabajar en un equipo multiprofesional que aborde los aspectos médicos y de desarrollo del niño.

92 El niño debe asistir a la escuela y los cuidadores deben prevenir: tanto que contagie (por medio de mordiscos, de secreciones, de heridas abiertas) a los niños, como el ser contagiado por los niños de las infecciones propias de la infancia.

El niño va a experimentar pérdidas y separaciones de sus familiares, así como discriminaciones que no ocurren en otras enfermedades crónicas. El equipo de salud mental infanto-juvenil debe actuar en coordinación tanto con los cuidados médicos, como con la escuela desde las primeras fases de la enfermedad. El psiquiatra debe ayudar a minimizar la pérdida de las capacidades y la moral del niño. Y lo que es más importante aún, el psiquiatra debe saber distinguir entre las causas psiquiátricas, neurológicas y ambientales que pueden intervenir en el retraso del desarrollo.

Se requiere por parte del equipo que atiende a estos niños el espectro completo de las habilidades de su especialidad:

- Clínicas, para evaluar el impacto en el desarrollo, las complicaciones neuropsiquiátricas y afectivas del niño.
- Sexológicas, son necesarias unas historias extensas de los hábitos sexuales.
- Las familias requieren una evaluación extensa y unas intervenciones de apoyo.

Se precisan conocimientos de enlace pediátrico, psicofarmacología, psicoterapia, terapia familiar, desarrollo infantil, evaluación neuropsiquiátrica, tratamientos de drogas en la comunidad.

También hay que conseguir:

- Acercamientos ingeniosos diseñados individualmente para adolescentes que están en crisis pero no tienen familias que les apoyen emocionalmente.
- Un funcionamiento clínico interdisciplinario con profesionales médicos, sociales y de la educación.
- Unas evaluaciones clínicas completas que contemplen la evolución de la enfermedad en los niños y que fundamenten otras intervenciones posteriores.
- Tomar decisiones acerca de qué información dar al niño y quién debe dársela.

Intervenciones

Precoces

La visita inicial a un centro de salud es una intervención social importante pero muchas veces obviada. La intervención tiene como resultado *infundir esperanzas*

para estimular los mecanismos de afrontamiento de la familia con algún miembro con SIDA.

Se debe desarrollar entre la familia y los cuidadores del niño un patrón de confianza mutua, valentía y esperanza y esperar como respuesta por parte de la familia unas actitudes más positivas hacia el niño y su enfermedad.

Se debe impartir esperanza desde la visita inicial y posteriormente. Los padres están confusos respecto del SIDA, tienen informaciones contradictorias procedentes de los amigos, de la TV y de la prensa. Así que a través de una educación empática y correcta acerca de la infección y su tratamiento, y además informando acerca de los tratamientos opcionales, se pueden aliviar la ansiedad y la desesperanza.

Al principio de la evaluación inicial, el equipo de salud -los médicos, enfermeras y asistentes sociales- debería reunirse con cada familia. Generalmente al cabo de un mes desde el contacto inicial, cuando se ha efectuado una intervención precoz de apoyo, los padres son capaces de pasar de una situación de pánico al saber el diagnóstico inicial a otra aceptación y expectativas realistas.

Evaluación psicosocial

A través de un trabajo de colaboración interdisciplinario, el equipo debe apoyar a la familia entera a través del curso de la enfermedad. Es esencial evaluar dentro de este acercamiento los recursos y las vulnerabilidades de las familias. De esta manera el equipo puede prevenir la adaptación de las familias a la enfermedad y planear las intervenciones apropiadas. Esta evaluación se debe hacer tan pronto como sea posible.

Es útil realizar un genograma que nos dé una idea de las enfermedades transmisibles, como el SIDA, y de los hábitos disfuncionales como el alcoholismo y el abuso de sustancias. Un genograma también nos informará acerca de las pérdidas familiares o de los familiares que pueden hacerse cargo del niño caso de enfermar o faltar sus padres.

Una vez realizado el genograma estamos en disposición de ayudar a las familias a hacer frente a las enormes tareas que tienen entre manos.

Servicios de Salud Mental

El SIDA es una enfermedad familiar. En un primer paso se precisa ayudar a las familias a afrontar el

diagnóstico, amén de solucionar sus problemas más inmediatos: alimentación, vivienda, cuidados médicos y orientación pedagógica. Debido a la mayor supervivencia de los niños, el SIDA se ha transformado en una enfermedad crónica que proporciona una carga psicológica que requiere varias modalidades de intervención desde el punto de vista de la salud mental.

Intervención en crisis. Es una modalidad de tratamiento predominante útil para asistir a las familias a través del curso de la enfermedad. Son necesarias intervenciones focales y oportunas en situaciones tales como intentos de suicidio, familias que han perdido sus casas y empleos, situaciones de duelo por pérdida de un niño donde los padres necesitan expresar sus sentimientos de aislamiento, desesperación, y miedos. Se necesitan una gama de intervenciones terapéuticas individuales en la medida que estos adultos en peligro de muerte van perdiendo a sus hijos, para que puedan expresar sus emociones y sobrellevar su tragedia.

Terapia individual. El juego es una herramienta útil para que el niño pueda expresar y superar sentimientos y miedos de aislamiento, separación y abandono. La terapia por el juego provee una atmósfera sana donde el niño aprende nuevas habilidades para hacer frente a procedimientos médicos invasivos mientras recrea y actúa traumas previos.

La terapia verbal y por el juego es útil en el niño más mayorcito para compartir, revivir, reactualizar y resolver traumas previos. En el caso de niños con encefalopatía o que no tienen capacidad verbal, pueden jugar o dibujar.

Temas comunes en la terapia pueden ser: miedo de que otros descubran su diagnóstico y sean rechazados, culpa relacionada con su enfermedad y como le ha afectado a su familia, preocupaciones respecto de la salud de sus padres, y ser incapaz de hablar con sus padres acerca de la muerte.

Cuando se trabaja con padres y miembros de la familia suelen surgir problemas que deben ser trabajados en una terapia de apoyo y de "insight", lo cual les puede ayudar a afrontar decisiones complejas tales como planificar sucesivos embarazos y relaciones sexuales. También les puede ayudar a los padres a expresar sus negaciones, miedos a la muerte e ira. Les permitirá prepararse para la muerte y hacer los preparativos oportunos respecto del sepelio y de quién se va ocupar de los hijos. Aunque estos temas pueden desencadenar emociones profundas, sin embargo, cuando

se habla de ellos pueden dirigir a una liberación y esperanza.

Consejo familiar y de pareja. Se deben usar modalidades de asesoramiento de pareja y familiares. Las metas son el promover un funcionamiento adaptativo, la resolución de problemas, cambiar conductas, modificar procesos sistemáticos intrafamiliares, incluyendo comunicación y dificultades en las relaciones interpersonales. Las intervenciones familiares que involucran a tantos miembros de esas familias como sea posible, van encaminadas a reestructurar a las familias en una forma realista que respete el sistema de parentesco, de fratria, y de jerarquía de tres a cuatro generaciones. Esto no quiere decir que se trate de reestructurar la familia siguiendo el modelo de la familia tradicional, sino que esos sistemas familiares puedan reorganizarse con efectividad y con expectativas realistas mientras que el resto de la familia saca fuerzas en una encrucijada vital crucial.

Puede ocurrir que no sea conveniente de entrada un abordaje terapéutico centrado en la problemática del SIDA, con la pareja, o la familia, ya sea porque hay una historia de malos tratos hacia el niño muchas veces por patología mental en los padres, unos padres explosivos, sociópatas, psicóticos, drogadictos. En este caso, se les debe derivar a centros de protección de menores, centros psiquiátricos, o de tratamiento de la drogadicción.

También se deben tener en cuenta situaciones sociales de pobreza y abuso de drogas que durante ciertos períodos pueden ser superados por las tareas de ser padres.

Es indispensable establecer un sentimiento de confianza, estabilidad y un cierto equilibrio familiar, para poder contactar con la familia en el sistema de salud y para iniciar un abordaje individual o familiar.

Grupos terapéuticos para padres. Sirven para apoyar a los padres y que puedan tratar ciertos temas en una atmósfera comprensiva y confortable. Para poder ventilar y compartir las experiencias de sentirse alineados y solos.

CONCLUSIONES

La mayor fuente de SIDA pediátrico en la actualidad es la transmisión vertical en mujeres que se infectan durante el embarazo o el parto a sus hijos. La mayoría de

94 las mujeres infectadas lo son por el abuso de drogas IV o por contagio sexual.

Dada la importancia del progresivo aumento de la infección por VIH en nuestro país, es imprescindible organizar un Registro Nacional que recoja de forma fidedigna, planificada, unificada y actualizada las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y sociales de la infección por VIH en los pacientes pediátricos y adolescentes. De esta forma podremos tener en un futuro una idea más real de la evolución de la infección.

Las múltiples problemas tanto sanitarios como socio-familiares que presentan los niños infectados por VIH, principalmente los infectados por vía rectal, hacen imprescindible el desarrollo de unidades multidisciplinarias a nivel hospitalario en las que se incluya psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales específicos para este tipo de problemas con el fin de prestar una adecuada e integral atención a estos pacientes.

Para evitar los problemas planteados en los centros escolares, e incluso en centros sanitarios, de discriminación y aislamiento deben realizarse campañas de información en los colegios enfocadas a alumnos y profesores y cursos de formación continuada para personal sanitario.

Es fundamental conocer la situación de los adolescentes realizando estudios de seroprevalencia en este grupo de edad y de acuerdo a los resultados, fomentar mensajes equilibrados sobre la actividad sexual, iniciar o reforzar programas de ayuda a consumidores de drogas, organizar campañas educativas en institutos y organismos de la juventud y ocuparse de las barreras que dificultan a los adolescentes el acceso a los servicios sanitarios sobre todo en las zonas más marginadas.

Las medidas profilácticas, principalmente en los grupos con prácticas de riesgo son, hoy por hoy, la única forma de limitar la expansión de la epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Anderson RM, May RM. Epidemiological parameters of VIH transmission. *Nature* 1988;333:514-519.
- 2 Sprecher S, Sonmenhoff G, Puissant F y cols. Vertical transmission of VIH in 15-week fetus. *Lancet* 1986;2:288-289.
- 3 Wofsy CB, Haber LB, Michaeli BA y cols. Isolation of AIDS-associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus. *Lancet* 1986;1:527-529.
- 4 Thiry L, Sprecher-Goldberger S, Jonckheer T Y cols. Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. *Lancet* 1985;2:891-892.
- 5 Canosa C, Delgado A, Garcia Martin F y cols. SIDA pediátrico en España. *An Esp Pediatr* 1990;33:141-149.
- 6 Gutmaman LT, St Clare KK, Weedy C y cols. Human immunodeficiency virus transmission by sexual abuse. *Am J Dis Child* 1991;145:137-141.
- 7 Krener PG. Child and Adolescent Psychiatry. *A Comprehensive Textbook, HIV-Spectrum Disease*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991:994-1004.
- 8 Comité de Expertos de SIDA Pediátrico (AEP). Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) en la infancia. Informe sobre la segunda encuesta multicéntrica española (1991). *An Esp Pediatr* 1993;38(5):469-470.
- 9 Casabona Bárbara J, Sánchez Ruiz E, Salas Ibáñez T y cols. Transmisión vertical del VIH: Epidemiología descriptiva, factores de riesgo y supervivencia. *An Esp Pediatr* 1992;37(5):367-371.
- 10 Clotet B. Transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana *Med Clin (Barc)* 1987;88(18):721-723.
- 11 Elorza Arizmendi JFJ, Tuset Ruíz C, León Sebastián P y cols. Características socio-familiares de los niños con Ac. VIH. Un factor perturbador de la evolución clínica de la enfermedad que debe ser conocido y controlado. *An Esp Pediatr* 1990;33:1-36.
- 12 Italian Multicentre Study. Epidemiology, clinical features and prognostic factors of paediatric HIV infection. *Lancet* 1988;2:1043-1046.
- 13 The European Collaborative Study: Children born to women with HIV-1 infection: natural history and risk of transmission. *Lancet* 1991;331:253-260.
- 14 Persaud D, Chandwani S, Rigaud M y cols. Retraso en el reconocimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en preadolescentes. *Pediatrics (ed esp)* 1992;34(5):253-256.
- 15 Task Force on Pediatric AIDS. Pautas pediátricas para el control de la infección por el VIH (virus del SIDA) en hospitales, consultas médicas, escuelas y otros marcos. *Pediatrics (ed esp)* 1988;26(5):301-307.
- 16 Task Force on Pediatric AIDS. Educación de los niños infectados por VIH. *Pediatrics (ed esp)* 1991;32(3):175-177.
- 17 Krener PG, Miller FB. Psychiatric Response to HIV Spectrum Disease in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adols Psychia* 1989;28(4):596-605.
- 18 Epstein LG, Goudsmit L, Paul DA y cols. Expression of human immunodeficiency virus in cerebrospinal fluid of children with progressive encephalopathy. *Ann Neurol* 1987;21:397-401.
- 19 Resnick L, Berger JR y cols. Early penetration of the bloodbrain-barrier by HIV. *Neurology* 1988;38:9-14.

- 20 Cabrera Muñoz ML, Sadowinski Pine S, Ramón García G, Arenas Duarte AM, Valencia Mayoral PAD. Patología del sistema nervioso central en niños con síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Departamento de Patología Clínica y Experimental. Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D.F. SO: *Bol-Med-Hosp Infant-Mex* 1992;b49(9):549-557.
- 21 Wiley CA, Belman AL, Dickson DW, Rubinstein A, Nelson JAAD. Human immunodeficiency virus within the brains of children with AIDS. Department of pathology, University of California San Diego, La Jolla 92093. SO: *Clin-Neuropathol* 1990;9(1):1-6.
- 22 Scott GB. Clinical manifestations of HIV infection in children. *Pediatr Ann* 1988;17:365-370.
- 23 Snider WD, Simpson DM, Nielsen S y cols. Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients. *Ann Neurol* 1983;14:404-418.
- 24 Chamberlain MC, Nichols SL, Chase CHAD. Pediatrics AIDS: comparative cranial MRI and CT scans. Department of Neurosciences, University of California, San Diego 92103. SO: *Pediatr-Neurol* 1991;7(5):357-362.
- 25 Wagner KD, Sullivan MA. Fear of AIDS Related to development of Obsessive-Compulsive Disorder in a Child. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(5):740-742.
- 26 Stuber ML. Psychiatric Consultation Issues in pediatric HIV and AIDS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(3):463-466.
- 27 Fassler D, McQueen K, Duncan P, Copeland L. Children's perception of AIDS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(3):459-462.
- 28 Pascal CB. Selected legal issues about AIDS for drug abuse treatment programs. *J Psychoactive Drugs* 1987;19(1):1-12.
- 29 D'Angelo LJ, Getson PR, Luban NL y cols. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes urbanos: ¿podemos decir que se hallan en situación de riesgo? *Pediatrics (ed esp)* 1991;32(5):267-270.
- 30 Diclemente RJ, Boyer CB, Morales ES. Prevention of AIDS among adolescents: Strategies for the development of comprehensive risk-reduction health education programs. *Health Educ Res* 1988;2:287-291.
- 31 Sandberg DE, Rotheram-Borus MJ, Bradley J y cols. Methodological issues in assessing AIDS prevention programs. *J Adolesc Res* 1988;3:413-418.
- 32 Diclemente RJ, Boyer CB. Ethnic and racial misconceptions about AIDS. *Focus* 1987;2:287-291.
- 33 Wiener L, Septimus A. *Pediatrics AIDS: The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents*. Pizzo PA, Wilfert CM, eds. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991.

M.S. Ampudia
X. Gastaminza
I. Quiles
R. Ortiga
J. Tomás
L.M. Martín
M.I. Hernández

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

Correspondencia:

M.S. Ampudia
Unitat de Psiquiatría.
Hospital Universitari
Materno-Infantil Vall d'Hebron
P^a Vall d'Hebron 119-129. Barcelona 08035

Psicopatología y modos de enfrentamiento en un grupo de padres de niños enfermos crónicos

Psychopathology and coping among parents with chronichally ill children

RESUMEN

Se estudia un grupo de padres cuyos hijos acababan de ser diagnosticados de una enfermedad crónica, tratando de evaluar sus rasgos psicopatológicos y las diferentes formas de afrontar la situación de enfermedad de sus hijos.

Se han separado los padres de niños oncológicos de los no oncológicos por considerar que las enfermedades cancerosas pueden tener connotaciones socio-culturales diferentes de otras enfermedades, y generar un mayor estrés en las familias.

Como grupo de comparación se utilizó otro grupo de padres de niños sanos y un grupo de estudiantes en situación de examen.

Los resultados indican mayores niveles de ansiedad en el grupo de padres cuyos hijos habían sido diagnosticados de una enfermedad oncológica. Sin embargo los modos de afrontamiento fueron similares en el grupo de padres de niños enfermos, independientemente de las características de la enfermedad. A su vez, los recursos de afrontamiento de este grupo de padres, mostró diferencias significativas con el grupo de padres de niños sanos y con el grupo de estudiantes.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad crónica infantil; Modos de
enfrentamiento; Psicopatología padres

ABSTRACT

A group of parents whose children were diagnosed of a chronic illness were enrolled in this study. Our objective is to assess their psychopathological characteristics and the different coping strategies related to their children's illness.

Parents of cancer-affected and non cancer-affected children were divided into two groups because cancerous diseases may have socio-cultural connotations different from other illnesses and thus may generate more stress in the families.

Both types of parents are compared with another group of healthy children's parents and a group of pre-examination students.

Results show higher anxiety levels among the parents whose children were diagnosed of cancer. However, coping strategies were similar in these two groups, independently from their respective illnesses. At the

same time, coping methods of the ill children's parents differed significantly from those of the healthy children's parents and the students' group.

KEY WORDS

Children; Chronic illness; Coping strategies; Parents psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Existe una amplia bibliografía acerca de los problemas psicológicos que plantean los niños enfermos crónicos y de las repercusiones que la enfermedad puede tener sobre el funcionamiento familiar.

Los factores de riesgo de desajuste citados más frecuentemente son, por un lado, los que tienen que ver con la enfermedad: severidad, pronóstico, grado de limitación asociado, fondo genético, necesidad de cuidados físicos y grado en que la enfermedad es visible para los demás. Por otro lado las diferencias individuales: sexo, personalidad previa, relaciones interpersonales en el medio familiar y con los compañeros y capacidades potenciales del niño. Y por otro, el momento del desarrollo en que se inicia la enfermedad.

Con respecto al primer punto -*características de la enfermedad*-, en el pasado se asumía de forma general que cuanto más severa era la enfermedad en términos médicos, mayor sería la posibilidad de desadaptación⁽⁹⁾. Sin embargo esta relación no parece ser tan directa y actualmente se afirma que no existe una correspondencia exacta entre el estado físico del niño y el desarrollo de problemas emocionales⁽⁴⁾. Los niños enfermos crónicos tienen muchas necesidades en común y por tanto deben ser tratados como un grupo único independientemente de las diferencias en los procesos fisiopatológicos subyacentes de cada enfermedad^(2, 18).

La valoración subjetiva de la madre sobre la gravedad de la enfermedad de su hijo puede ser un mejor indicador de riesgo de desajuste que la valoración clínica del médico sobre la gravedad de la enfermedad del niño⁽²⁰⁾.

Pless⁽¹⁶⁾ considera de gran importancia el patrón de presentación de los síntomas, sugiriendo que los enfermos «episódicos» pueden estar más estresados que los persistentes que, aunque tengan incluso una enfermedad más severa, experimentan una situación más estable

a lo largo del tiempo. Asimismo sugiere que en el caso de que la enfermedad sea visible para los demás, es posible que esto provoque en el niño un sentimiento de «incapacitado».

Sin embargo Köhler⁽¹⁰⁾ indica que los niños con impedimentos visibles tienen menos problemas de ajuste psicológico que los que padecen asma, diabetes o epilepsia.

Por lo que se refiere a las *características individuales*, parece ser que los niños son más vulnerables que las niñas. Las desventajas tales como una pobre inteligencia o falta de atractivo personal, pueden aumentar la posibilidad de desajuste⁽¹⁶⁾.

Por otra parte, el *momento del desarrollo del niño* en que se inicia la enfermedad, es particularmente importante. Como norma general se admite que cuanto menor es el niño, mayor es la oportunidad de adoptar mecanismos de adaptación⁽¹⁶⁾. Sin embargo también cabe la posibilidad de que la enfermedad interfiera dificultando el desarrollo del niño en cuyo caso, cuanto más tarde se produzca la enfermedad, más recursos habrá desarrollado el niño. Así Wells y Schwebel⁽²¹⁾ citan entre los factores de mayor riesgo de desajuste la baja edad del niño.

Dos períodos de especial vulnerabilidad son citados por diversos autores: la edad de inicio de la escolaridad y el período de la adolescencia^(1, 14, 20).

Por último, las relaciones que el niño tenía establecidas antes de la enfermedad y el estilo personal de afrontamiento de las situaciones, tanto del niño como de la familia, pueden ser factores de influencia en el riesgo de desajuste, ya que en muchas familias puede haber una vulnerabilidad habitual desenmascarada por la enfermedad^(6, 14, 19).

Esquete⁽⁵⁾ considera que los comportamientos de los enfermos, tanto niños como adultos, se deben en gran medida a la influencia que ejerce el aprendizaje de hábitos anteriores a la enfermedad.

El funcionamiento familiar parece ser un buen parámetro para predecir el ajuste psicológico del niño^(11, 16).

Algunos trabajos tratan de identificar psicopatología en los diversos miembros de la familia, sobre todo en la madre que es la que más frecuentemente se encarga del cuidado del niño. A este respecto, De Flores y cols.⁽³⁾ señalan que las madres saben diferenciar entre su propia psicopatología y la de sus hijos.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el estado psicopatológico de los padres en el momento de ser

98 diagnosticada una enfermedad crónica en uno de sus hijos, y los diferentes modos de afrontamiento de la situación.

Hemos separado los padres de los niños oncológicos de los no oncológicos por considerar que las enfermedades cancerosas pueden tener connotaciones socioculturales diferentes de otras enfermedades. Algunos estudios realizados con niños sanos sugieren que éstos perciben el cáncer de manera única entre las enfermedades crónicas^(15,22), considerando que tiene una mayor severidad y muy pocas esperanzas de curación. Cabe suponer que estas expectativas tengan alguna repercusión en el ajuste familiar y en la forma en que los padres afrontan la situación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

La muestra está constituida por un total de 228 personas de edades comprendidas entre 22 y 47 años de edad, distribuidas en los siguientes grupos:

Grupo de comparación I: Formado por 75 parejas de nivel socio-económico medio y medio-bajo, con edades comprendidas entre 24 y 46 años (media 28 años) y que tuvieran al menos un hijo viviendo en casa.

Grupo de comparación II: Formado por 32 sujetos, licenciados universitarios, con edades comprendidas entre 22 y 43 años (media 27 años). 10 de ellos estaban casados sin hijos y 22 permanecían solteros. 20 eran mujeres y 12 hombres.

Grupo de estudio: Formado por 46 padres (21 padres y 25 madres) con edades comprendidas entre 23 y 47 años (media 29 años), con un hijo diagnosticado recientemente (menos de 15 días) de alguna enfermedad crónica tales como leucemia, cáncer, diabetes, insuficiencia renal o mucoviscidosis. Las edades de los niños eran de 1 año y 6 meses a 15 años.

Este grupo a su vez se dividía en función del tipo de enfermedad del hijo en: padres de pacientes oncológicos de bajo riesgo; padres de pacientes oncológicos de alto riesgo, , padres de pacientes no oncológicos.

El grado de riesgo se refiere a la posibilidad de muerte en un plazo relativamente breve y era determinado por el médico responsable del caso en base a criterios establecidos como estadio de la enfermedad, presencia de metástasis, etc.

Método

Todos los sujetos fueron entrevistados por un psicólogo clínico y rellenaron el cuestionario de *Modos de Afrontamiento* de Lazarus y Folkman⁽¹²⁾ que consta de 67 ítems que hacen referencia a lo que el sujeto piensa, siente o hace para afrontar una determinada situación.

En el primer grupo los sujetos eran entrevistados en relación a cualquier acontecimiento que ellos consideraran estresante y que hubiera ocurrido recientemente. En el grupo de estudiantes se trataba de ver cómo afrontaban la situación de examen y, en el grupo de padres de niños enfermos crónicos, el afrontamiento se refería concretamente a la enfermedad del niño.

Los 67 ítems del cuestionario quedan agrupados en las siguientes escalas: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Soporte social, Aceptación responsabilidad, Evitación, Planificación y Reevaluación positiva.

Por otro lado, tanto a los padres como a las madres de niños enfermos crónicos, se les administró por separado el *Cuestionario de Salud General de Goldberg (G.H.Q.)*, como forma de screening psicopatológico. Dicho cuestionario consta de 28 ítems divididos en cuatro escalas: A -Quejas somáticas de origen psicológico; B -Angustia, ansiedad; C -Disfunción social (para las actividades cotidianas); D -Depresión.

RESULTADOS

Al comparar por separado las puntuaciones medias obtenidas por los padres y las madres de niños enfermos crónicos, en el Cuestionario de Salud General de Goldberg (G.H.Q.), se observa una tendencia a puntuaciones más elevadas en las madres, tanto en cada una de las escalas como en la puntuación total (Fig. 1), aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Asimismo se observó en las madres una mayor dispersión, con puntuaciones desde 0 a 17, media total 10,58, DE 7,4; mientras que en los padres la media total fue 7,26 y la DE 4,72.

La comparación de las puntuaciones de los padres y las madres conjuntamente, según el tipo de enfermedad de sus hijos, mostró una tendencia a puntuaciones más elevadas en el grupo de padres de niños oncológicos de alto riesgo, seguidos de los no oncológicos. Los padres de niños oncológicos de bajo riesgo tuvieron puntuaciones algo más bajas que los otros dos grupos, mante-

niéndose este orden en todas las escalas y en la puntuación total (Fig. 2), si bien estas diferencias tampoco fueron significativas estadísticamente.

La comparación de padres y madres por separado entre los tres grupos de enfermedad, no permitió establecer diferencias significativas entre las madres de los tres grupos, debido a la dispersión en las puntuaciones, tal como se ha comentado antes, pero sí se encontraron diferencias significativas en el grupo de padres: este grupo, más homogéneo que el de las madres, tenía puntuaciones más elevadas en el grupo de oncológicos de alto riesgo en la puntuación total, así como en las escalas de ansiedad y disfunción social (Fig. 3). Estas puntuaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En cuanto a los modos de afrontamiento no hubo diferencias significativas entre los padres y las madres ni entre ambos conjuntamente por grupos de enfermedad, si bien existe una tendencia a la evitación y al autocontrol en el grupo de oncológicos de alto riesgo (Fig. 4).

La comparación entre el grupo de padres de enfermos crónicos (sin diferenciar tipo de enfermedad) y el grupo de comparación I, mostró diferencias estadísticamente significativas, en casi todas las escalas. Los padres de enfermos crónicos puntuaron más alto en confrontación, distanciamiento, autocontrol, aceptación responsabilidad, evitación y reevaluación positiva. Al mismo tiempo, puntuaron más bajo, también con signi-

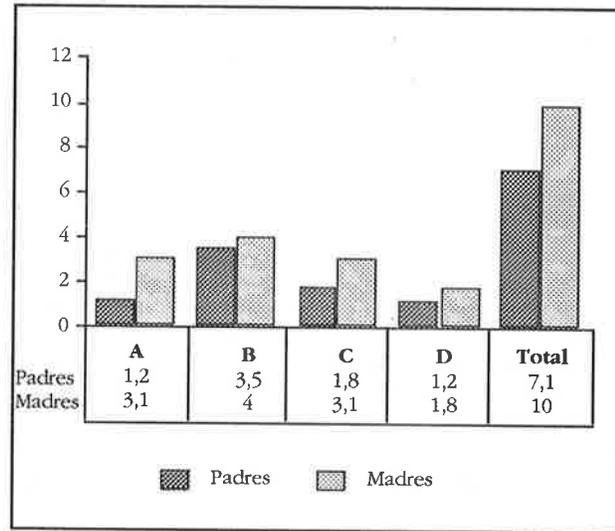


Figura 1. Puntuaciones G.H.Q. Gráfico enfermos crónicos. Comparación padres/madres.

ficación estadística, en planificación para la solución de problemas (Fig. 5). La escala de búsqueda de soporte social fue similar entre ambos grupos.

Al contrastar el grupo de padres de enfermos crónicos con el grupo de comparación II, encontramos diferencias significativas en las escalas de confrontación, distancia-

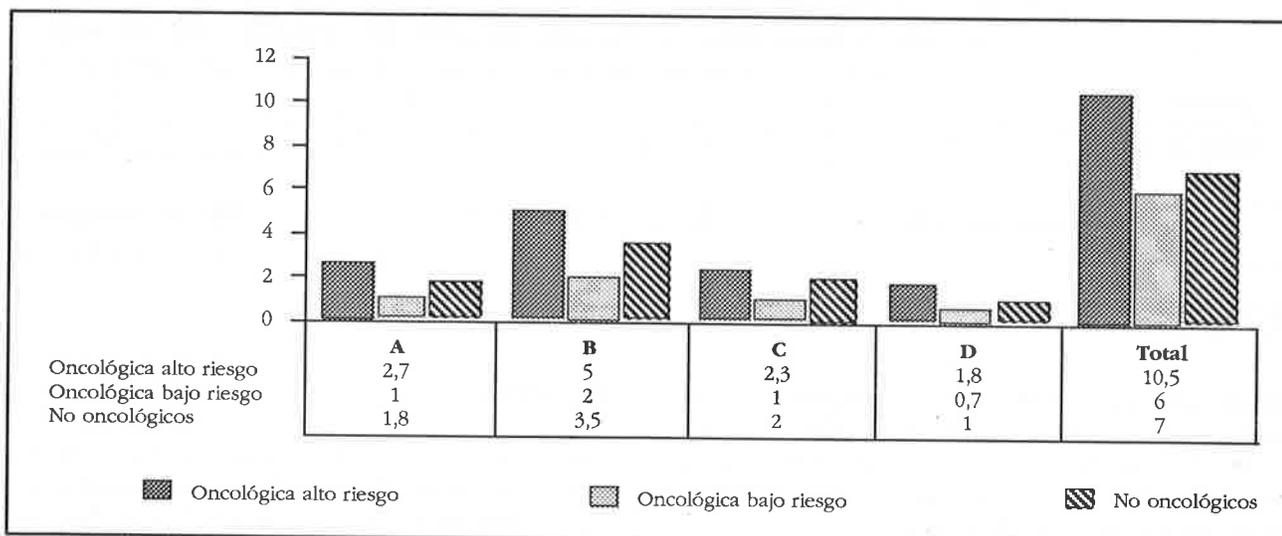


Figura 2. Puntuaciones G.H.Q. (padres y madres). Según tipo de enfermedad.

100

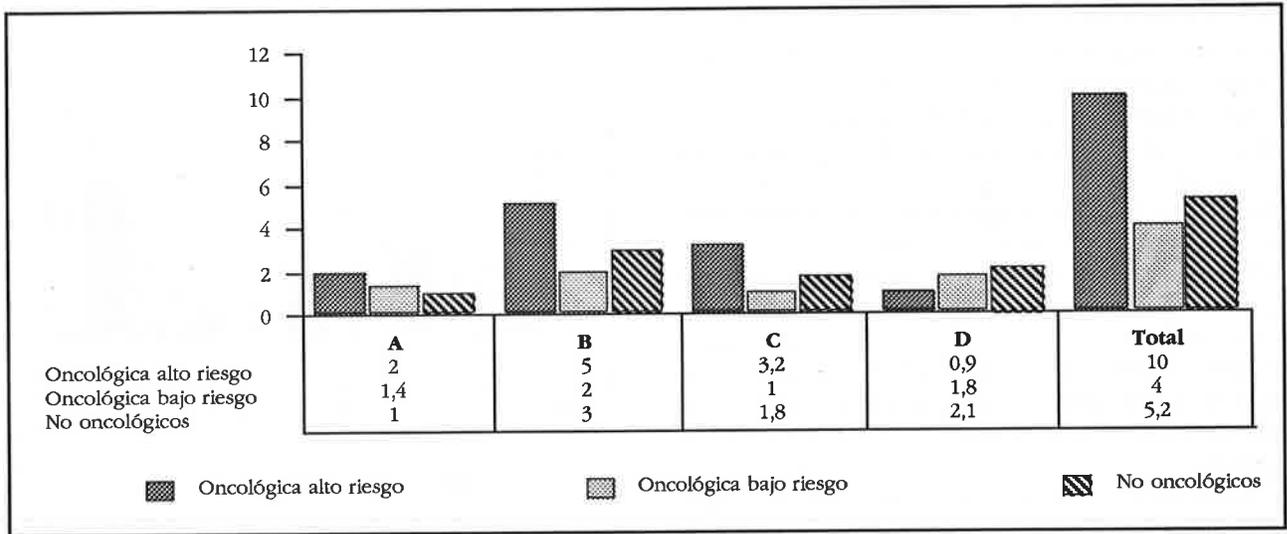


Figura 3. Puntuaciones G.H.Q. Padres. Según tipo de enfermedad.

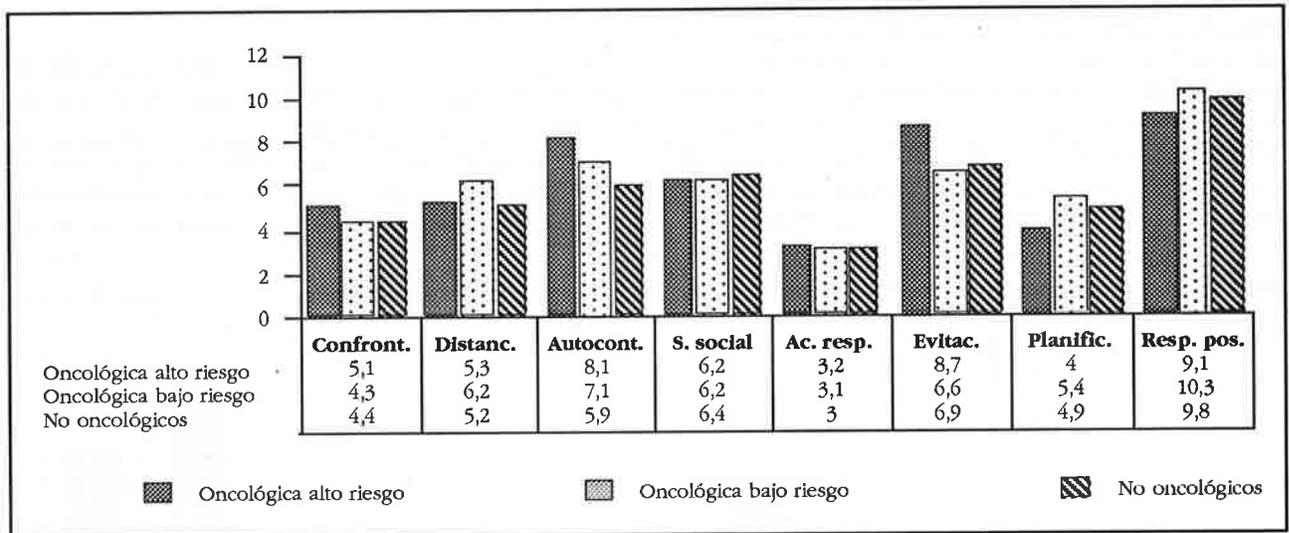


Figura 4. Modos de afrontamiento. Padres y madres según tipo de enfermedad.

miento, autocontrol, búsqueda de soporte social, aceptación responsabilidad y planificación. Todas ellas con puntuación más alta en el grupo de comparación II. En las escalas de evitación y reevaluación positiva, la diferencia no fue significativa estadísticamente.

En la figura 6 puede verse la comparación de los tres grupos.

DISCUSIÓN

Nos parece remarcable la gran dispersión de las puntuaciones obtenidas entre las madres de niños enfermos crónicos, en el cuestionario G.H.Q., que no permitió establecer diferencias significativas entre los tres grupos de enfermedad.

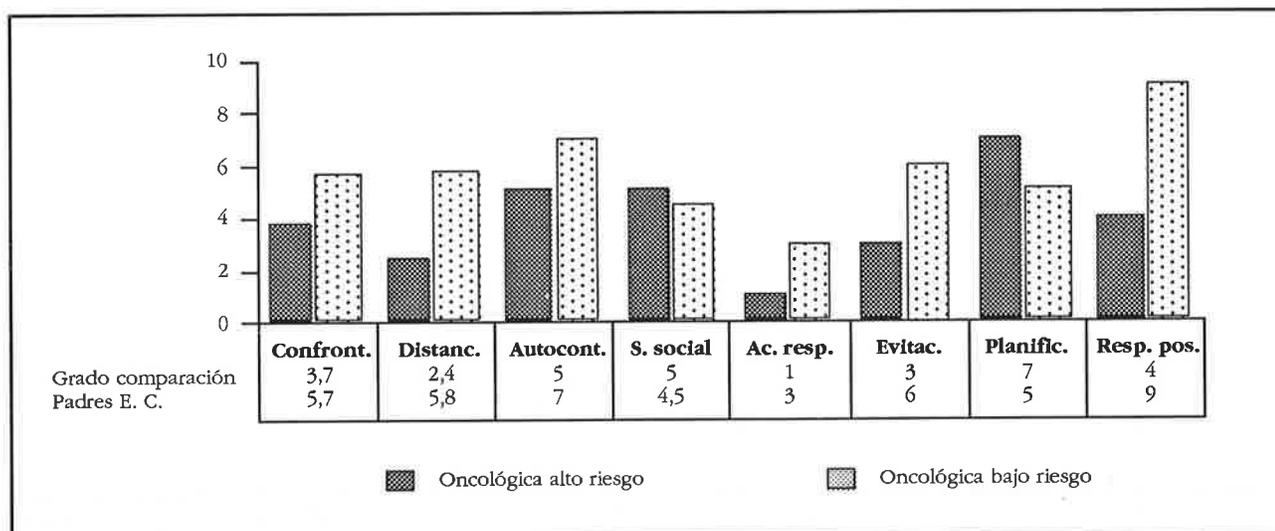


Figura 5. Modos de afrontamiento. Padres enfermos crónicos/grupo comparación I.

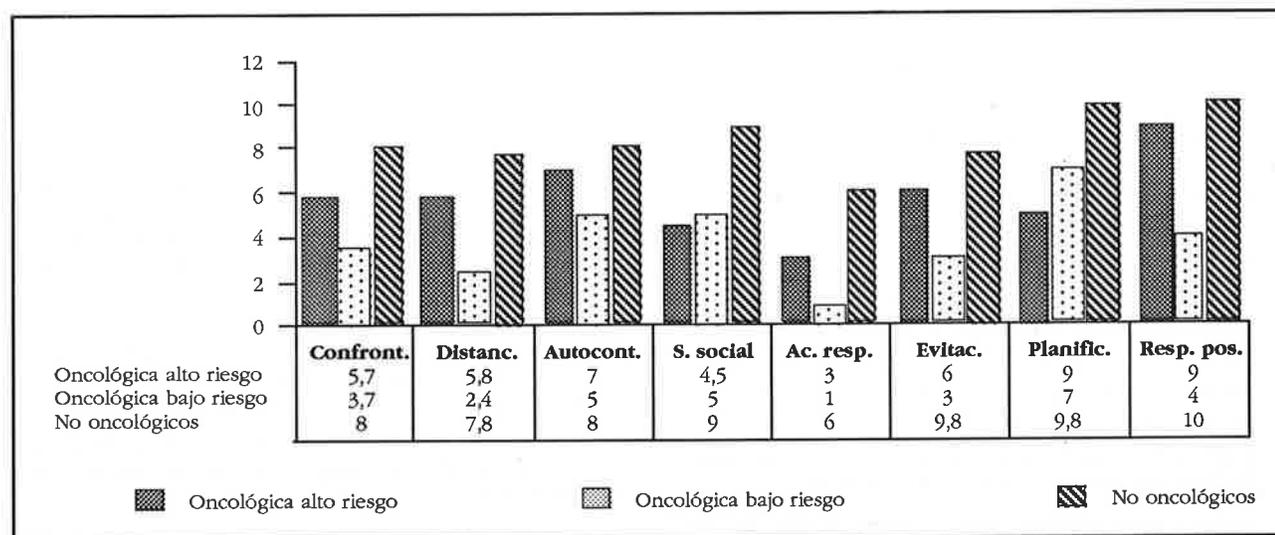


Figura 6. Modos de afrontamiento. Padres enfermos crónicos/grupo comparación I/grupo estudiantes.

En cuanto a los padres, las diferencias significativas en la puntuación total y en las escalas de ansiedad y disfunción social, en el grupo de oncológicos de alto riesgo, estarían bastante acordes con la mayor severidad de la enfermedad. Nos pareció sorprendente, sin embargo, que en el grupo de oncológicos de bajo riesgo, los padres obtuvieran puntuaciones más bajas que en el grupo de enfermos crónicos no oncológicos, lo cual

podría ser debido a la insistencia, por parte del equipo médico, en el pronóstico favorable sobre la remisión completa de la enfermedad, que podría prevalecer sobre la agresividad del tratamiento inicial.

En los modos de afrontamiento no hemos encontrado diferencias significativas entre los tres grupos de enfermedad, pero sí entre las tres situaciones comparadas (grupo de comparación I, Grupo de comparación II

M.S. Ampudia
X. Gastaminza
I. Quiles
R. Ortega
J. Tomás
L.M. Martín
M.I. Hernández

Psicopatología y modos de afrontamiento en un grupo de padres de niños enfermos crónicos

102 y padres de niños enfermos crónicos), lo cual hace suponer que las características de la situación tienen gran importancia, sobre todo si el sujeto puede hacer algo para modificar la situación, o los recursos sólo pueden ir enfocados a la emoción y no al problema.

Pensamos que la enfermedad es vivida como una situación única, con la característica de que no puede ser cambiada por la voluntad de los padres, y de ahí que al comparar las puntuaciones obtenidas por los padres de enfermos crónicos con los grupos de comparación, hallemos puntuaciones significativamente

más bajas en los padres de niños enfermos, para la escala de planificación para solución de problemas, y mucho más alta la escala de reevaluación positiva que mide el esfuerzo realizado para dar a la situación un significado positivo.

Las puntuaciones más elevadas en todas las escalas en el grupo de estudiantes podría tener que ver asimismo con el hecho de poder ellos influir en el resultado final, lo cual podría favorecer la puesta en marcha de los recursos de afrontamiento, especialmente el autocontrol, la planificación y la reevaluación positiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bassas N, Trias M, Oliva B, Tomás J, Cobos N. Variables psicológicas en la evolución de la fibrosis quística de páncreas. *Rev Psiq Inf-Juv* 1992;1:50-56.
- 2 Coupey SM, Cohen ML. Consideraciones especiales sobre el cuidado de la salud de adolescentes con enfermedades crónicas. *Clin Ped Norteam* 1984;1:215-223.
- 3 De Flores T, Ampudia M, Tomás J, Gussinye M, Ortega R, Navarro V, Clariana M. Papel de los factores psicológicos en la diabetes mellitus: morbilidad psiquiátrica y perfil psicopatológico. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1992;XIX:139-147.
- 4 Drotar D, Doershuk CF, Stern R y cols. Psychosocial functioning of children with cystic fibrosis. *Pediatrics* 1981;67:338-343.
- 5 Esquete C. Problemas psicológicos del niño enfermo. *Anales Españoles de Pediatría* 1987;(Nov):91-94.
- 6 Fyrök K, Bodegård G. Seguimiento durante 4 años de las reacciones psicológicas a las pruebas de despistaje falsamente positivas para el hipotiroidismo congénito. *Acta Paediatr Scand* 1987;4:119-126.
- 7 Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press, 1972.
- 8 Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:139-145.
- 9 Hughes JG. The emotional impact of chronic disease. *Am J Dis Child* 1976;130:1199.
- 10 Kölher L. Niños impedidos y con enfermedades crónicas en los países nórdicos. *Acta Paediatr Scand* 1984;2:139-146.
- 11 Lewis BL, Khaw KT. Family functioning as a mediating variable affecting psychosocial adjustment of children with cystic fibrosis. *Pediatrics* 1982;101:636-640.
- 12 Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- 13 Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-140.
- 14 Mattheus RW, Drotar D. Fibrosis quística: Una enfermedad crónica desafiante a largo plazo. *Clin Ped Norteam* 1984:135-155.
- 15 Michielutte R, Diseker RA. Children's perceptions of cancer in comparison to other chronic illness. *J Chron Dis* 1982;35:843-852.
- 16 Pless IB. Valoración clínica: Funciones físicas y psicológicas. *Clin Ped Norteam* 1984:35-47.
- 17 Salvador L, Colomer R, Pellicer X, Hernández Lansin P, Lobo A. Usefulness of the GHQ (Scaled version) in oncologic patients. *6th International Symposium of the European Working Group for Psychosomatic Cancer Research* (proceedings). Zaragoza, 1985.
- 18 Stein REK, Jessop DJ. ¿La asistencia pediátrica domiciliar difiere a los niños afectados de enfermedades crónicas? Hallazgos del Pediatric Ambulatory Care Treatment Study. *Pediatrics (ed esp)* 1984;17:6, 102.
- 19 Trias M, Bassas N, Oliva B, Tomás J, Cobos N. Psicopatología en la evolución de la fibrosis quística de páncreas. *But Soc Cat Pediatr* 1992;52:305-309.
- 20 Walker LS, Ford MB, Donald WD. Fibrosis quística y estrés familiar: Efectos de la edad y gravedad de la enfermedad. *Pediatrics (ed esp)* 1987;23:93-98.
- 21 Wells RD, Schwebel AI. Chronically ill children and their mothers: Predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress. *J Dev Behav Pediatr* 1987;8:83-89.
- 22 Zeltzer L, Kellerman J, Ellenberg L. Psychological effects of illness in adolescence II. Impact of illness adolescents crucial issues and coping styles. *Pediatrics*, 1980;97:132-138.

P. Rodríguez Ramos
M. A. Fernández Álvarez

De la ambigua relación entre el tratamiento con estimulantes y los tics

Servicios de Salud Mental de Tetuán
(Madrid)

Correspondencia:

Dr. P. Rodríguez Ramos
Servicios de Salud Mental de Tetuán
C. Maudes 32
28003 Madrid

About the ambiguous relation among stimulant treatment and tics

RESUMEN

La aparición o el empeoramiento de los tics durante el tratamiento con estimulantes es relativamente frecuente en la clínica, y está sujeta a controversia en sus causas y en la responsabilidad atribuible a los estimulantes. Éstos podrían 1) favorecer la aparición de tics, 2) adelantar su presentación, 3) incrementar los ya existentes o 4) coincidir casualmente con la aparición o el incremento de tics. En un niño de ocho años, con antecedentes personales y familiares de tics, se describen el empeoramiento de los tics ya existentes, coincidente con la administración de metilfenidato, y su casi desaparición tras la retirada del fármaco a los tres meses de iniciado el tratamiento. El empeoramiento tras el uso de estimulantes puede sugerir la existencia de factores individuales como la ictericia neonatal que, ligados o no al factor genético de estos trastornos, en caso de identificarse contribuirían a la prevención de un riesgo que mientras no sea aclarado exige diversas medidas de precaución, o fármacos alternativos, antes de la administración de estimulantes.

PALABRAS CLAVE

Estimulantes; Hiperactividad; Tics.

ABSTRACT

In clinical practice it is not rare that tics worsen or that new ones appear during treatment with stimulants. The causes for it as much as the part played by stimulants is a matter of controversy and is subjected to controversy. Stimulants may 1) favour the appearance of tics, 2) accelerate their presentation, 3) increase pre-existing tics or 4) the appearance or increase of tics may just be coincidental. In an eight year old child, with personal and family history of tics, worsening of pre-existing tics is described when administering methylphenidate; on withdrawing treatment after 3 months the tics almost disappeared. Worsening of tics after the use of stimulants may suggest the existence of individual factors such as neonatal jaundice; these factors may or may not be related to the genetic factors of these disorders, but in case these are identified, that may contribute to the prevention of a risk that, until it is not cleared, requires some prudent measures, or else an alternative therapy, before the administration of stimulants.

KEY WORDS

Stimulants; ADHD; Tics.

104 INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la comorbilidad es relativamente abundante entre los trastornos hiperkinéticos, y el diagnóstico de Trastorno por Tics asociado al de hiperkinesia está bien documentado; en concreto un 5% de los niños hiperkinéticos tienen también tics según los estudios de Torup en 1962 y de Denckla y cols. en 1976^(5, 27). En el Trastorno de La Tourette se da una alta asociación al trastorno hiperkinético, pues de los que sufren el primer trastorno aproximadamente la mitad también padecen hiperkinesia y suelen requerir tratamiento para ambos trastornos. En relación con estas comorbilidades se ha venido llamando la atención sobre el hecho de que, en determinados casos, la aparición de tics llegue a constituir un riesgo potencial del tratamiento con fármacos psicoestimulantes.

La aparición o exacerbación de tics coincidiendo con la administración de cualquiera de los tres estimulantes está ampliamente descrita^(5, 10, 15, 16, 18, 24), pero la proporción de casos en que aparecen resulta muy escasa si se pretende considerar al Trastorno de La Tourette como secundario al uso de estos fármacos. Los tics, que pueden permanecer incluso después de la retirada de la medicación, aparecen aproximadamente en el 1% de los niños tratados con estimulantes según Stevenson y Wolraich⁽²⁵⁾. También existen casos de aparición de estereotipias y sintomatología obsesivo-compulsiva en hiperkinéticos tratados con estimulantes⁽¹²⁾.

El hecho de que el 1,21% de 1520 niños tratados con estimulantes comenzaran a presentar tics, o sufrieran un empeoramiento de los que ya tenían, según describieron Denckla y cols. en 1976⁽⁵⁾, abrió una controversia respecto a la influencia negativa de los estimulantes sobre los tics que aún no ha quedado resuelta.

Parece que los estimulantes *per se* no provocan la aparición de tics; pero podrían: 1) incrementar su frecuencia e intensidad cuando ya existen, 2) favorecer su aparición en individuos predispuestos, 3) adelantarla en casos que aún no los han presentado, o 4) solamente coincidir con su aparición sin participar en su génesis.

ESTUDIOS AL RESPECTO

Cuando aparecen los tics, si es que surgen, lo hacen después de duraciones variables del tratamiento psicoestimulante; y no todos los niños con Trastorno de

La Tourette previo a la toma de estimulantes empeoran, incluso algunos mejoran en la frecuencia e intensidad de sus tics^(4, 7, 9). Bachman revisó la evolución de 14 pacientes con Trastorno de La Tourette que habían recibido tratamiento con estimulantes antes de manifestar síntomas o tras la aparición de los tics; 10 casos no mostraron cambios en los tics, tres empeoraron con metilfenidato y uno mejoró con dextroanfetamina⁽¹⁾. El estudio de Gadow y cols. realizado en 11 niños con esta comorbilidad, doble ciego comparando metilfenidato con placebo, recoge una mejoría de la hiperkinesia y de los tics sobre todo a dosis de 0,3 mg/kg de metilfenidato⁽⁹⁾. Una revisión de Lowe y cols.⁽¹³⁾ ofrece conclusiones contrarias: en 15 niños hiperkinéticos, con y sin tics, tratados con cualquiera de los tres estimulantes, el empeoramiento o la aparición de los tics se recogió en 12, llegando a requerir el uso de neurolépticos en varios casos. Price y cols. en 1986⁽²⁰⁾, revisaron treinta y cuatro casos con síndrome de La Tourette que habían sido tratados con estimulantes antes de los 18 años; de estos casos el 24% mostró una exacerbación persistente de los tics estrechamente asociada al tratamiento estimulante. Aunque no se puede relacionar la aparición de los tics con el uso de tales fármacos, sí parece coincidir con empeoramiento en algunos casos.

Algunos de estos estudios, y otros como el de Sverd y cols.⁽²⁶⁾, han recalcado la frecuente concurrencia de los trastornos hiperkinético y de La Tourette, y contribuido a la idea de que los estimulantes pueden ser útiles en los niños que sufren tal comorbilidad. Estos autores observaron que tres niños con el codiagnóstico Hiperkinético-Tourette empeoraban con 5 mg/día de metilfenidato, pero mejoraban al aumentar la dosis hasta 15 mg/día.

También podría ocurrir que el tratamiento con estimulantes solamente acelerase la aparición de los síntomas ticosos en aquellos niños que están destinados a manifestarlos en algún momento de su desarrollo, con independencia de que tomen o no estimulantes. Porque el trastorno hiperkinético y el de Gilles de la Tourette parecen tener vinculaciones familiares en las que se van encontrando relaciones genéticas^(3, 17) y se empieza a considerar al trastorno hiperkinético como uno de los fenotipos de la expresión pleiotrópica del gen o los genes del Trastorno de La Tourette⁽¹¹⁾.

Al menos dos estudios comparativos de seguimiento sugieren que los estimulantes no aceleran la aparición de tics en todos los niños predispuestos. En niños

hipercinético, Comings y Comings en 1987⁽⁴⁾ refieren un inicio de los tics más tardío entre los tratados con estimulante que en aquellos que no los han tomado. En seis parejas de gemelos monocigóticos con ambos diagnósticos, de los que sólo uno de cada par era tratado con estimulantes, Price y cols.⁽²⁰⁾ no encontraron diferencias significativas en la edad de comienzo de los tics al relacionarla con la toma de estimulantes.

MECANISMOS NEUROQUÍMICOS

Poco se sabe de los mecanismos neuroquímicos implicados en los trastornos por tics, y menos de los desajustes funcionales en las vías implicadas que son atribuibles a los estimulantes. Después de que Messiha y cols. en 1971⁽⁴⁾ implicasen a la dopamina en el Trastorno de La Tourette, Devinsky en 1983⁽⁶⁾ sugiere la participación de la sustancia negra y otras zonas centroencefálicas en los trastornos por tics, y Shapiro y cols.⁽²²⁾ atribuyen el Trastorno de La Tourette a una excesiva función dopaminérgica de los núcleos basales, ya sea por liberación excesiva o por hipersensibilidad de los receptores D2 postsinápticos. Estas zonas tienen una alta concentración de neuronas dopaminérgicas y sus receptores D1 y D2, tanto autorreceptores como receptores postsinápticos, son sensibles a los estimulantes llegando a producir movimientos estereotipados en ratas con dosis altas de estimulante; tal efecto es atribuido a la liberación de dopamina en las neuronas nigroestriadas⁽¹⁹⁾.

El hecho de que la aparición de tics no requiera dosis elevadas de estimulante, sino que aparezcan a dosis bajas y no suelen empeorar al aumentar las dosis, llegando incluso a mejorar, podría indicar una estimulación de los autorreceptores D2 de las neuronas de la sustancia negra a dosis bajas de estimulante; pues a estos receptores se les atribuyen una mayor sensibilidad farmacológica y un papel importante en el control de la actividad motora⁽²³⁾. A dosis más altas se estimularían más receptores dopaminérgicos y podría estabilizarse el control motor.

Síndromes pseudo-Tourette y tics aparecen tras la retirada de neurolépticos, y los tics se exacerban por sustancias que aumentan la actividad dopaminérgica central como los estimulantes, la L-dopa, amantidina y cocaína; pero no puede simplificarse el mecanismo de la alteración atribuyéndolo sólo a la hipersensibilidad

de receptores D2 postsinápticos. Existen complejos efectos intermoduladores no sólo entre los receptores D1 y D2 cuya estimulación concurrente es necesaria para inducir las esterotipias en ratas⁽²⁹⁾, sino que también los sistemas noradrenérgicos influyen sobre la regulación de los sistemas dopaminérgicos, y viceversa. Por eso un agonista específico de los receptores alfa-2 (noradrenérgicos), la clonidina, tiene poderes antiticos similares a los neurolépticos (preferentemente dopaminérgicos) lo que sugiere que la clonidina modula la liberación de dopamina a través del sistema noradrenérgico.

Otras limitaciones vienen dadas por el conocimiento, sólo parcial, tanto del mecanismo de acción de cada estimulante como de las posibles diferencias en sus respectivas acciones sobre los sistemas implicados. La anfetamina y el metilfenidato inhiben tanto la recaptación de dopamina como su degradación por la monoaminoxidasa, pero mientras la anfetamina es transportada al interior de las terminales dopaminérgicas y libera la dopamina recién sintetizada con independencia de las descargas neuronales de transmisión, el metilfenidato actúa sobre las vesículas almacenadoras de dopamina provocando su liberación. La potencia de la pemolina parece ser menor que la de los otros dos estimulantes, pero en cambio podría ser la más selectiva de los tres sobre los mecanismos dopaminérgicos⁽²³⁾. Por el momento se desconocen las distintas consecuencias sobre los tics que pueden tener estas diferencias de funcionamiento, potencia y selectividad.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Un niño de ocho años y medio que padecía un trastorno hipercinético sufrió un empeoramiento de los tics, que presentaba desde los tres años, coincidiendo con el tratamiento de metilfenidato (10 mg/día).

Como antecedente familiar reseñable un tío materno presenta tics motores desde la infancia.

Nacido mediante cesárea tras prueba de parto y sufrió ictericia durante la primera semana que requirió tratamiento con fototerapia. Su desarrollo fue normal hasta los tres años en que, coincidiendo con el nacimiento de la hermana, comenzó a presentar enuresis nocturna, después de seis meses de control, y tics guturales. Los años siguientes continuó con los tics guturales añadiéndose guiños de ojos y torsiones de la

106 cabeza. A los seis años comenzaron las quejas de rendimiento escolar coincidiendo con síntomas evidentes de hiperactividad y déficit de atención, pero no impulsividad ni agresividad. También presentaba miedo a la oscuridad y somniloquios. Sus relaciones con iguales eran mediocres, tendiendo a buscar la aceptación sobreadaptándose.

A los ocho años comenzó el tratamiento con metilfenidato a 5 y luego 10 mg diarios en dos tomas. Con ambas dosis se apreció una mayor persistencia en las actividades, pero más inquietud coincidente con exacerbación de los tics, que aumentaron en frecuencia e intensidad y se ampliaron con saltos, gritos compulsivos y frases estereotipadas repetidas, sin coprolalia ni agresividad. Aumentando a 7,5 mg en cada toma no se evidenciaron cambios a las dos semanas, y se retiró el metilfenidato tras tres meses de administración continuada. Durante las dos semanas siguientes continuaron los síntomas ticosos, y no se apreciaron cambios de la inquietud pero sí en la capacidad de mantener la atención.

Dado que en los tres meses de tratamiento habían empeorado los tics, y debido a la persistencia de los síntomas hiperkinéticos, se comenzó tratamiento con 30 mg/día de Imipramina en tres tomas. A las tres semanas la mejoría de las escalas de Kutcher en casa y el colegio eran notables y coincidentes, habiendo mejorado todos los comportamientos relacionados con la actividad y la atención, aunque no el rendimiento en los controles pedagógicos. Los tics de ojos, torsión de cabeza y salto persistían aunque algo menos frecuentes, los gritos compulsivos y las frases estereotipadas desaparecieron paulatinamente entre las semanas sin tratamiento y las dos primeras con Imipramina.

Al año y medio de tratamiento su evolución del cuadro hiperkinético era muy favorable, habiéndose normalizado el rendimiento escolar (con un curso de retraso), siendo capaz de mantener un nivel de actividad bien tolerado en los diversos ambientes y manteniendo la atención en explicaciones, tareas y actividades lúdicas. Los tics habían disminuido globalmente, desapareciendo los saltos en los primeros meses y disminuyendo los guiños y las torsiones de cabeza, ambos llegaban a desaparecer o ser muy infrecuentes durante períodos de hasta un mes. La dosis de Imipramina se había incrementado a 50 mg/día.

DISCUSIÓN

El caso descrito es uno de los que con mayor fundamento pueden relacionar el metilfenidato con el incremento de tics en pacientes que los presentan con anterioridad al tratamiento farmacológico con estimulantes. Resulta semejante a los tres casos, entre catorce, que empeoraron con metilfenidato en el estudio de Bachman⁽¹⁾ sobre pacientes con tal comorbilidad. También se corresponde con los doce entre quince de Lowe y cols.⁽¹³⁾ que empeoraron mientras eran tratados con cualquiera de los tres estimulantes.

La evolución de los tics de este paciente, relacionados con la dosis de metilfenidato, no se corresponde con la apuntada por Sverd y cols.⁽²⁶⁾ en tres pacientes que mejoraron de sus tics al aumentar la dosis hasta 15 mg/24 h. En el caso descrito el empeoramiento coincide con los de estos autores a los 5 y 10 mg/día, pero a los 15 mg/día continuó empeorando al contrario que los de Sverd y cols. Los tics del paciente descrito fueron incrementando su frecuencia e intensidad, y aumentaron la variedad de sus formas, a medida que se aumentaba la dosis; pudiendo deducirse que, en este caso, los tics son dependientes del metilfenidato y de su dosis.

Los tics fonatorios de este paciente se incrementaron, al contrario de lo referido por Gadow y cols.⁽⁹⁾ sobre su desaparición en los once pacientes revisados. Sí coincide con dos de los cuatro casos, referidos por estos autores, que comenzaron a presentar un aumento de los tics con la dosis mínima eficaz y no mejoraron al aumentarla; mientras los otros dos con tics *de novo* sí mejoraron con mayor dosis.

Poco se sabe aún de los indicadores de riesgo, si existen, que podrían servir de referencia para evitar el uso de estimulantes en determinados casos, detectando a priori aquellos pacientes que sí reaccionarían empeorando de sus tics. Un indicador podría ser la afectación cerebral; en el paciente aquí estudiado existen antecedentes de probable encefalopatía subclínica de etiología perinatal (cesárea tras prueba de parto prolongada, ictericia *neonatorum* que requirió fototerapia), que podrían ser los facilitadores de una mayor susceptibilidad a empeorar los tics durante el tratamiento con estimulantes. Los antecedentes que presenta el caso similar descrito por Mitchel y Matthews en 1980⁽¹⁶⁾ son casi idénticos (parto prolongado e ictericia *neonatorum* con fototerapia). Desafortunadamente la descripción de casos en otros estudios revisados no refiere datos

perinatales, o se trata de niños adoptados de los que se desconoce tal circunstancia.

El análisis de casos similares a estos dos entre los ya descritos en otros trabajos, o la búsqueda de estos u otros antecedentes en casos similares aún no publicados, contribuirán a descartar o confirmar la sugerencia de que antecedentes de sufrimiento cerebral en el período neonatal pueden favorecer la aparición o el incremento de tics durante el tratamiento con estimulantes en niños predispuestos, debido a que contribuyan al desajuste de las vías dopaminérgicas, que sería el defecto neurobiológico común a estos casos, y resulte más fácil su funcionamiento anómalo por efecto de los estimulantes.

CONCLUSIONES

Aunque no se puede decir que sea exclusivo de los estimulantes, sí está reconocido el riesgo potencial de que aparezcan tics o aumente su frecuencia coincidiendo con la administración de estos fármacos en determinados pacientes. Este riesgo es independiente del estimulante utilizado y de la duración del tratamiento, pero puede ser dependiente de la dosis, tanto más cuanto menor sea la dosis. Parece existir una relación, y un aumento del riesgo relativo cuando existen antecedentes personales o familiares de trastornos por tics; pero ni es obligada la relación ni el riesgo siempre aumenta, porque hay casos con buena evolución.

Podría existir un riesgo mayor en casos que, además de antecedentes de trastornos por tics, presenten determinados antecedentes personales de sufrimiento cerebral. Éste sería el factor crítico del caso que nos ocupa y de otros cuyo empeoramiento no parece tener explicación, pero no de todos los que muestran tics *de novo* coincidiendo con los estimulantes, pues podría tratarse de una coincidencia evolutiva como sugieren los estudios de gemelos en los que uno ha sido tratado y el otro no.

Un presumible factor genético debería investigarse tanto en la carga relativa familiar de Trastorno de la Tourette, por tics y obsesivo, como en factores biológicos o ambientales que puedan afectar a la expresividad de estos genes.

Con intención de mejorar los conocimientos sobre esta cuestión, apreciar diferencias entre los estimulantes al respecto de ella, y llegar a discriminar qué

niños corren más riesgo de desarrollar tics cuando sean tratados con estimulantes, el Instituto Norteamericano de Salud Mental está realizando un estudio entre niños con diagnóstico Hipercinesia-Tourette. Sus resultados preliminares apoyan la mejoría de la hipercinesia sin el empeoramiento de los tics⁽²⁾. Aunque inicialmente puedan incrementarse, en la mayoría de los casos vuelven a la frecuencia inicial, o incluso mejoran, al continuar el tratamiento y establecer la dosis definitiva⁽²¹⁾. En estos estudios todavía no hay elementos que permitan apuntar a factores de riesgo verdaderamente discriminativos para los casos que empeoran.

La detección de tics en los niños hipercinéticos durante su tratamiento farmacológico no debe reducirse a las apreciaciones libres de los padres, sino indagarse en las consultas previas y posteriores a la instauración del tratamiento, además de recogerse en cuestionarios de efectos colaterales o en los específicos de hiperactividad a los que se añade un ítem para los tics, como en la versión española del cuestionario de Kutcher propuesta por Fernández Álvarez y cols.⁽⁸⁾. En aquellos menores que ya presenten tics antes del inicio de la farmacoterapia es imprescindible una valoración más pormenorizada de las modalidades ticosas, su intensidad y su frecuencia; esta valoración se hará antes de instaurar el tratamiento y en las revisiones periódicas. La Escala de Tics de Hopkins en su versión castellana (Anexo I) puede constituir un instrumento de control muy adecuado para tales casos.

Careciendo aún de argumentos convincentes sobre cualquiera de las posibilidades descritas, y en espera de nuevos estudios al respecto, conviene mantener una actitud precavida en niños con antecedentes personales o familiares de tics o Trastorno de la Tourette: 1) Aprovechando primero las medidas ambientales y psicoterapéuticas; 2) Utilizando en principio otros fármacos como los antidepresivos o la clonidina; 3) Acudiendo a los estimulantes sólo si los anteriores no muestran la suficiente eficacia; 4) Prescribiendo los estimulantes a dosis bajas al principio; 5) Controlando rigurosamente la posible aparición de tics o su empeoramiento, y 6) retirando el estimulante en estos casos después de probar si disminuyen con distintas dosis.

Por supuesto que los riesgos, y el criterio médico al respecto, deberán ser ampliamente discutidos con la familia y el menor a fin de que tomen una decisión informada y responsable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bachman DS. Pemoline-induced Tourette's disorder: A case report. *Am J Psychiatry* 1981; **138**:1116-1117.
- 2 Castellanos FX, Elia J, Gulotta CS. Stimulant treatment of pediatric Tourette's disorder with ADHD. *Annual Meeting of American Psychiatric Association*, Washington, D.C., 2-7 Mayo 1992.
- 3 Comings DE, Comings BD. Tourette's syndrome and attention deficit with hyperactivity: are they genetically related? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984; **23**:138-146.
- 4 Comings DE, Comings BD. A controlled study of Tourette's syndrome. I Attention deficit disorder, learned disorders and school problems. *American Journal of Human Genetics* 1987; **41**:701-741.
- 5 Denckla MB, Bemporad JR, MacKay MC. Tics following methylphenidate administration. *JAMA* 1976; **235**:1349-1352.
- 6 Devinsky O. Neuroanatomy of Gilles de la Tourette's syndrome: Possible midbrain involvement. *Arch Neurol* 1983; **40**:508.
- 7 Erenberg G, Cruse DO, Rothner AD. Gilles de la Tourette's syndrome: effect of stimulant drugs. *Neurology* 1985; **35**:1346-1348.
- 8 Fernández Álvarez MA, Rodríguez Ramos P, Coullaut Saenz de Sicilia JA. La inquietud por perfilar la hipercinesia. *Rev Psiquiatría Infantojuvenil* 1992; **2**:139-141.
- 9 Gadow KD, Nolan ED, Sverd J. Methylphenidate in hyperactive boys with comorbid tic disorder: II Short-term behavioral effects in school settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:462-471.
- 10 Golden GS. The effect of central nervous system stimulants on Tourette syndrome. *Ann Neurol* 1977; **2**:69-70.
- 11 Knell ER, Comings DE. Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship. *J Clin Psychiatry* 1993; **54**:331-337.
- 12 Koizumi HM. Obsessive compulsive symptoms following stimulants. *Biol Psychiatry* 1985; **20**:1332-1333.
- 13 Lowe TL, Cohen DJ, Detlor J y cols. Stimulant medication precipitate Tourette's syndrome. *JAMA* 1982; **247**:1729-1731.
- 14 Messiha FS, Knopp W, Venecko S y cols. Haloperidol therapy in Tourette's syndrome: Neurophysiological, biochemical and behavioral correlates. *Life Sci* 1971; **10**:449-458.
- 15 Meyerhoff JL, Snyder SH. Gilles de la Tourette's disease and minimal brain dysfunction: amphetamine isomers reveal catecholamine correlates in an affected patient. *Psychopharmacologia* 1973; **29**:211-220.
- 16 Mitchell E, Matthews KL. Gilles de la Tourette's disorder associated with pemoline; *Am J Psychiatry* 1980; **137**:1618-1619.
- 17 Pauls DL, Leckman JI. The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors. Evidence of autosomal dominant transmission. *N Engl J Med* 1986; **315**:993-997.
- 18 Pollack MA, Cohen NL, Friedhoff AJ. Gilles de la Tourette's syndrome, familiar occurrence and precipitation by methylphenidate therapy. *Arch Neurol* 1977; **34**:630-632.
- 19 Porrino LJ, Lucignani G, Dow-Edwards D y cols. Correlation of dose-dependent effects of acute amphetamine administration on behavior and local cerebral metabolism in rats. *Brain Res* 1984; **307**:311-320.
- 20 Price RA, Leckman JF, Pauls DL y cols. Gilles de la Tourette's syndrome: tics and central nervous system stimulants in twins and no-twins. *Neurology* 1986; **36**:232-237.
- 21 Rapoport JL, Castellanos FX. Stimulant drug treatment in children with Tourette's syndrome and attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Neuropharmacol* 1992; **15**(Supl 1):226A.
- 22 Shapiro AK, Shapiro ES, Young JG, Feinberg TE, eds. *Gilles de la Tourette Syndrome*. New York: Raven Press, 1988.
- 23 Shenker A. The mechanism of action of drugs used to treat attention-deficit hyperactivity disorder: focus on catecholamine receptor pharmacology. *Advances in Pediatrics* 1992; **39**:337-382.
- 24 Sleator EK. Deleterious effects of drugs used for hyperactivity on patients with Gilles de la Tourette syndrome. *Clin Pediatr (Phyla)* 1980; **19**:453-454.
- 25 Stevenson RD, Wolraich ML. Stimulant medication therapy in the treatment of children with ADHD. *Pediatr Clin North Am* 1989; **36**:1183-1197.
- 26 Sverd J, Gadow KD, Paolicelli LM. Methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder in boys with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; **28**:574-579.
- 27 Torup E. A follow-up study of children with tics. *Acta Paediatr Scand* 1962; **16**:76-78.
- 28 Walkup JT, Rosenberg LA, Brown J y cols. The validity of instruments measuring tic severity in Tourette's Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; **31**:472-477.
- 29 Walters JR, Bergstrom DA, Carlson JH y cols. D1 dopamine receptor activation required for postsynaptic expression of D2 agonist effects. *Science* 1987; **236**:719-722.

Anexo 1

ESCALA DE TICS DE HOPKINS

Nombre

Fecha

Valorado por:	Motor	Vocal
Terapeuta		
Madre/padre		
Otros		

Para cada tic indicado abajo, ponga una señal en la línea que mejor describa su severidad durante la última semana

MOTOR

Cabeza *No* *Leve* *Moderado* *Relativamente severo* *Severo*

Guiño de ojos
 Cara

Cuello

Hombros

Extremidades

Brazo
 Dedos
 Piernas

VOCAL

.....

En la línea de abajo ponga una señal que describa cómo son los síntomas actualmente en comparación con las épocas de mayor gravedad o cuando estaba sin síntomas

No síntomas Peores síntomas

I. Moreno García

Dpto. Psiquiatría, Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología.
Universidad de Sevilla

Correspondencia:

Dpto. Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla
Avda. San Francisco Javier, s/n.
41005 Sevilla

Aplicación de reforzamiento
diferencial y tiempo fuera para
eliminar conductas autolesivas en
una niña con deficiencias
sensoriales

*Use of differential reinforcement
and time-out to eliminate self-
injurious behavior in a girl with
sensory deficiency*

RESUMEN

En este trabajo se describe un programa de intervención conductual aplicado a una niña institucionalizada de nueve años y que presentaba múltiples conductas autolesivas. El tratamiento de naturaleza multimodal, se desarrolló durante once semanas y mediante dos fases diferenciadas según las técnicas que se administraron. En la primera fase, se aplicó reforzamiento diferencial de conductas alternativas e interrupción de la conducta autolesiva en situaciones de espera y en la segunda, se empleó tiempo fuera. Los resultados obtenidos muestran cambios favorables en la conducta tratada así como otros efectos conductuales no programados. Aumentaron los comportamientos de autonomía e independencia y los contactos sociales con adultos. Los datos recogidos durante el período de seguimiento indican que los beneficios del tratamiento se mantenían.

PALABRAS CLAVE

Conductas autolesivas; Niños; Tiempo fuera;
Reforzamiento diferencial.

ABSTRACT

This work describes a program of behavioral intervention used with an institutionalised girl of nine years of age who showed multiple self-injurious behaviours. The multimodal treatment was developed during eleven weeks and through two different stages according to the techniques used. In the first stage, differential reinforcement of alternative behaviors and interruption of self-injurious behaviour was used, and in the second stage, time-out was used. The results show optimistic changes in the treated behavior as well as other non-programmed behavioral effects. The behaviors of autonomy and independence and the social contacts with adults increased. The results obtained during the follow-up period show that the benefits of the treatment are maintained.

KEY WORDS

*Self-injurious behaviour; Children; Time-out;
Differential reinforcement.*

INTRODUCCIÓN

Numerosos niños psicóticos, con retraso mental, daño cerebral, etc., muestran comportamientos motores autodestructivos muy delimitados y perfectamente definidos como por ejemplo, golpearse la cabeza, cara, arañarse la piel, tirarse del cabello, morderse las manos, etc. Se trata de conductas que además de representar un serio peligro para la integridad física y biológica de quienes las manifiestan, constituyen una amenaza para su adaptación social, de ahí que requieran una actuación terapéutica rápida y eficaz.

Desde los primeros trabajos publicados en los años 60 sobre la aplicación de los métodos operantes en niños retrasados con este tipo de conductas, su tratamiento se basa en la administración de técnicas aversivas, especialmente castigo positivo a través de pequeñas descargas eléctricas, reprimendas verbales, etc., y en tiempo fuera. Estos métodos se acompañan de extinción, reforzamiento diferencial de conductas alternativas e incompatibles y control de estímulos⁽¹⁾.

Existen abundantes referencias en la bibliografía acerca del éxito obtenido mediante la aplicación de castigo positivo en niños que se autoagreden. Sobre todo cuando estos procedimientos se comparan con métodos menos aversivos en lo que respecta a la reducción inmediata de la conducta autolesiva⁽²⁾. No obstante, las reservas y dudas que los adultos mantienen sobre la aplicación de este tipo de técnicas especialmente en niños, unido a la necesidad de garantizar el mantenimiento y generalización de los cambios conductuales, ha llevado a los expertos a plantear estrategias terapéuticas de naturaleza multimodal y a ser posible mínimamente aversivas⁽³⁾.

En consonancia con esta línea de actuación se han desarrollado tratamientos basados en la administración de reforzamiento diferencial de conductas incompatibles combinado en algunos casos, con interrupción de los comportamientos autolesivos⁽⁴⁾ en otros, con terapia farmacológica⁽⁵⁾ y con entrenamiento a padres⁽⁶⁾.

No obstante, en determinadas ocasiones los métodos conductuales menos intrusivos no han logrado reducir y controlar las conductas de automutilación de algunos niños y adolescentes retrasados. Ante estos resultados, los autores de los trabajos han aconsejado administrar estimulación aversiva contingente con la aparición de estos comportamientos, que por contra sí ha resultado eficaz⁽⁶⁾.

En un intento por resolver esta aparente contradicción y conciliar las consecuencias no deseadas de los métodos aversivos, con su eficacia demostrada en el control de este tipo de comportamientos, Cáceres⁽⁴⁾ propone las siguientes razones de tipo clínico y ético para aconsejar la aplicación de estas terapias:

- a) Cuando el comportamiento anómalo y desadaptado del sujeto sea tan grave que si no se impide pueda llegar a provocar daños físicos notables a sí mismo o a terceras personas.
- b) En aquellos casos en los que la naturaleza e historia de mantenimiento de estos comportamientos sea amplia, manteniéndose durante años y no eliminándose mediante métodos e intervenciones menos intrusivas.
- c) Cuando exista el peligro de que los individuos que presentan comportamientos autodestructivos no reciban la atención necesaria por parte del medio social para desarrollar conductas adaptadas debido al nivel de alteración de sus conductas habituales.

MÉTODO

Sujeto

El caso que a continuación describimos reúne estas circunstancias. Por un lado, la niña mostraba comportamientos autolesivos diversos como tirarse del pelo, autogolpearse, morderse las manos, que ponían en peligro su propia integridad física y originaban enormes problemas en el medio natural debido a las dificultades para controlarla.

En segundo lugar, estos problemas tenían una amplia historia de mantenimiento. El tratamiento se desarrolló tras dos años de institucionalización y durante ese tiempo las conductas autolesivas que ya presentaba la niña en el momento de su ingreso, no habían remitido por otros procedimientos informales promovidos a iniciativa del propio centro.

Asimismo, observamos que el medio social, sobre todo los adultos que convivían con la niña, apenas interactuaban positivamente con ella. Prácticamente los contactos con los cuidadores se reducían a intentos de éstos por controlar la frecuencia de las conductas lesivas.

Se trata de una niña de 9 años, la mayor de dos hermanas de una familia integrada además de por los

112 padres, por un abuelo que convive en el domicilio familiar. Fue diagnosticada al nacer de rubeola congénita e hipoacusia bilateral. Detectada a través del INSERSO cuando tenía cuatro años, fue escolarizada en un aula de preescolar con un profesor de apoyo hasta los siete años. A partir de esa edad ingresó en un colegio específico para niños sordos donde se encuentra en la actualidad.

En el momento de su ingreso en esta institución, la niña mostraba serias deficiencias en el desarrollo motor, lenguaje, capacidades perceptivas y en el ámbito social. Aunque permanecía de pie por sí sola, tenía dificultades para mantener el equilibrio y caminar sin necesidad de ayuda. No reaccionaba a los sonidos y apenas lo hacía a la estimulación visual, tampoco daba muestras de percibir la presencia de otros niños. Se alimentaba mediante biberones y no había adquirido el control de esfínteres. Apenas manifestaba comportamientos sociales apropiados y habitualmente respondía en caso de malestar a través de gritos y llantos. Presentaba conductas autolesivas muy llamativas tales como tirarse del pelo, morderse las manos, autogolpearse bien mediante contactos mano/cabeza o mano/cuello o bien, produciéndose daño en alguna parte del cuerpo con objetos contundentes.

Cuando se inició el tratamiento que exponemos, dos años después de su ingreso en el centro, la situación de R había mejorado en ciertos aspectos. Caminaba sola con independencia por lugares conocidos, reconocía espacios físicos concretos (clase, comedor, baño, etc.). Reaccionaba a estímulos vibratorios y superficies de diferente textura y colaboraba con los cuidadores en su aseo e higiene personal. Sin embargo, se alimentaba tan solo de alimentos semitriturados y aún presentaba con bastante frecuencia, las conductas autolesivas anteriormente mencionadas.

Así pues, teniendo en cuenta la gravedad de los comportamientos autodestructivos, su repercusión negativa a corto plazo sobre la adaptación e integración de la niña con los adultos y compañeros del centro, así como las escasas posibilidades de resolver satisfactoriamente los problemas con los métodos dispuestos hasta el momento, decidimos poner en práctica una estrategia terapéutica basada en técnicas conductuales y apoyada en los datos existentes en la bibliografía sobre el tema.

El tratamiento administrado contó con la aprobación y el estímulo de los padres, muy motivados por el

desarrollo y evolución de su hija, la autorización de la dirección del colegio y de su equipo responsable de deficientes auditivos. Su aplicación fue precedida por la explicación del procedimiento a los padres y educadores, quienes a su vez recibieron entrenamiento específico en técnicas de registro conductuales.

Procedimiento

Período de Línea Base

En primer lugar se realizaron observaciones previas para la confección de la línea base que se prolongaron durante dos semanas a lo largo del mes de noviembre de 1993 y permitieron registrar la frecuencia de aparición de todas las conductas anómalas ya mencionadas.

A tal efecto se elaboraron hojas específicas para el registro diario e independiente de cada comportamiento que se le entregaron a los cuidadores habituales de la niña en horario de mañana y tarde. Se dividió el día en cuatro períodos de observación, dos durante la mañana (8-11,30 h y 11,30-15 h) y dos en la tarde (15-18 h y 18-21 h). Durante este tiempo los observadores debían anotar cada ocurrencia de las distintas conductas con una marca en la hoja de registro previamente facilitada.

En enero de 1994 tras el paréntesis de las vacaciones navideñas se reiniciaron los registros conductuales que continuaron durante diez días. Aunque el procedimiento seguido fue idéntico al de las observaciones anteriores, cabe señalar como única diferencia el haber dispuesto un espacio específico en la hoja de registro diario, para que los observadores reflejaran tanto las situaciones o estímulos ambientales que pudieran estar asociados con el inicio de los comportamientos autolesivos como sus efectos y consecuencias. Todo ello con el objetivo de establecer hipótesis explicativas y analizar funcionalmente el problema.

Los resultados obtenidos tras este período de observación revelaban que algunas conductas como tirarse al suelo apenas se emitían y que el comportamiento más disruptivo, frecuente y con mayor estabilidad en su emisión era morderse las manos (Fig. 1), conducta que podía aparecer en cualquier momento a lo largo del día, no obstante su mayor incidencia se alcanzaba en situaciones de espera, cuando la niña debía esperar para entrar en el comedor o en clase.

Este comportamiento que consistía en introducir una o ambas manos en la boca hasta los nudillos, apretando la mandíbula, dejando atrapada la mano hasta provocar

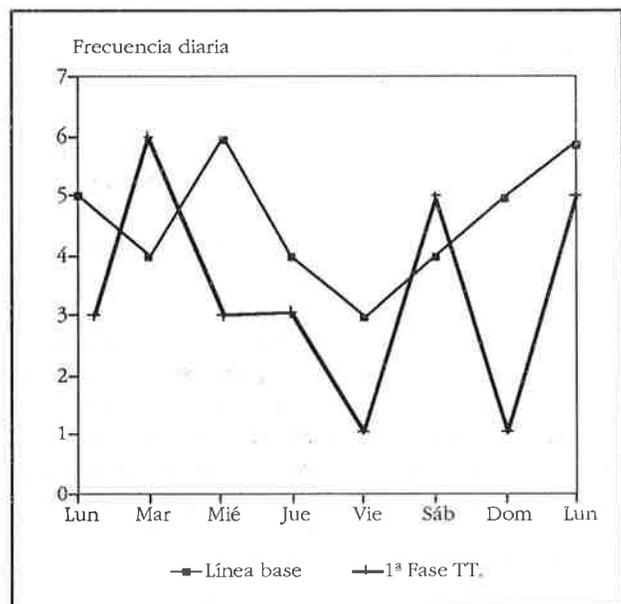


Figura 1. Resultados tras la primera fase del tratamiento.

daño y heridas visibles, era muy similar al que describían Bailey y Meyerson⁽²⁾, si bien, en este trabajo, el niño retrasado que recibió tratamiento mediante reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, cuando introducía la mano en la boca era posible observar movimientos laterales de la mandíbula. En el caso de R. la mano quedaba atrapada sin moverla.

La intensidad y frecuencia con la que aparecía la conducta lesiva afectó negativamente al estado físico de las manos. Estaban permanentemente enrojecidas, presentaban un aspecto rugoso y seco, con cicatrices y a veces con heridas abiertas en la palma de la mano y a la altura de la tercera falange. Desprendían un olor fuerte y desagradable que contribuían al olor molesto que habitualmente acompañaba a la niña.

Por otro lado, observamos que las acciones emprendidas en el medio para controlar este comportamiento dependían del cuidador bajo cuya responsabilidad estuviera R. en ese momento. Estas actuaciones consistían en pegarle en las manos, proporcionarle restricción física como retirarle la mano y mantenerla sujeta durante algunos minutos, ponerla delante de un espejo, facilitarle los alimentos que le gustaban como por ejemplo, yogur o incluso cambiarle de comida. También se le permitía entrar antes que los demás niños en el comedor.

Así pues, los datos recogidos durante este período nos llevaron a tomar varias decisiones. Por un lado, el tratamiento debía desarrollarse en situaciones de espera, antes de entrar en el comedor y los privilegios que la niña obtenía con su conducta debían ser eliminados.

Tratamiento

La decisión sobre las técnicas terapéuticas más apropiadas en este caso se basó en los resultados proporcionados por la bibliografía sobre la eficacia de métodos conductuales aplicados en el tratamiento de comportamientos autolesivos de niños y adolescentes. Siguiendo estos criterios y para evitar en principio procedimientos más intrusivos, comenzamos la intervención administrando reforzamiento diferencial de las conductas alternativas e interrupción del comportamiento autolesivo. El tratamiento se desarrolló en situación de espera y en concreto, en horario de comida.

Existen otros precedentes en la bibliografía de casos similares en los que la terapia se desarrollaba durante la comida. Por ejemplo, en el trabajo de Peterson y Peterson⁽⁹⁾, en el que se controlaron las conductas autodestructivas que presentaba un niño de ocho años, las sesiones de tratamiento coincidían con el horario del almuerzo y cena.

En cuanto a los reforzadores empleados, se administró como en el trabajo de Bailey y Meyerson⁽²⁾, estimulación vibratoria contingente con la emisión de conductas alternativas a morderse las manos. Previamente comprobamos que las vibraciones resultaban muy estimulantes para la niña. En concreto, se empleó un cepillo de dientes y una batidora de juguete que funcionaban con pilas y eran totalmente inofensivos. Además se utilizaron reforzadores sociales especialmente caricias y sonrisas.

El tratamiento fue administrado por un terapeuta y un coterapeuta que lo aplicó en el medio natural. Ambos mantenían reuniones semanales en las que tras visualizar las grabaciones de vídeo realizadas en la semana anterior, discutían la evolución de la niña, los efectos conductuales obtenidos con el procedimiento empleado y los posibles cambios a introducir.

Primera fase

En esta fase se diferencian a su vez dos partes, atendiendo al momento de aplicación de las técnicas seleccionadas y su duración temporal.

Tabla 1 Características generales del programa de tratamiento*A. Estructura del tratamiento**I Fase**1ª parte:*

Técnicas:

Reforzamiento diferencial de conductas alternativas

Interrupción de la conducta autolesiva

Reforzadores empleados:

Estimulación vibratoria y social.

Aplicación en situación de espera (almuerzo)

Duración de las sesiones diarias: 5 minutos

2ª parte

Técnicas:

Reforzamiento diferencial de conductas alternativas

Interrupción de la conducta autolesiva

Reforzadores empleados:

Estimulación vibratoria y social.

Aplicación en situación de espera (almuerzo y cena)

Duración de las sesiones diarias: 10 minutos

II Fase

Técnicas:

Tiempo fuera aplicado en contingencia con la emisión de la conducta autolesiva

B. Participantes:

* 1 terapeuta y 1 coterapeuta

C. Duración total:

*11 semanas

Se caracteriza por la administración de reforzamiento diferencial de conductas alternativas con morderse las manos y por interrupción de la conducta autolesiva (Tabla 1). El procedimiento empleado es similar al propuesto por Luiselli, Evans y Baoyce⁽⁶⁾ y Underwood, Figueroa, Thyer y Nzeocha⁽¹³⁾.

La primera parte de esta fase, se prolongó durante 20 días y se desarrolló en los cinco minutos previos al almuerzo, mientras la niña esperaba para entrar en el comedor. En el segundo período, el tratamiento tuvo una duración de diez minutos diarios, cinco antes del almuerzo y de la cena, y se alargó durante 23 días.

El procedimiento seguido fue el siguiente: situamos a la niña en el ambiente habitual, en la habitación contigua al comedor donde se encontraban otros niños y adultos conocidos que esperaban para entrar. Se colocaron en lugares muy visibles juguetes y objetos

que llamaban normalmente la atención de R. por su color rojo.

Cuando la niña jugaba con estos objetos o interactuaba con los compañeros y adultos, se le ofrecía el cepillo o la batidora activada durante 20 segundos aproximadamente. Transcurrido este tiempo se le instaba a continuar con la conducta adaptada, cuya ejecución era a su vez, apoyada por caricias, alabanzas, muestras de afecto, etc.

Si en esta situación de espera R. comenzaba a morderse las manos se llevaban a cabo de forma contingente, actividades motoras que le imposibilitaban continuar con su emisión. En concreto, se le instaba a caminar y moverse por la habitación cogida de la mano del cuidador impidiéndole que persistiera la autolesión. Este método es similar al descrito por Peterson y Peterson⁽⁹⁾ quienes informaban que un niño con conductas autolesivas debía caminar de un lado a otro cuando éstas aparecían y finalmente sentarse en una silla.

En la segunda parte, el procedimiento se mantuvo idéntico con la salvedad de que se desarrollaba diariamente en dos momentos distintos aunque con duración temporal idéntica.

Transcurrido este tiempo, se evaluó el comportamiento de la niña y los resultados obtenidos indicaban que si bien el reforzamiento diferencial originó un descenso en la emisión de la conducta tratada, ésta se resistía a desaparecer y además ahora, concluida la segunda parte de esta intervención, tenía un marcado carácter intencional. Comprobamos que R. comenzaba a morderse la mano tras haber intentado sin éxito conseguir algún juguete o participar en determinadas actividades. Cuando esto sucedía R. indicaba claramente cuales eran sus deseos llamando expresamente la atención del cuidador y procurando que los adultos se fijaran en ella. No se observó que se mordiese las manos cuando se encontraba sola y lejos de los educadores.

Así por ejemplo, cuando tenía hambre, tiraba de la bata del cuidador, lo conducía hasta la puerta del comedor y comenzaba a morderse la mano asegurándose que el adulto la observaba. En otras ocasiones, cuando la comida no le gustaba se levantaba de su silla y se dirigía hacia la mesa donde había alimentos más apetecibles para ella, como por ejemplo, tomate. Permanecía en esa situación mientras se mordía la mano y buscaba la atención del cuidador. Finalmente, cuando estaba en el columpio y algún niño la bajaba sin su

consentimiento, se dirigía gritando al cuidador y acercándose al columpio empezaba a emitir la conducta. Así pues, parecía claro que al practicar esta conducta, R. ejercía un importante control sobre su entorno.

Segunda fase

Una vez comprobado que el reforzamiento diferencial no bastaba por sí solo para eliminar el comportamiento de autolesión y que se había ampliado el abanico de situaciones ambientales en las que la niña comenzaba a morderse las manos, se decidió de acuerdo con los resultados de investigaciones similares aparecidas en la bibliografía, administrar tiempo fuera aplicado de modo contingente con la aparición de la conducta en cualquier lugar o situación.

El procedimiento adoptado fue el siguiente: si la niña comenzaba a morderse las manos mientras se encontraba en el comedor, inmediatamente y sin mediar comentario verbal alguno, era conducida al baño y ante el espejo se le quitaba la mano de la boca. Permanecía en este lugar y no se le permitía reincorporarse a la actividad normal hasta que habían transcurrido 5 minutos.

Después de este lapso de tiempo, volvía a la situación ambiental que marcó el punto de partida. En caso de que la salida del tiempo-fuera se viera acompañada de nuevas emisiones de la conducta autolesiva, entraba de nuevo en el baño y permanecía allí otros 5 minutos.

El tratamiento que se dio por finalizado en los primeros quince días del mes de mayo de 1994, se prolongó en su totalidad durante 11 semanas.

Siguiendo los planteamientos de Gelfand y Hartmann⁽⁷⁾, se consideraron dos criterios para determinar la interrupción de la intervención terapéutica: uno referido a la evaluación de los efectos del tratamiento a través de los cambios observados en el comportamiento diario de la niña, y otro criterio de importancia o validez social

En relación al primero, hemos de indicar que la conducta tratada había desaparecido completamente en situaciones de espera, al tiempo que se había reducido significativamente su emisión a lo largo del día. En base a estos resultados, el tratamiento se dio por finalizado cuando habían transcurrido al menos dos días consecutivos sin ninguna emisión.

Además, consultamos al personal del centro, a los cuidadores de la niña y a otros alumnos, así como a los padres, quienes coincidían en señalar que la conducta había descendido considerablemente hasta el extremo de

considerar satisfactoria la intervención, debido a que la niña prácticamente había dejado de morderse las manos.

115

Seguimiento

En la primera semana del mes de junio de 1994 se desarrolló la fase de seguimiento de los resultados. Su amplitud se vio condicionada por las limitaciones que imponía en esas fechas la próxima finalización del curso escolar. Además, la niña se marchaba con más frecuencia a su casa y no era posible prolongar la evaluación.

El procedimiento adoptado fue el siguiente: durante ocho días los observadores que habían registrado la conducta al inicio del tratamiento anotaron la frecuencia de aparición del problema, es decir, si a lo largo del día la niña se mordía la mano y su posible causa. Para facilitar la tarea, se les proporcionó una hoja de registro similar a la utilizada en el período de línea base.

RESULTADOS

Una vez aplicado el tratamiento hemos observado efectos no sólo sobre la conducta específicamente tratada, sino también otros beneficios en el comportamiento general de la niña no programados.

1. Efectos sobre la conducta de autolesión.
2. Otros cambios no programados y asociados.

Efectos sobre la conducta de autolesión.

La evaluación de los progresos terapéuticos se llevó a cabo mediante la realización de registros conductuales una vez concluida la primera fase del tratamiento. En un primer momento, se registró la incidencia de la conducta lesiva en situaciones de espera y durante los diez minutos de tratamiento diario. A continuación, y con el objetivo de comprobar la posible generalización de los cambios conductuales, se recogieron datos correspondientes a la frecuencia de emisión de dicha conducta durante todo el día.

La aplicación de reforzamiento diferencial de otras conductas adaptadas conjuntamente con interrupción del comportamiento autodestructivo, redujo la frecuencia de aparición de esta conducta en la situación en la que se aplicaba el tratamiento.

Sin embargo, como podemos observar, los datos relativos a la frecuencia diaria (Fig. 1) planteaban nume-

116

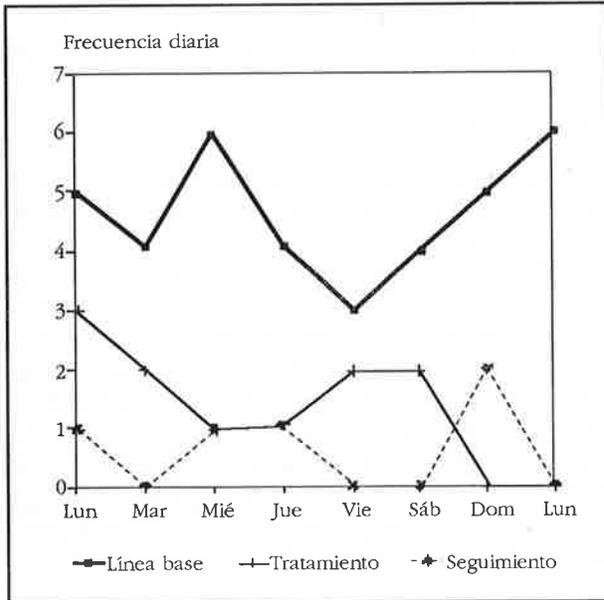


Figura 2. Evolución del comportamiento autolesivo.

rosas dudas acerca de la efectividad de la intervención realizada hasta ese momento. Aunque considerados globalmente, estos resultados reflejan una ligera disminución respecto a las observaciones iniciales, la conducta de autolesión aún es muy frecuente y oscila notablemente de un día a otro.

La aplicación del tiempo-fuera, en la segunda fase de la intervención, originó efectos reductivos inmediatos sobre la conducta autolesiva. En situaciones de espera no se registró emisión alguna.

Como podemos apreciar en los datos correspondientes al registro diario (Fig. 2) el tratamiento provocó una reducción significativa de la conducta tratada que pasó de una frecuencia media diaria en período de línea base de 4,6 episodios a 1,3 episodios al finalizar la intervención.

Lógicamente los beneficios conductuales obtenidos con la terapia han repercutido favorablemente en el estado de las manos, aunque conservan señales de heridas anteriores no tienen el aspecto del comienzo. No permanecen enrojecidas y el olor desagradable que desprendían ha desaparecido.

Podemos comprobar según los datos obtenidos en el período de seguimiento (Fig. 2), que la tendencia descendente de la conducta tratada se mantiene e incluso,

su incidencia es menor que en la fase de tratamiento. A excepción del único día en el que se registraron dos emisiones, la frecuencia del comportamiento autodestructivo osciló entre cero y una sola emisión.

Otros cambios no programados y observados como consecuencia de la aplicación del tratamiento

La aplicación del tratamiento ha originado una mejora en el comportamiento general de la niña también constatada por otros autores⁽¹²⁾. En especial, han aumentado las conductas prosociales, los comportamientos de autonomía e independencia y la imitación de las conductas que manifiestan los cuidadores.

A partir de la intervención se ha observado que la propia niña solicita ayuda a los educadores para resolver algún conflicto o enfrentarse a aquellas situaciones que desconoce, teme o desagradan. Además, las solicitudes de ayuda incluyen indicaciones al adulto de los medios que ha de disponer o manejar para lograr el fin que ella misma pretende.

Así por ejemplo, R. se dirige al cuidador y llama su atención tirándole de la bata para que le ayude a localizar su pijama que se lo ha quitado mientras dormía. Además, insiste que lleve la linterna porque sabe que la necesita para localizar el pijama en la oscuridad.

También es habitual que participe en las actividades de grupo y respete las normas colectivas. Así por ejemplo, es normal que espere pacientemente la cola como todos sus compañeros para recoger el postre. Comportamiento que antes de iniciar la intervención era imposible, entre otras razones, porque uno de los privilegios que tenía concedido la niña como consecuencia del nivel de alteración de sus conductas era no aguardar su turno en las actividades grupales.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con otras investigaciones acerca de las limitaciones del reforzamiento diferencial como método único y eficaz para controlar este tipo de conductas. La evolución del comportamiento de la niña tras la primera fase de la intervención, dejaba claro que este procedimiento resultaba insuficiente para resolver el problema, de ahí que el paso siguiente consistiera en administrar una

técnica más intrusiva pero al mismo tiempo más eficaz para controlar y reducir comportamientos similares.

No obstante, los altos niveles de incidencia de la conducta, así como sus oscilaciones diarias tras la primera fase de tratamiento, pudieran ser explicados además de por este motivo, por el carácter claramente intencional que adquirió el comportamiento. Si al principio la niña se mordía la mano sin una causa o motivo aparente que lo provocara, a partir de los primeros días de intervención empleaba dicha conducta para lograr o acceder a aquello que deseaba.

Una vez concluida la intervención, es posible afirmar que los métodos conductuales aplicados han logrado reducir y controlar el comportamiento tratado, si bien éste no ha desaparecido completamente. Aunque al comienzo del tratamiento insistimos en la necesidad de retirar los reforzadores que estaban manteniendo la autolesión, lo cierto es que algunos adultos, cuidadores de la niña, no parecían convencidos de la utilidad y eficacia de la terapia y se mostraban reacios a admitir que el cambio era favorable para ella. Como consecuencia de esta actitud continuaron concediéndole algunos de los privilegios que eran habituales. Es obvio señalar que iniciativas de este tipo ponen en peligro los progresos terapéuticos pues refuerzan el problema y contribuyen a mantenerlo. De ahí que, a nuestro juicio, esta pudiera ser alguna de las razones por las que la conducta autodestructiva no haya remitido definitivamente.

Desde una perspectiva a más largo plazo, el tratamiento ha logrado evitar lo que en principio parecía probable. Al tratarse de conductas muy alteradas, el medio social estaba en el camino de «dejar de lado» a la niña debido a que se suponía que todo intento por resolver su situación necesariamente terminaba en fracaso. De este modo, en caso de no emprender actuación terapéutica alguna, en poco tiempo la relación de R. en el centro habría quedado limitada a su acogimiento. Una vez finalizada la terapia, es posible señalar que los cambios conductuales logrados han

repercutido favorablemente más allá de la propia niña, pues han logrado modificar las expectativas adversas que los cuidadores y educadores mantenían sobre su progreso y evolución.

En cuanto a los resultados extraídos en la fase de seguimiento, cabe añadir que la mejoría conductual lograda con el tratamiento se mantiene a pesar de la aparente recuperación registrada uno de los días y que en nuestra opinión, puede ser explicada por el comportamiento (manifiestamente contrario a las recomendaciones terapéuticas) que adoptó la persona concreta bajo cuya responsabilidad estuvo la niña. En todo caso, cualquier conclusión definitiva requiere a nuestro juicio llevar a cabo un período de seguimiento más amplio que por las limitaciones comentadas anteriormente no fue posible en este trabajo. No obstante, a través de los contactos personales que hemos mantenido una vez finalizada la intervención, los cuidadores de la niña nos han informado que apenas se produce la conducta tratada y que R. se encuentra cada vez más integrada en el centro.

Para finalizar, de los resultados obtenidos se desprenden varias cuestiones de interés para trabajos futuros sobre el tema. Por un lado, los tratamientos multimodales son más efectivos que la aplicación de un solo procedimiento terapéutico cuando se trata de controlar comportamientos autolesivos. En segundo lugar, la combinación de reforzamiento diferencial, interrupción de la conducta autodestructiva y tiempo fuera, permite conciliar dos aspectos siempre presentes en todas las intervenciones con niños y adolescentes. Esto es, la necesidad de administrar tratamientos eficaces y a su vez, escasamente aversivos. Además, de acuerdo con Sandler⁽¹⁾, la aplicación conjunta de este tipo de técnicas contribuye a disminuir el número de experiencias aversivas necesarias para modificar los comportamientos desadaptados, al tiempo que facilita el mantenimiento y generalización de los cambios conductuales logrados con la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barret RP, Payton JB, Burkhart JE. Treatment of self-injury and disruptive behavior with carbamazepine and behavior therapy. *Journal of the Multihandicapped Person* 1988;1:79-91.
- 2 Bailey J, Meyerson L. Efectos de la estimulación vibratoria sobre la conducta de autolesión de un niño retrasado. En: Ashem BA, Poser

- EG, eds. *Modificación de conducta en la infancia: Autismo, Esquizofrenia y Retraso Mental*. Barcelona: Fontanella, 1979:272-280.
- 3 Blair A. Working with people with learning difficulties who self-injure: A review of the literature. *Behavioural Psychotherapy* 1992;20:1-23.

- 118** 4 Cáceres J. Procedimientos aversivos. En: Caballo VE, comp. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, 2ª ed. Madrid, Siglo XXI, 1993:275-296.
- 5 Carr GE, Newsom DC, Binkoff AJ. Stimulus control of self-destructive behavior in a psychotic child. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1976;4:290-306.
- 6 Corte HE, Wolf MM, Locke BJ. A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1971;4:201-205.
- 7 Gelfand DM, Hartmann DP. *Análisis y Terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide, 1989.
- 8 Luiselli JK, Evans TP, Boyce DA. Pharmacological assessment and comprehensive behavioral intervention in a case of pediatric self-injury. *Journal of Clinical Child Psychology* 1986;15:323-326.
- 9 Peterson FR, Peterson RL. Uso del reforzamiento positivo en el control de la conducta autolesiva de un niño retrasado. En: Ashem BA, Poser E , eds. *Modificación de conducta en la infancia. Autismo, Esquizofrenia y Retraso Mental*. Barcelona: Fontanella, 1979:257-271.
- 10 Risley TR. The effects and side effects of punishing the autistic behavior of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1968;1:21-34.
- 11 Sandler J. Métodos aversivos. En: Kanfer HF, Goldstein PA, eds. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992:365-410.
- 12 Tate BG, Baroff GS. Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behavior Therapy* 1966;4:281-287.
- 13 Underwood LA, Figueroa RG, Thyer BA, Nzeocha A. Interruption and DRI in the treatment of self-injurious behavior among mentally retarded and autistic self-restrainers. Special issue: Empirical research in behavioral social work. *Behavior Modification* 1989;13:471-481.

J. L. Pedreira Massa

La epidemiología en Psiquiatría y
Salud Mental de la infancia y la
adolescencia en la actualidad:
límites y perspectivas

Unidad Salud Mental Infantil de Avilés,
Área Psiquiatría,
Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo
(Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias)

*Epidemiology in child and
adolescent psychiatry: today and
future*

RESUMEN

La epidemiología constituye un método de análisis de la realidad clínica y un instrumento de investigación de los trastornos mentales y emocionales de la infancia y la adolescencia. La metodología de investigación epidemiológica requiere: unificar el criterio de caso, uso de los sistemas de registro acumulativo de casos y la eficacia y efectividad de los tratamientos por medio de investigaciones de seguimientos longitudinales.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología; Salud mental; Infancia; Investigación.

ABSTRACT

The epidemiological approach in child and adolescent psychiatry is a good method in order to analyse the clinical stage and a research instrument of mental and emotional disorders in childhood and adolescence. The correct methodology in epidemiological research needs: unifying the diagnostic case criteria: developing the accumulative psychiatric case registers and longitudinal follow-up researchs in order to evaluate the treatment's efficacy and effectiveness.

KEY WORDS

Epidemiology; Mental health; Childhood. Research.

120 INTRODUCCIÓN

La definición enunciada por Lilienfeld⁽⁹⁾ de epidemiología como la disciplina dedicada al estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como la descripción y detección de los factores que influyen sobre esa distribución, pensamos que aún hoy tiene toda su validez. Muñoz⁽¹⁵⁾, lo expresa de una forma más gráfica: "La epidemiología psiquiátrica investiga sobre quienes, dónde, cuándo y, eventualmente, por qué llegan a ser enfermos mentales los individuos. Constituye, así, un cuerpo de conocimientos fundamental dentro del campo de la Psiquiatría Social que va a servir no sólo para el desarrollo racional y planificado de los servicios asistenciales psiquiátricos y de programas de Psiquiatría Preventiva, sino también como aportación de información básica sobre la que se pueden construir unas bases para una teoría de la salud y la enfermedad mental".

En el terreno de la Epidemiología en Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia se podrían añadir algunas cuestiones más que se incluyen en las preocupaciones de la Epidemiología: qué trastornos son propios del momento evolutivo y cuáles son los que no se corresponden con esa situación y el seguimiento longitudinal de los trastornos para intentar delimitar la evolución de ellos en la vida adulta y/o su especificidad.

Estamos con Kövess⁽⁶⁾ que a lo largo del tiempo han existido diversas preocupaciones con la epidemiología psiquiátrica: buscar un lenguaje común (con la especial relevancia de intentar realizar una nosología psiquiátrica adecuada), detectar lo que se ve (la consecuencia lógica fueron los intentos de recoger datos adecuados y que aportaran información sobre la naturaleza y características de los padecimientos mentales), detectar casos nuevos (fue la época de la realización de cuestionarios y *check list*) y, por fin, una nueva búsqueda de un lenguaje común (ya con unas perspectivas más actualizadas e intentando unificar tendencias teóricas y modelos comprensivos).

LA EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

La epidemiología clínica participa tanto de la investigación y práctica clínicas como de la investigación y práctica epidemiológicas (Fig. 1). Por lo tanto establece

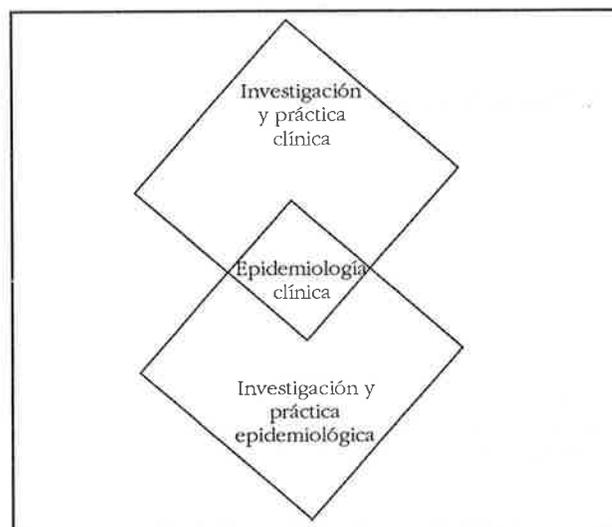


Figura 1. Lugar de epidemiología clínica.

un puente entre ambas situaciones y obtiene equivalencias de tipo científico:

1. Tareas del investigador:
 - 1.1. Recolecta datos.
 - 1.2. Sistematiza los datos recogidos.
 - 1.3. Establece hipótesis.
 - 1.4. Caso de que las hipótesis no se confirmen debe formular hipótesis alternativas.
 - 1.5. Realiza un diseño de investigación.
 - 1.6. Interpreta los resultados con dos posibilidades: como una nueva hipótesis o realizando una posible generalización conceptual.
2. Las tareas del clínico son superponibles:
 - 2.1. La Propedéutica se encarga de la recogida de los síntomas y signos de los procesos.
 - 2.2. La Semiología sistematiza la recogida de los datos clínicos con un sentido preciso.
 - 2.3. El diagnóstico de presunción es el primer acercamiento en el juicio clínico.
 - 2.4. Establecer el juicio clínico supone descartar otras posibilidades, lo que se encuadra en el proceso de diagnóstico diferencial.
 - 2.5. Se precisa establecer un plan diagnóstico y terapéutico adecuado.
 - 2.6. La interpretación de los datos puede conducir a la elaboración de un pronóstico, lo que tiene un triple interés: para el propio paciente, para la

Tabla 1 Validez de los instrumentos de screening en salud mental infantil

	Derivado (caso)	No Derivado (no caso)
Screening (+)	A Verdadero positivo	B Falso positivo
Screening (-)	C Falso negativo	D Verdadero negativo
Sensibilidad =	$\frac{A}{A+C} \times 100$	Especificidad = $\frac{D}{B+D} \times 100$

familia y la comunidad y para la propia ciencia de la salud.

METODOLOGÍA EN LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA INFANCIA

Desde los iniciales estudios de Lewis sobre la Deficiencia Mental hasta los más modernos de Rutter y cols, centraron una metodología y unos procedimientos de investigación adecuados, que se han generalizado como los *Métodos en Doble Fase*.

El uso de escalas de screening en la población general pretende dividir a la población estudiada en dos grandes grupos: aquellos individuos que deben ser derivados a un servicio especializado y constituyen el diagnóstico de caso y, en segundo lugar, el grupo de sujetos que no deben ser derivados y que, por lo tanto, no son caso^(2, 6, 16). Un estudio más pormenorizado de ambos grupos ha constatado lo siguiente: entre los casos que obtienen una puntuación suficiente para ser derivados a los servicios especializados, hay algunos sujetos que no poseen patología tras la correspondiente evaluación clínica, por lo tanto son falsos positivos. Y al contrario, entre los sujetos que habían sido catalogados como negativos en la prueba elegida pueden existir algunos con posibles trastornos psicopatológicos, serían los falsos negativos. De la relación existente entre estos grupos se obtiene la sensibilidad y fiabilidad de la prueba, tal y como se esquematiza en la tabla 1^(5, 6, 25, 29).

Con el fin de detectar los errores en las escalas diagnósticas y corregir de forma adecuada las tasas de

los trastornos en la población general, es por lo que se emplean, con más precisión si cabe en la etapa infanto-juvenil que en la edad adulta, los estudios de investigación en doble fase: en la primera unas escalas de screening y en la segunda una entrevista clínica semi-estructurada o estructurada como soporte de una evaluación clínica.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1. *Escalas y check list*: En un reciente trabajo, próximo a aparecer, revisamos las diferentes escalas utilizadas para los *screening* de trastornos mentales en la infancia. De dicho estudio podemos concluir:
 - 1.1. Se precisan múltiples informantes en la etapa infanto-juvenil, incluso para la primera fase, dado que tanto los padres como los pediatras por sí mismos sólo son capaces de detectar una parte de la demanda que, en todo caso, no supera el 50% a la hora de la derivación a un servicio especializado sobre lo detectado⁽⁴⁾.
 - 1.2. La evolución de los niños/as obliga no sólo a informantes múltiples, sino también a elaborar perfiles conductuales para cada etapa evolutiva⁽¹⁾.
 - 1.3. Existen estudios que permiten observar la concordancia entre las opiniones aportadas por los padres, maestros y los propios niños/as acerca de los problemas del desarrollo, comportamiento o emocionales^(17, 29).
 - 1.4. En nuestra opinión existen suficientes instrumentos de screening de tipo general para la detección de la mayoría de los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia. En este sentido no creemos conveniente un desarrollo cuantitativo mayor de este tipo de instrumentos, sino una mayor profundización y perfeccionamiento de los ya existentes.
 - 1.5. Por el contrario, se precisan más investigaciones para el desarrollo de instrumentos que midan trastornos psicopatológicos específicos, así como los correspondientes estudios de validación.
 - 1.6. En ocasiones existe un cierto solapamiento entre escalas de *screening* y escalas de evaluación clínico-psicopatológicas en esta etapa de la vida.

122 2. *Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas*: se están comenzando a desarrollar este tipo de instrumentos para la infancia y la adolescencia. Algunas de ellas son de gran utilidad, no sólo para la investigación, sino también para la evaluación clínica cotidiana. De forma similar a lo anterior se podrían exponer una serie de características:

- 2.1. Se suelen basar en algún sistema de clasificación determinado, o en un concepto psicopatológico, p.e. en la utilización de criterios DSM-III-R o CIE 10.
 - 2.2. Son para el uso casi exclusivo de profesionales, precisando un entrenamiento previo para la correcta utilización de este tipo de instrumentos.
 - 2.3. Aunque existen las de tipo general, también hay un número determinado para la discriminación de algunos trastornos específicos.
 - 2.4. Un aspecto de procedimiento es que suelen ser evaluadas por varios profesionales, por lo que se puede emplear algún método complementario de observación, p.e. videos, espejos unidireccionales, etc.
3. *Clasificaciones de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia*: en un trabajo de revisión anterior hemos revisado las tablas de clasificación más frecuentemente utilizadas en esta etapa de la vida, dado que el diagnóstico de caso para las investigaciones epidemiológicas suele basarse en alguna de estas tablas diagnósticas:
- 3.1. La necesidad de empezar a usar criterios multiaxiales es ya imperiosa en la infancia y la adolescencia, ya que además de la tipificación del cuadro se precisa la repercusión evolutiva y una perspectiva psico-social y longitudinal, lo que es muy poco probable que pueda realizarse con tablas uniaxiales.
 - 3.2. Deben tenerse en cuenta varias posibilidades a la hora de la clasificación de los trastornos: existen tanto factores somáticos como psíquicos y sociales en la forma de expresión de los trastornos, pero también se ven condicionados por factores básicos del sujeto, por el desarrollo (tanto histórico como individual) y por la presencia de factores agudos y/o estresantes (Tabla 2)⁽¹⁸⁾.
 - 3.3. Existen algunos sistemas ya superados (p.e. CIE-9, CAB); otros discutibles pero que se utilizan con fines de investigación, aunque de forma limitada y parcial (p.e. la serie DSM-III y

DSM-III-R); otros sistemas con pretensiones más psicopatológicas (p.e. la Nueva Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales en la Infancia y la Adolescencia⁽¹⁴⁾); otros sistemas adecuados para la etapa infantil que están en un cierto proceso de actualización y de completarlos (p.e. la clasificación de Rutter, en que la OMS⁽³¹⁾ está estudiando completar con el Eje V de Trastornos psico-sociales e incorpora criterios CIE 10) y un sistema que presenta grandes posibilidades y esperanzas: la CIE-10⁽¹¹⁾, ya que incluye criterios de inclusión y exclusión, respecta y delimita las estructuras psicopatológicas, profundiza en algunas organizaciones evolutivas, incluye categorías dinámicas y permite una sistematización multiaxial (p.e. el estudio de Mezzich⁽¹³⁾ para la etapa adulta puede ser revisado y actualizado para la etapa infanto-juvenil, en esta labor estamos en estos momentos)⁽¹⁷⁾.

4. *Los registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos para la Infancia y la Adolescencia (RACP-D)*: una tendencia actual de gran interés está constituida por las investigaciones de tipo longitudinal, tanto para la evolución de los trastornos mentales, como para el efecto de los tratamientos cuando se instauran de forma precoz. Aunque los RACP llevan más de 25 años de desarrollo⁽²⁶⁾, lo cierto es que en la etapa de la infancia y la adolescencia no han hecho más que iniciarse su uso. Hay que tener en cuenta que es un instrumento caro y que precisa unos objetivos claros para su implantación. Creemos que es un instrumento adecuado, a pesar de sus limitaciones, pero que precisa de una mayor profundización tanto conceptual como metodológica y de procedimiento. No obstante hay que señalar que para la investigación es el verdadero instrumento-reto, tal como en alguna publicación precedente hemos intentado señalar⁽²⁷⁾, en la actualidad nuestra profundización pasa por su utilización para el seguimiento longitudinal de determinados procesos psicopatológicos con las diferentes intervenciones terapéuticas diseñadas y registradas.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Sin pretender ser futurista, se pueden aventurar una serie de tendencias en las que se insiste desde diversos

Tabla 2 Sistemas diagnósticos en salud mental infanto-juvenil

	<i>Factor básico/dotación básico constitucional</i>	<i>Desarrollo/historia factor tiempo</i>	<i>Factor de riesgo/situación aguda</i>
Factores somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Variantes constitucionales (neuropatías, displasias, etc) • Secuelas de factores pre o perinatales • Condiciones de la línea-base 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración • Retraso • Disarmonía ortogénica 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (enfermedad) • Cambio en las circunstancias de vida
Factores psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia • Extrovertido/introvertido • Estable/ inestable • Integrar/desintegrar (variación, psicopatías) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración/Retraso • Disarmonía desarrollo • Desviación desarrollo • Discontinuidad, defectos de la conducta o de la performance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (trauma) • Cambio en las circunstancias de vida (irritación)
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Status social • Background educativo • Familia (completa/incompleta) • Persistencia de factores coadyuvantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad/discontinuidad (rupturas) • Adecuación al status • Deprivación • Estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Suceso agudo (accidente, fatalidad)

grupos de investigadores en el campo de la epidemiología de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia:

1. *Tendencias en los estudios de investigación:* en general se pueden sintetizar en las siguientes tendencias. En la figura 2⁽²⁹⁾ se expone una visión de la evolución de las tendencias en este campo:
 - 1.1. Determinar las tasas de diferentes trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.
 - 1.2. Depurar los aspectos de método y procedimiento.
 - 1.3. Conectar estudios psicopatológicos con la perspectiva epidemiológica.
 - 1.4. Buscar instrumentos para la evaluación diagnóstica más fiables y válidos.
 - 1.5. Profundizar en los estudios de tipo etiológico.
 - 1.6. No obstante parece que se desaconseja la realización de estudios epidemiológicos si no existe una cobertura asistencial que pueda asumir la patología detectada de forma conveniente^(22, 23).
2. *Diagnóstico de caso:* para este apartado se constatan dos grandes grupos de intereses:
 - 2.1. *La evaluación diagnóstica:* tanto a nivel del proceso de evaluación como por los instrumentos a utilizar. El uso de escalas para grupos de trastornos específicos y la construcción y

posterior desarrollo de modelos de entrevistas clínicas aplicadas a la etapa infanto-juvenil. En este apartado tanto la informática aplicada a este campo como los estudios estadísticos tienen un lugar de singular relevancia.

- 2.2. *Las clasificaciones de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia:* independientemente de lo dicho con anterioridad hay que constatar la necesidad de establecer con rigor creciente los criterios diagnósticos que se utilizan en cada categoría clínica, también se precisa diferenciar claramente entre sistema de clasificación y psicopatología. Parece adecuado incluir las "formas de expresión" más que los contenidos demasiado cargados de connotaciones patológicas, es decir se precisa respetar el propio proceso evolutivo. En este sentido el desarrollo de clasificaciones multiaxiales se está haciendo cada vez más necesario, sobre todo para delimitar los aspectos que corresponden a los diferentes ejes.
3. *Los registros acumulativos de casos psiquiátricos para la infancia y la adolescencia (RACP-II):* solucionar el concepto de caso y un sistema de clasificación es algo de singular importancia para el desarrollo de este tipo de instrumento. Hay que aclarar

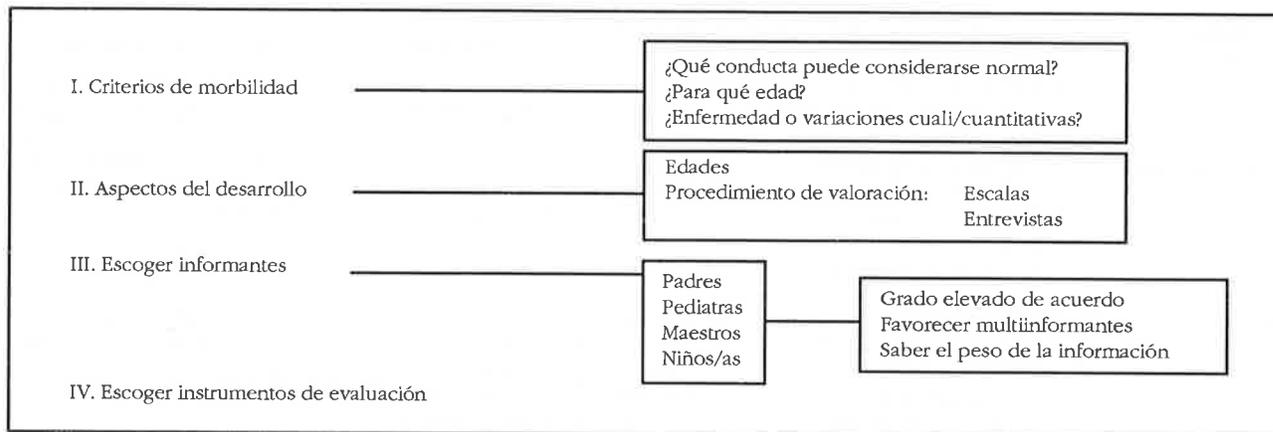


Figura 2. Estudios epidemiológicos en salud mental infanto-juvenil.

que un RACP no soluciona los problemas, sino que los pone en evidencia al objetivarlos. Por esta razón es un instrumento básico para poder analizar con seriedad y rigor las investigaciones de tipo longitudinal. Esta longitudinalidad intenta dar cuenta de tres aspectos:

- 3.1. El recorrido de la demanda: Desde la comunidad hasta su llegada a los servicios especializados.
- 3.2. La evolución de los procesos: Lo que tiene una gran relevancia para la psicopatología del desarrollo y, sobre todo, para comprender las bases

y formas de presentación inicial de cierto tipo de trastornos mentales de la edad adulta.

- 3.3. La relación existente entre tratamiento establecido-etapa en que se instauró-resultado al cabo del tiempo. Completa los puntos anteriores, aportando una perspectiva de intervención de gran sutileza (Fig. 3)⁽²¹⁾.
4. *Intervenciones prioritarias*: está enlazado con el punto anterior, por lo que tiene un contenido evaluador de gran importancia, sobre todo a dos niveles: el terapéutico y el preventivo. Pero también

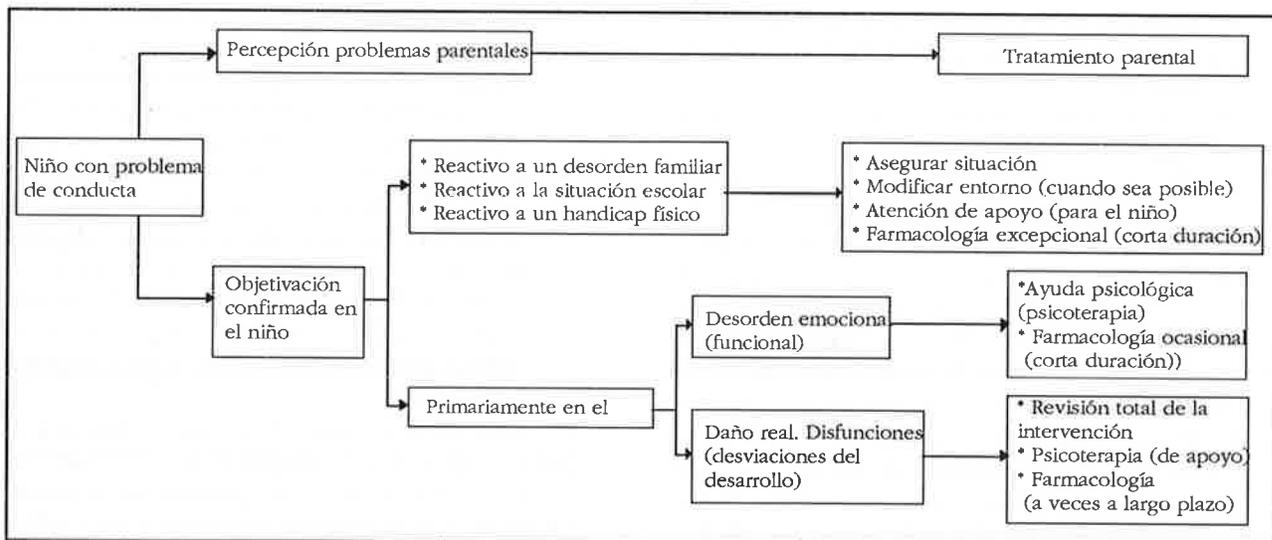


Figura 3. Esquema de intervención en los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia.

Tabla 3 Necesidades de entrenamiento en salud mental infantil para los profesionales de la atención primaria (OMS)

1. Capacidad de respuesta adecuada ante diversos problemas prevalentes (p.e. retraso mental, afecciones crónicas, integración, etc.).
2. Capacidad para indicar y utilizar otras agencias cuando no se puede dar cobertura desde el propio servicio.
3. Trabajo de discusión de casos, seminarios y supervisiones para abordar los problemas que surjan y poder asumir seguimientos evolutivos.
4. Precaución en la introducción de nuevas técnicas hasta que no se encuentren correctamente evaluadas.
5. Vigilancia continua para evaluar los programas formativos.

Tabla 4 Entrenamiento de profesionales de salud mental general en salud mental infantil (OMS)

1. Necesidades infantiles para alcanzar un desarrollo equilibrado.
2. Incluir a los profesionales en seguimientos directos y programados de desarrollo normal (individual y familiar).
3. Aprendizaje directo y supervisado en el contexto de desarrollo de los niños/as.
4. Mantener calidad de los contenidos del entrenamiento, aunque es preciso elevar el número de profesionales en formación.
5. Resaltar la importancia de la formación continuada (p.e. rotaciones periódicas por lugares apropiados).
6. Cursos mixtos con profesionales de diversas disciplinas y diferentes agencias que trabajen con la infancia.
7. Evolución continua de los programas formativos.

en ambos hay que incluir los períodos evolutivos críticos, los factores de vulnerabilidad y riesgo para cada etapa madurativa y evolutiva, etc.

4.1. Intervenciones terapéuticas: Va en el sentido de lo que se denomina "patrón de utilización de servicios asistenciales", intentando señalar las que son más pertinentes para cada situación en concreto. No sólo tiene que ver con la eficacia y eficiencia en términos económicos, sino también para evaluar las necesidades formativas de los profesionales y las necesidades de servicios asistenciales específicos⁽⁷⁾.

4.2. Intervenciones preventivas: En un estudio del pasado año de revisión realizado por

McGuire y Earls⁽¹²⁾ señalaban que la mayoría de los programas de tipo preventivo para los trastornos mentales de la infancia habían hecho gala de dos defectos metodológicos: la falta de homogeneidad en los diseños de investigación y la falta de evaluación a medio y largo plazo. En otras palabras: realizar programas preventivos implica también introducir el criterio de longitudinalidad y de formación de los profesionales, así la OMS^(30, 32) planteaba campos de formación en los profesionales (Tablas 3 y 4) con fines preventivos para los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Achenbach Th. Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. London: Sage, 1985.
- 2 Aparicio V, García J, eds. *Nuevos sistemas de evaluación en Salud Mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Principado de Asturias, 1990.
- 3 Bonet Pla A. *Estudio epidemiológico de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en una muestra de niños de 8, 11 y 15 años en el Municipio de Valencia*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, 1991.
- 4 Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; **28**:851-855.
- 5 Giel R y cols. The detection of childhood mental disorders in primary healthcare in some developing countries. En: Henderson-Burrows, eds. *Handbook of social Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1989:233-244.
- 6 Goldberg ID, Huxley P. *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid: Nieva, 1990.
- 7 Goldberg ID y cols. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. *Pediatrics* 1984; **73**:189-196.
- 8 Kovess V. Épidémiologie des maladies mentales. *Encyclopédie Médico-Chirurgienne*. París: Psychiatries, 1986: **1-2**:17878-A10, 9.
- 9 Lillienfeld AM. Epidemiological methods and influences in studies of non-infection diseases. *Publ Health Rep* 1957; **72**:1-15.
- 10 López Acuña D. La epidemiología clínica. En: VVAA. *Fundamentos de la investigación clínica*. México: Siglo XXI: 1988:109-119.
- 11 López-Ibor JJ, ed. *CIE-10*. Madrid: Ediciones Científicas Beecham, 1993.
- 12 McGuire J, Earls F. Prevention of psychiatric disorders in early childhood. *J Child Psychol Psychiat* 1991; **32**:129-153.

- 126 13 Mezzich JE. On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10. *Br J Psychiatr*. 1988;152(supl 1):38-43.
- 14 Mises R, Jeammet Ph. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatr Infant* 1988;31:67-134.
- 15 Muñoz PE. Psiquiatría social. En: González de Rivera JL, Vela A, Arana J, eds. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, 1979:1155-1175.
- 16 Muñoz PE y cols. Adaptación española del GHQ de Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979;42:139-158.
- 17 Offord DR, Boyle HM, Racine Y. Ontario child health study: correlates of disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:856-860.
- 18 Pedreira JL, Rincón F. La clasificación de los trastornos mentales en psiquiatría infantil: comparación de los sistemas más frecuentes. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989;17:407-416.
- 19 Pedreira JL. Psychiatric case register in child psychiatry: clinical management and epidemiological approach. En: Seva A, ed. *The European handbook of Psychiatry and mental health*, tomo I. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:387-396.
- 20 Pedreira JL, Sánchez B. Primary care and screening instruments for mental disorders in children and adolescents. *Eur J Psychiatry* 1992.
- 21 Pedreira JL. *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Ela-Arán, 1995.
- 22 Sardinero García E. *Salud mental en la etapa escolar*. Tesis doctoral. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1993.
- 23 Shaffer D. Reliability and validity of a psychosocial axis in patients with child psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:109-115.
- 24 Spiel W. Some critical comments on the problems of classification and nomenclature in child and adolescent neuropsychiatry. En: Pichot P y cols, eds. *Psychiatry: the state of the art*, vol 5. New York: Plenum Press, 1985:1-7.
- 25 Rutter M, Graham Ph. The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child. I. Interview with the child. *Br J Psychiat* 1968;114:563-579.
- 26 Ten Horn GHMM, Giel R, Gulbinat WH, Henderson JH. *Psychiatric case registers in public health*. Amsterdam: Elsevier, 1986.
- 27 Ten Horn GHMM, Pedreira JL. Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1988;8:373-390.
- 28 Verhulst K. *Mental health in dutch children*. Rotterdam: University of Rotterdam, 1985.
- 29 Verhulst K. Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil. *Rev Psiquiatr Inf* 1990;3:149-153.
- 30 WHO. *First contact in mental health care*. Copenhagen: Euro-Reports and studies Nº 92, 1986.
- 31 WHO. *Draft multiaxial classification of child psychiatric disorders*. Geneva: WHO, 1988.
- 32 WHO. *Promotion of psychosocial development in children through Primary Health Care Services*. Copenhagen: WHO-Europe, 1991.

J. R. Gutiérrez-Casares
T. Alcaina
A. Pérez
I. Gálvez

Planificación clínico-terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente

Unidad de Psiquiatría Infantil
Hospital Infanta Cristina
Badajoz

Correspondencia

J. R. Gutiérrez-Casares.
Godofredo Ortega Muñoz 18, 4º, B.
06011 Badajoz

Clinical and therapeutical planning in child and adolescent psychiatry

RESUMEN

La utilización de una adecuada planificación clínico-terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente conlleva la realización de una serie de pautas específicas.

En la presente revisión se valora la integración de estas pautas en base a la consecución de una adecuada aplicación terapéutica.

PALABRAS CLAVE

Formulación clínica; Planificación terapéutica;
Historia clínica; Anamnesis.

ABSTRACT

The use of adequate clinical and therapeutic planning in child and adolescent psychiatry involves the performance of a series of specific rules.

In the present paper we evaluate the integration of these rules based on the acquisition of an adequate therapeutic application.

KEY WORDS

Clinical formulation; Treatment planning; Clinical card; Anamnesis.

128

"A DSM-II diagnosis is, however, not sufficient for treatment planning in most clinical situations. Psychiatrists need more data with which to plan clinical interventions. These data are obtained through a variety of clinical procedures, which collectively are called a psychiatric evaluation"

Lewis and Usdin 1982.

Cualquier esfuerzo dirigido a la consecución de una adecuada planificación clínico-terapéutica del niño y el adolescente debe comenzar por el conocimiento de las dificultades que esta tarea conlleva y del gran volumen de datos involucrados en ella.

No abundan los estudios específicos ni las normas generales que definan los méritos y las indicaciones específicas de cada una de las distintas modalidades terapéuticas en psiquiatría infantil, ni existe un acuerdo consensuado de como deben definirse y medirse las variables críticas implicadas en ellas.

Se acepta que, con sólo algunas excepciones, todos los tratamientos usados en adultos pueden ser utilizados en niños y adolescentes. El número de tratamientos utilizados así como su indicación y duración debe realizarse en base a una estructura racionalmente planificada que se conoce como *planificación terapéutica*.

Por regla general, en situación clínica cotidiana, el psiquiatra de niños y adolescentes realiza una *historia clínica* (Tabla 1). Entendemos por ésta el documento que contiene todos los datos médicos referentes a un determinado enfermo (anamnesis, examen físico/neurológico, examen mental, estudios analíticos y exploraciones complementarios) y que conducen a un diagnóstico específico y al tratamiento adecuado⁽¹⁾.

Formando parte del proceso de búsqueda de un diagnóstico, el psiquiatra realiza una *anamnesis* o recuerdo subjetivo propio (o comunicado por familiares)

de enfermedades o situaciones anteriores vistas como la historia previa de una enfermedad actual. Estos datos personales se complementan con datos acerca de la familia (anamnesis familiar) los cuales se extienden más allá de las enfermedades del individuo y abarca las que se han detectado en la estructura familiar⁽¹⁾.

Además, el psiquiatra lleva a cabo un *examen mental* basado en la situación psicopatológica actual así como una *exploración física* y, si es necesario, *neurológica*. Algunas veces, pueden solicitarse estudios especiales (estudios analíticos o exploraciones complementarias: psicometría, etc.).

Una vez recogidos todos los datos se realiza un *diagnóstico*, centrado en la valoración de los síntomas y signos que nuestro paciente comparte con otros y que pueden ser englobadas en una de las categorías psicopatológicas mayores (Tabla 2)⁽²⁾ y en uno, o varios, de los grupos diagnósticos de una de las clasificaciones generalmente aceptadas (DSM-III-R, CIE-10).

Una vez diagnosticado el cuadro clínico del paciente debemos realizar una adecuada *evaluación psiquiátrica*, la cual puede ser entendida como aquella actividad clínica dirigida a entender y definir la conducta de un niño o adolescente determinado (ya con un diagnóstico específico), a diferenciar sus características individuales y particulares y a valorar las posibles etiopatogenias implicadas en el trastorno⁽³⁾.

Ya que la conducta del niño en gran medida depende del contexto, se deben utilizar métodos específicos para evaluar el comportamiento del niño en el hogar (por los padres), en la escuela (por los maestros) y en la situación clínica (mediante la comunicación por el mismo niño y/o mediante la utilización de escalas clínicas específicas)⁽⁴⁾.

En la actualidad disponemos de métodos normalizados para valorar influencias de factores tales como la

Tabla 1 Planificación clínico-terapéutica. Historia clínica psiquiátrica

• Anamnesis Personal/familiar Previa/Actual	AMN
• Exploración física/neurológica	FF/RN
• Examen mental	EM
• Estudios analíticos	EAN
• Exploraciones complementarias	ECO
• Diagnóstico	DgC°
• Evaluación psiquiátrica	EPSQ
• Formulación clínica	FC
• Planificación terapéutica	PT

Tabla 2 Categorías psicopatológicas mayores en niños y adolescentes

1. Trastornos del desarrollo
2. Trastornos mentales orgánicos
3. Trastornos del pensamiento
4. Trastornos afectivos, ansiedad y conflictos o síntomas neuróticos
5. Trastornos psicofisiológicos
6. Reacciones a un ambiente no favorable

Tabla 3 Factores que pueden condicionar la evaluación psiquiátrica

1. Fuente de referencia del niño
2. Quejas de los padres
3. Presencia de una determinada incertidumbre y su manejo por parte del psiquiatra
4. Estilo evaluativo del psiquiatra
5. Conocimiento de las posibilidades terapéuticas

discrepancia conyugal, la autoestima o la sensibilidad de un progenitor hacia los hijos. Funciones tales como el progreso escolar, el número y el tipo de amigo que hace y la autonomía general del niño o adolescente pueden ser evaluados de manera adecuada por maestros, compañeros o las personas que cuidan del niño o del adolescente⁽⁴⁾.

La evaluación psiquiátrica puede estar influenciada por distintos factores (Tabla 3).

La fuente de referencia puede influenciar la evaluación psiquiátrica a través de la "etiqueta" diagnóstica de derivación. Así los niños enviados desde las escuelas suelen llegarnos bajo la etiqueta de "trastornos del aprendizaje" y los niños bajo la protección de la administración con la de "mal comportamiento", "alteraciones de conducta" o "delincuencia".

Las quejas de los padres pueden reflejar sus propias quejas en relación con ellos mismos, así como las filias o las fobias familiares.

Toda situación exploratoria conlleva una determinada incertidumbre para el evaluador. El conocimiento, control y manejo, por parte del psiquiatra, de esta inevitable incertidumbre condiciona la estructura, duración e intensidad de las actividades dirigidas a la recogida de datos.

Hay evidencias de que los clínicos tienden a desarrollar estilos característicos de evaluación (estilos evaluativos) los cuales vienen a reflejar dos dimensiones básicas. Una se relaciona con el grado de estructuración dado a la entrevista y la otra, con el tipo de pensamiento usado por el clínico y que oscila desde la casi completa dependencia de la lógica a una dependencia mayor del pensamiento intuitivo.

Otra condicionante de la evaluación es el conocimiento por parte del psiquiatra de las posibilidades terapéuticas a través de las cuales puede influenciar los datos que emergen de la situación clínica actual.

Tal y como la entendemos actualmente, la Evaluación psiquiátrica habla del papel de los múltiples factores etiológicos en la producción del síndrome psiquiátrico específico de un niño o adolescente y tiene como resultado la construcción, por parte del psiquiatra, de un modelo del paciente llamado *Formulación clínica* (FC). Este modelo a pesar de nuestros intentos, es sólo una representación parcial del paciente y por ello debe estar abierto a continuas revisiones realizadas a partir de los datos aportados en el curso de la actividad clínica⁽⁵⁾.

La FC es una estructura necesaria para la posterior *Planificación terapéutica* (PT), la cual tiene como finalidad la formulación de el/los problemas que aquejan a un paciente y la elección, entre un amplio abanico de posibilidades, de las modalidades terapéuticas más eficaces. Puede definirse como el proceso que transcurre entre la formulación clínica y las recomendaciones terapéuticas finales (*Aplicación terapéutica*) (Fig. 1)^(5,6).

Una *Formulación clínico-terapéutica* (FCT) debe producir modelos que guíen al clínico en la práctica diaria y que faciliten el desarrollo, la asimilación y la integración de nuevos conocimientos derivados del paciente y de las circunstancias que le rodean.

Las características generales de una FCT adecuada son: su capacidad de integración de todos los datos disponibles, su adaptación a la situación clínica actual y a los diferentes diagnósticos y su adecuación a los recursos terapéuticos disponibles.

Pacientes con diferentes características personales o con diferentes diagnósticos es probable que respondan a distintos tratamientos. Algunos tratamientos pueden ser más efectivos para unos pacientes que para otros.

El terapeuta debe ser consciente de las intervenciones disponibles. Esto implica el conocimiento de las evidencias empíricas, de la utilidad de los distintos recursos terapéuticos, de la manera en que los tratamientos actúan y la posesión de un grado aceptable de experiencia en su uso. Finalmente, el terapeuta debe tener un conocimiento extenso de los posibles efectos secundarios de cada una de las modalidades terapéuticas.

Una vez realizado el diagnóstico, el primer componente de la formulación clínico-terapéutica es relacionar dicho diagnóstico con algún conocimiento científico que haya sido efectivo en el tratamiento de otros pacientes con ese mismo diagnóstico; el segundo componente es considerar las posibles causas del trastorno y relacionar el tratamiento con las hipótesis etiopatogénicas realizadas y el tercero es modificar las decisiones, tomadas en

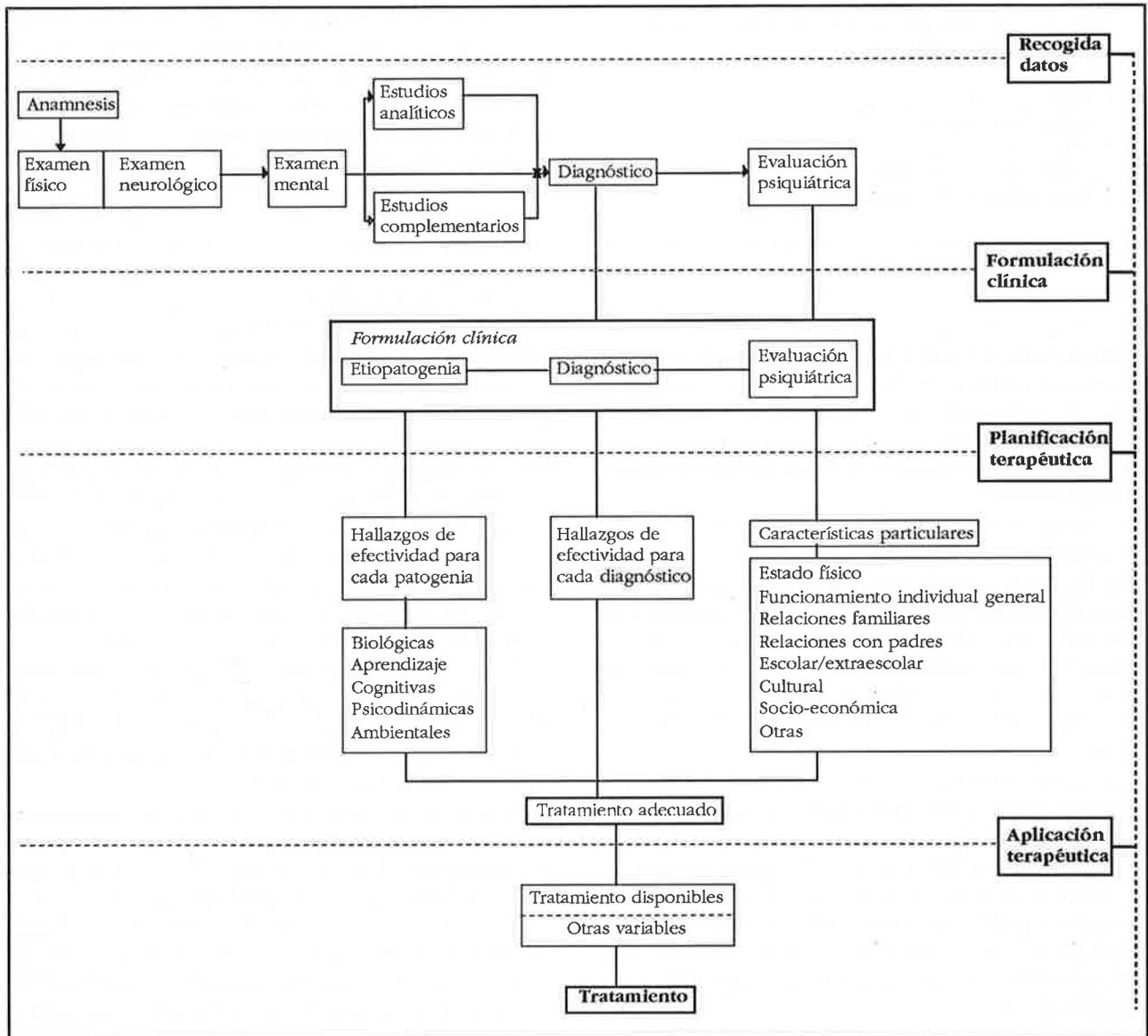


Figura 1. Planificación Clínico-Terapéutica. Diagrama de flujo.

función de los dos primeros componentes, para adaptarlas a la variables específicas del niño o adolescente a tratar.

PRIMER COMPONENTE: DIAGNÓSTICO

Se sabe que algunas intervenciones terapéuticas tienen una clara eficacia en el tratamiento de algunos diagnósti-

cos específicos (p. e. el uso de metilfenidato en los trastornos por déficit de atención o de imipramina en la enuresis nocturna) pero que en otras ocasiones puede no estar claro qué tipo de tratamiento es el de elección. En estos casos el clínico debe buscar en su experiencia intentando encontrar similitudes entre el paciente actual y algún otro paciente tratado anteriormente y utilizar aquellas intervenciones que tuvieron éxito en circunstancias similares.

Tabla 4 Formulación clínico-terapéutica: adaptación a las circunstancias individuales

- Estado físico
- Funcionamiento individual general
- Relaciones con pares
- Escuela y actividades extra-escolares
- Datos socio-económicos y culturales

SEGUNDO COMPONENTE: ETIOPATOGENIA

Así como las etiopatogenias de los distintos trastornos vayan siendo descubiertas, las posibilidades terapéuticas se volverán más específicas y definidas. Cuando un clínico realiza hipótesis sobre las distintas variables etiopatogénicas es necesario que investigue la actuación y la importancia de estas variables como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la psicopatología actual. Una aproximación etiopatogénica adecuada debe considerar cinco tipos de hipótesis: Hipótesis biológicas, Hipótesis de aprendizaje, Hipótesis cognitivas, Hipótesis psicodinámicas, e Hipótesis ambientales.

TERCER COMPONENTE: ADAPTACIÓN

El tercer apartado es la adaptación de las decisiones tomadas en base al diagnóstico y a la etiopatogenia a las circunstancias individuales del niño y el adolescente. Las más importantes aparecen especificadas en la tabla 4 y, como podemos ver, algunas de ellas guardan una importante correspondencia con los Ejes III (Enfermedad física coexistente o complicaciones), IV (Grado de estrés que precede al comienzo de la sintomatología) y V (Nivel adaptativo máximo en el año previo) de la DSM-III-R.

Otras variables a tener en cuenta a la hora de realizar una adecuada formulación clínico-terapéutica aparecen en la tabla 5.

PLANIFICACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA

Una vez que el clínico ha determinado si existen problemas en alguna de las categorías psicopatológicas mayores debe decidir si todos los problemas encontra-

Tabla 5 Formulación clínico-terapéutica: otras variables implicadas (modificado de Halleck)⁽⁷⁾

1. Capacidad para comunicarse verbalmente
2. Aceptación o rechazo del tratamiento
3. Edad y fase de desarrollo
5. Estilo atributivo del paciente
6. Cumplimiento del tratamiento
7. Factores culturales
8. Estatus familiar actual:
 - a) Rol en la familia
 - b) Patrón de hermandad
 - c) Estructura familiar, inmediata y extendida
 - d) Estatus marital
9. Peligro para él mismo o para otros
10. Grado y cualidad de la motivación
11. Historia del desarrollo precoz
12. Educación
13. Estatus financiero
14. Historia familiar/genética
15. Factores geográficos
16. Historia de tendencias antisociales
17. Pólizas de seguros (Seguridad Social)
18. Inteligencia
19. Interés y actividades
20. Estatus legal (padres/tutores)
21. Ocupación o estatus escolar
22. Experiencias de tratamientos pasados
23. Presencia y naturaleza de algún trastorno del aprendizaje
24. Episodios previos de la enfermedad
25. Mentalidad psicológica
26. Fortaleza o debilidad psicológica
27. Soporte psicológico disponible
28. Calidad de las relaciones objetales
29. Raza y etnia
30. Factores religiosos
31. Severidad del estrés presintomático
32. Desarrollo sexual. Rol e identidad sexual
33. Estado de la enfermedad

dos requieren intervención. El paciente debe recibir tantos tipos diferentes de intervenciones como sean necesarias, pero no más de las necesarias⁽⁷⁾.

Sólo en raras ocasiones todos los problemas encontrados van a necesitar un tratamiento estructurado. Afortunadamente, en psiquiatría infanto-juvenil es posible realizar una intervención terapéutica en un área determinada y, si la intervención es adecuada, encontramos con una mejoría importante de otras áreas o del funcionamiento general del niño o adolescente⁽⁸⁾.

Si después de una adecuada valoración aparecieran varias áreas deficitarias, es muy conveniente valorar el

132 orden en el que vamos a abordarlas o la necesidad de abordar varias de ellas simultáneamente. Si existiera un problema que amenazara la vida o la salud física del paciente, éste debe ser tratado en primer lugar. Una regla general es la actuación sobre los "Puntos de máxima influencia"⁽⁶⁾ o puntos en los que es mayor la capacidad de alianza de las personas implicadas y en los que de su resolución se derivan mayores beneficios para todos los implicados.

Otras circunstancias a tener en cuenta cuando se planifican prioridades en el tratamiento de niños o adolescentes con problemas múltiples son la presencia de resistencias que interrumpan o dificulten el tratamiento; de rasgos indicadores de una mayor motivación para el cambio y el conocimiento de las fuerzas o actuaciones que han sido utilizadas por la familia en el pasado para conseguir progresar adecuadamente⁽⁶⁾.

Planificación terapéutica diferencial

Consiste en la selección, en orden de prioridad, de una aproximación curativa, correctiva o paliativa al niño o adolescente, a su familia y, si fuera necesario, a su medio ambiental⁽⁵⁾.

Es necesario formular el problema con suficiente sentido común como para que pueda ser entendido por el niño y por las personas que nos lo han derivado y con la información necesaria para responder a preguntas relacionadas con los objetivos a corto, medio y largo plazo, así como tener definidos los criterios de alta o de traslado a otros sistemas de tratamientos así como los criterios de revisión y corrección de la propia planificación terapéutica.

En la PT el paciente y el terapeuta deben tener en mente unas metas terapéuticas determinadas. A veces, las metas del clínico y del paciente son idénticas pero no ocurre siempre. La meta terapéutica inicial es devolver al paciente a un estado lo más cercano posible al que tenía antes del episodio actual para lo cual deben elegirse, entre un amplio abanico de posibilidades terapéuticas, aquellas que sean más eficientes.

La ejecución de una PT adecuada debe estructurarse sobre una base de conocimientos entre los que podemos destacar:

- Conocimiento del curso habitual y del pronóstico (en los diferentes estadios evolutivos) de los distintos trastornos psiquiátricos de la infancia, niñez y adolescencia.

- Conocimiento de los principios, técnicas, indicaciones, contraindicaciones y limitaciones de las distintas modalidades terapéuticas que vamos a utilizar: consejo a los padres, tratamiento de los padres, modificación de conducta, psicofarmacología, psicoterapia breve, psicoterapias de larga duración, terapia de familia, terapia de grupo, terapia de "milieu" y consejo matrimonial.
- Conocimiento de otras posibilidades de ayuda y de las habilidades y roles de otras disciplinas así como de las técnicas en las que se basan los tratamientos interdisciplinarios o en colaboración.
- Conocimiento de las estructuras, requerimientos, flexibilidades, rigideces y costes de los distintos acuerdos o conciertos institucionales a través de los cuales se pueden realizar otros tipos de ayudas.
- Conocimiento de instituciones o estructuras sociales que pueden influir sobre el niño o el adolescente (Escuela, Juzgados, Servicios sociales, etc.) y del papel que juegan en el control, apoyo o interferencia del tratamiento.
- Conocimiento de la dinámica familiar y de los aspectos culturales, económicos, religiosos y morales que puedan influenciarla.

Indicadores generales de una PT competente

- Involucrar al niño/adolescente, a la familia y a otra persona relevante. Un tratamiento eficaz de los niños con trastornos debe involucrar a los padres, las autoridades escolares y otras personas que los cuidan, ya sea de forma estructurada (como en la terapia de familia) u oficiosa, mediante la orientación individual⁽⁴⁾.
- Conocimiento y respeto por los valores socio-culturales del paciente y de la familia.
- Aceptación de la buena voluntad y de las resistencias de la familia a iniciar la terapia
- Identificación de metas terapéuticas adecuadas
- Elección adecuada de las modalidades terapéuticas.
- Elección del lugar de tratamiento adecuado.
- Referir, cuando esté indicado, al paciente a otras fuentes de tratamiento.

La OMS⁽⁴⁾ hace hincapié en que el tratamiento no sólo debe tratar de identificar factores de predisposición intrapsíquicos e individuales, sino también considerar al niño como un ser social capaz de actuar y pensar en consonancia con los sistemas donde crece y se desarrolla.

Tabla 6 Opciones actualmente disponibles para el tratamiento de los trastornos emocionales y del comportamiento en los niños

<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Métodos específicos de tratamiento</i>
Tratamiento del comportamiento	Terapia del comportamiento Modificaciones del comportamiento Terapia cognoscitiva de problemas interpersonales Adiestramiento de los padres orientado al comportamiento Métodos de comportamiento aplicados en la escuela
Asesoramiento (Orientación psicológica)	Asesoramiento de los padres
Técnicas educativas y del comportamiento utilizables en programas de tratamiento en el hogar	(en particular para el autismo infantil)
Tratamiento farmacológico	Estimulantes en los estados hiperactivos
Psicoterapia	Orientación psicodinámica del niño Psicoterapia (Individual y en grupo) Terapia familiar

Las opciones actualmente disponibles para el tratamiento de los trastornos emocionales y del comportamiento en los niños aparecen representadas en la tabla 6.

A la hora de aplicar los principios generales de la PT a la psiquiatría del niño y del adolescente debe tenerse en cuenta el rápido crecimiento y los grandes cambios que ocurren durante los años de la infancia y de la adolescencia. Estos cambios se producen tanto en los aspectos físicos como en los mentales, sociales y relacionales.

Estos cambios madurativos no se producen de una manera uniforme ni con un ritmo constante de aceleración sino que ocurren bajo aceleraciones y regresiones bruscas en las que todos ellos están íntimamente relacionados.

Los padres deben incluirse en la PT siempre que sea posible. Este hecho puede ser complicado en el caso de adolescentes que acudan a consulta sin el conocimiento

de sus padres o que no quieran involucrarlos en el tratamiento.

Si bien una buena PT debe ser flexible y continuamente revisable, estas características se convierten en necesidades básicas cuando tratamos a pacientes adolescentes.

Teniendo en cuenta que el GAP⁽⁵⁾ considera que la adolescencia termina cuando determinadas metas han sido alcanzadas, algunos autores⁽⁶⁾ opinan que estas metas son las metas ideales y que es a su consecución donde debe encaminarse la relación terapéutica entre el psiquiatra y el adolescente:

1. Consecución de la separación e independencia de sus padres.
2. Establecimiento de una identidad sexual.
3. Compromiso con una actividad laboral.
4. Desarrollo de un sistema de valores morales.
5. Consecución de la capacidad para mantener relaciones interpersonales estables, para la ternura y para las experiencias sexuales.
6. Retorno emocional a los padres basado en una igualdad relativa.

La evaluación de los resultados del tratamiento en los niños plantea ciertos problemas vinculados específicamente con este grupo de edad. Reviste particular importancia la influencia del crecimiento y el desarrollo normales sobre la historia natural de los trastornos psiquiátricos en la niñez, sobre la sintomatología con que se manifiestan y sobre la interpretación del comportamiento observado. Por consiguiente, al evaluar intervenciones terapéuticas en los niños, siempre se deben estimar las probables contribuciones relativas de la intervención misma y del proceso natural de desarrollo y maduración⁽⁴⁾.

Es preciso considerar si los resultados deben evaluarse en función de los efectos, tanto a corto como a largo plazo, o si se seleccionará un tratamiento específico únicamente sobre la base de su eficacia a corto plazo. Dado que no es seguro que la eficacia de un tratamiento infantil pueda asegurar una buena salud mental en la vida adulta (por estar ésta condicionada por acontecimientos que puedan aparecer posteriormente) es más adecuado identificar como meta primaria del tratamiento la eficacia a corto plazo con respecto a cualquiera de los siguientes aspectos⁽⁴⁾: reducir los síntomas, facilitar el desarrollo biológico, social, cognitivo y afectivo normal, fomentar la autonomía personal y la autodependencia, extender las mejoras específicas logradas en el comportamiento de un área a otras áreas

134 del comportamiento, mantener el comportamiento apropiado para la edad, y alcanzar el grado conveniente de modificación ambiental.

Los métodos de tratamiento de los trastornos psiquiátricos de la niñez y adolescencia deben evaluarse registrando las modificaciones que se produzcan en los síntomas relacionados con el comportamiento y en los

cambios ocurridos en el medio ambiente del niño. El síntoma que se modifica puede representar el déficit principal de un trastorno particular (el déficit de la atención en el trastorno hiperactivo) o una dificultad secundaria pero vinculada con el trastorno (escasa autoestima, habilidades sociales deficientes o problemas de aprendizaje)⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 *Diccionario médico Roche*. Barcelona: DOYMA, 1993.
- 2 Lewis M, Volkmar FR. *Clinical aspects of child and adolescent development*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990.
- 3 Lewis JM, Usdin G. Treatment Planning in psychiatry: Introduction. En: Lewis JM, Usin G. *Treatment Planning in Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1982.
- 4 OMS: *Evaluación de los métodos de tratamiento de los trastornos mentales*. Serie de Informes Técnicos, Informe Nº 812. Ginebra, 1991.
- 5 Group for the Advancement of Psychiatry (GAP): From diagnosis to treatment: an approach to treatment planning for the emotional disturbed child. vol VIII, Report nº 87, September, 1973.
- 6 Schowalter JE, Fisher SM. Special perspectives on treatment planning for adolescents. En: Lewis JM, Usin G. *Treatment Planning in psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1982:337-376.
- 7 Halleck SL. Treatment planning. En: APA-Commission on Psychiatric therapies. Chairman: TB Karasu. *The psychiatric therapies*. Washington: APA, 1984.
- 8 Looney JG, Blotcky MJ. Special perspectives on treatment planning for children. En: Lewis JM, Usin G. *Treatment Planning in Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1982:288-336.

COMENTARIOS A UN CASO DE MUTISMO ELECTIVO

INTRODUCCIÓN

El Mutismo fue descrito por primera vez hace 100 años con el nombre de "Afasia voluntaria". Fue en los años 30 cuando recibió el nombre con que se le denomina actualmente. El Mutismo Electivo consiste en un patrón de habla en el que el niño selecciona exclusivamente ciertas situaciones específicas o determinadas personas con quien hablar; a pesar de que su conducta verbal, cuando hablan, es adecuada a su edad cronológica.

Aún cuando existen pocos estudios sobre su incidencia y prevalencia, parece ser un trastorno relativamente poco frecuente; según la bibliografía consultada, hay datos contradictorios sobre si es más frecuente en varones o hembras y así mientras unos no encuentran diferencias, otros señalan la mayor incidencia en varones, fundamentalmente en la primera infancia.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño, varón, de cinco años; el embarazo, parto y período neonatal habían sido normales; el desarrollo tónico motor, psicoafectivo y lingüístico habían sido asimismo totalmente normales.

Comenzó a ir a un Centro preescolar el año pasado, siendo su integración y adaptación difícil, y donde desde el inicio el niño se negó hablar, haciéndolo de forma excepcional cuando el maestro se dirige expresamente a él contestando entonces con monosílabos en tono bajo con la cabeza agachada y muchas veces de forma ininteligible.

Se relaciona con niños tanto en la escuela como en la calle, con los que juega, y con los que tampoco habla, siendo su relación a través de gestos.

Tampoco habla ante extraños, en la consulta, etc.; sólo en su casa, con su hermano y padres la comunicación verbal es normal calificándolo la madre como muy "parlanchín".

El resto del comportamiento tanto en la casa como en la escuela es normal, y el rendimiento en la escuela aunque difícil de evaluar parece normal, (sigue el desarrollo normal de las clases, conoce las letras, sabe leer pequeñas frases, etc.).

El examen físico incluyendo la exploración neurológica y fondo de ojo fueron normales. El EEG mostró una electrogénesis cerebral compatible con la normalidad.

En la T.C. de cráneo y la analítica de sangre y orina, incluido el cariotipo fueron también normales.

Se le realizó un test de dibujo de Goodenough encontrándose un nivel intelectual apropiado para su edad. No fue posible hacer otras pruebas psicométricas por falta de colaboración.

No se realizó tratamiento, ya que no volvió a acudir a consulta, desconociéndose por tanto la evolución del mismo.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Es el menor de una serie de dos hermanos; de una familia de nivel socio-económico y cultural medio bajo y bajo.

Las relaciones entre ellos son las habituales entre hermanos, con peleas frecuentes pero se quieren mucho, dice la madre, y no pueden estar el uno sin el otro. El hermano mayor no presenta patología.

La madre es una mujer joven de 26 años, ama de casa, de carácter fuerte, claramente dominante y fuertemente unida al niño.

El padre es también joven, tiene 30 años, es marinero, pasa largas temporadas fuera de la casa, donde vuelve siempre por poco tiempo, teniendo por tanto poco contacto con el niño, siendo por otra parte una actitud pasiva la que tiene dentro de la relación familiar cuando se encuentra en la casa.

Según cuenta presentó un cuadro de similares características al de su hijo a una edad parecida que no fue diagnosticado ni precisó tratamiento ya que se solucionó espontáneamente años más tarde.

COMENTARIOS

Se presenta un caso que cumple los criterios diagnósticos tanto del DSM-III-R como de la CIE-10 para Mutismo Electivo.

Establece la primera como rasgo fundamental la negativa persistente a hablar en casi todas las situaciones sociales, a pesar de la capacidad de hablar y comprender el lenguaje hablado encuadrándolo dentro del apartado otros trastornos de la infancia o adolescencia.

La CIE-10 lo engloba dentro de los trastornos del comportamiento social de comienzo a la infancia y adolescencia, como un modo de hablar colectivo de origen emocional.

Se descartó la existencia de cualquier trastorno mental (fobia social, depresión mayor, trastorno psicótico, ansiedad de separación...) o físico que pudiera originar una incapacidad para hablar.

A pesar de estas definiciones, ambas clasificaciones admiten la posibilidad, que señalan en 1/3 de los casos, de que presenten asociados trastornos del lenguaje y en alrededor de la mitad de que presenten un trastorno en el habla o un retraso en el desarrollo del mismo (Hayden, 1980; Kolvin Fundusis, 1981).

Esto no excluye el diagnóstico con tal que haya un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación afectiva y una gran disparidad en cómo se utiliza el lenguaje

136 según el contexto social. Sin embargo, no es éste el caso del niño que presentamos, tampoco aparecen como rasgos fundamentales de su carácter, la timidez excesiva, introversión, el aislamiento social o el negativismo, la anorexia... que según otros autores pueden acompañar al síntoma fundamental.

Señala Hayden sobre el gran predominio de abuso físico y sexual o de heridas faciales, traumatismos de boca (operaciones dentales) o castigos orales (lavado de boca, bofetadas en la cara) que se encuentra en niños con Mutismo selectivo y que nosotros no hemos constatado en nuestro caso.

Pensamos que es primordial en el ME que presentamos la actitud familiar que, basándose en el antecedente de que al padre le ocurrió lo mismo en su infancia, superándolo espontáneamente, le presta poca atención a la conducta verbal del niño, considerándola como una fase evolutiva dentro de la

maduración del mismo; frente a la consideración del maestro, a cuyo requerimiento es traído a Consulta, y que lo considera patológico y necesitado de asistencia.

En relación con las características psicodinámicas y conductuales familiares entendemos que este caso podríamos incluirlo dentro de los que Hayden (1980) formula como *Forma Simbiótica* y que suele ser según el mismo autor la forma más usual dentro de las cuatro formas en las que subclasifica el trastorno en donde sobresalen una madre dominadora que está claramente celosa de las relaciones del niño con otras personas, un padre pasivo o no verbal, y un niño que aún cuando puede parecer sumiso es altamente manipulador.

F. Espín Jaime
Algeciras

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ASOCIACIONES

En este artículo, Wilens y cols.⁽¹⁾ revisan la utilización de combinaciones farmacológicas en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en niños y en adolescentes.

La necesidad del uso de asociaciones ha surgido de la, a menudo insatisfactoria respuesta a un único fármaco, de la creciente conciencia de los altos niveles de comorbilidad psiquiátrica y a la aparente sinergia de la asociación de agentes farmacológicos psicoterapéuticos.

De esta forma destacan algunos de los trastornos psiquiátricos que pueden requerir una asociación terapéutica:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Entre el 30% y el 40% de los niños, el tratamiento con único fármaco (ya estimulantes, antidepresivos, o clonidina) puede ser no efectivo.

Encontrando en la literatura trabajos recogiendo respuesta a: nortriptilina con otra medicación coadyuvante⁽²⁾; antidepresivos tricíclicos y estimulantes para un comórbido TDAH⁽³⁾ y la asociación sinérgica y bien tolerada de metilfenidato y desipramina⁽⁴⁾.

Depresión

En los trastornos depresivos en los adolescentes, a causa de la falta de eficacia demostrada de un único fármaco (como los tricíclicos), la atención se ha centrado recientemente en el uso de fármacos alternativos y múltiples.

Los niños sin respuesta a un antidepresivo pueden beneficiarse de otras estrategias terapéuticas que incluyen: abordaje con un tratamiento combinado tal como el uso de dos antidepresivos de diferente tipo, o la potenciación con carbonato de litio, estimulantes, hormona tiroidea (triyodotironina) y medicaciones ansiolíticas.

Ansiedad

Los niños con trastornos de ansiedad a menudo tienen coexistiendo trastornos tales como depresión y TDAH.

Esto explicaría la observación clínica de la mejoría, en los trastornos de ansiedad, con la asociación terapéutica de benzodiazepinas de alta potencia con otros fármacos, incluyendo antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación serotoninérgica (ISRS) y los estabilizadores tímicos. O que en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) juvenil con fluoxetina⁽⁵⁾ se requiriera una medicación coadyuvante en el 42% de los casos.

Psicosis

En los casos de un cuadro psicótico en el contexto de un trastorno del humor es crucial, para la estabilización clínica, el uso de un tratamiento específico para el trastorno tímico.

En los casos donde la psicosis se asocia con agitación severa, la asociación de benzodiazepinas de alta potencia puede facilitar el tratamiento del paciente y permitir la utilización de dosis menores de antipsicóticos.

Trastornos de tics

Aproximadamente un 30% de los niños presentan una respuesta inadecuada al tratamiento (neurolépticos, clonidina, tricíclicos, clonacepán y beta bloqueantes).

Para evitar los efectos secundarios de los neurolépticos los clínicos están usando, en aumento, las asociaciones tales como clonidina más benzodiazepinas⁽⁶⁾ o tricíclicos⁽⁷⁾.

En los casos de comorbilidad con TOC puede requerir la asociación de clomipramina o un ISRS a la medicación antitócica.

Agresividad y trastorno de conducta

La agresividad es uno de los problemas clínicos más frecuentemente encontrados por el psiquiatra. Si bien no existe una farmacoterapia específica para el tratamiento de la agresividad, la literatura muestra, en el contexto de un plan terapéutico multidisciplinario, la necesidad de una asociación farmacoterapéutica para su abordaje⁽⁸⁾. Situación similar se encuentra en los trastornos de conducta.

Considerando que las *directivas generales de ayuda* para determinar la conveniencia del uso de la asociación farmacoterapéutica incluyen:

- 1) Síntomas significativos que sólo responden parcialmente con agentes únicos.
- 2) Potenciales efectos sinérgicos de la asociación farmacoterapéutica.
- 3) El uso de dosis menores de varios fármacos reduce el perfil de efectos adversos asociados con el uso de dosis mayores de fármacos únicos.
- 4) Diagnóstico/s asociado/s con la necesidad de asociaciones concretas, p.e. psicosis con depresión.
- 5) Tratamiento de efectos secundarios, p.e.: tratamiento de los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos.
- 6) Tratamiento en superposición, cuando se cambia medicación para evitar el deterioro clínico.

Son necesarios, antes de poder establecer los parámetros específicos de dosificación, estudios sistemáticos adicionales del uso de las asociaciones farmacológicas psicoterapéuticas en psiquiatría.

138 Finalizando el artículo recordando la necesidad de los clínicos de continuar aplicando la práctica prudente en línea con la máxima médica: *Primum non nocere*.

**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO EN NIÑOS Y EN ADOLESCENTES CON
FLUOXETINA**

En este trabajo, Geller y cols.⁽⁵⁾, valoran, en un estudio retrospectivo, la utilidad, a largo plazo, del tratamiento con fluoxetina en niños y adolescentes afectados de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno relativamente común (con una prevalencia del 1,9% al 3,3% entre los adultos), que frecuentemente tiene su inicio en la infancia (el 65% de los individuos obsesivos desarrollan su enfermedad antes de los 25 años). Con unos índices de TOC en adolescentes del 1% de incidencia y del 1,9% de prevalencia.

La muestra estaba formada por 38 pacientes: 20 niños (de 6 a 12 años) y 18 adolescentes (de 13 a 18 años) con una edad media total de 12,3 ($\pm 0,53$) años. Predominan los varones (n=24) sobre las chicas, con una relación de 1,7 a 1. La duración media de la clínica desde su inicio era de 25 meses (± 3). Todos cumplían criterios diagnósticos DSM III-R de TOC.

Dos tercios tenían por lo menos un diagnóstico de comorbilidad con una media de diagnósticos de comorbilidad por sujeto de 1,3. Siendo los más frecuentes: trastornos por conductas perturbadoras, trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad y trastornos por tics crónicos.

La dosificación promedio total diario fue de 50 mg/d (± 26 mg) o 1,0 mg/Kg/d ($\pm 0,4$ mg/Kg/d). Dosis promedio que en el grupo de niños fue de 35 mg/d (0,9 mg/Kg/d) y en los adolescentes de 64 mg/d (1,1 mg/Kg/d). El tratamiento fue aplicado durante un promedio de 19 meses (rango: 4 a 34 meses). Quince pacientes (39%) recibieron simultáneamente otros fármacos (tricíclicos, normotímicos, benzodiacepinas, estimulantes, buspirona o clonidina).

La respuesta al tratamiento fue realizada por clínicos experimentados usando la Escala de Impresión Clínica Global.

Resultados. El 74% de los pacientes (n= 28) presentaron una mejoría de moderada a marcada durante el seguimiento. Concluyendo que el tratamiento con fluoxetina resulta igualmente eficaz en los grupos de edad pre y postpuberal, y entre ambos sexos, no siendo influenciados por la presencia de diagnósticos de comorbilidad de ansiedad o trastornos de ánimo o de otros tratamientos.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wilens TE, Spencer T, Biederman J, Wozniak J, Connor D. Combined pharmacotherapy: an emerging trend in pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:110-112.
- 2 Wilens TE, Biederman J, Geist DE, Steingard R, Spencer T. nortriptyline in the treatment of ADHD: a chart review of 58 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:343-349.
- 3 Rapport MD, Carlson GA, Kelly KL, Pataki C. Methylphenidate and desipramine in hospitalized children: I. Separate and combined effects on cognitive function. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:333-342.
- 4 Pataki CS, Carlson GA, Kelly KL, Rapport MD, Biancianiello TM. Side effects of methylphenidate and desipramine alone and in combination in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1065-1072.
- 5 Geller DA, Biederman J, Reed ED, Spencer T, Wilens TE. Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:36-44.
- 6 Steingard RJ, Goldberg M, Lee D, DeMaso D. Adjunctive clonazepam treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic symptoms in children with tic disorders and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:394-399.
- 7 Spencer T, Biederman J, Kerman K, Steingard R, Wilens T. Desipramine treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic disorders of Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:354-360.
- 8 Connor DF. Beta blockers for aggression: a review of the pediatric experience. *J Child Adolesc Pharmacol* 1993;3:99-114.

GUÍA TEÓRICO-PRÁCTICA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Alfonso Chinchilla Moreno

Barcelona: Masson, 1995

Rústica, 165 páginas

Tal como el Dr. Chinchilla comenta, esta guía teórico-práctica intenta plasmar los conocimientos elementales sobre anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), dirigidos hacia lo que debería ser el primer nivel de la medicina asistencial, la Atención Primaria de la Salud (APS), en relación con las bases para un diagnóstico precoz y con las orientaciones terapéuticas a aplicar.

Se ha realizado una aproximación más específica sobre ciertos aspectos nosológicos, epidemiológicos, clínicos, etiopatogénicos y sobre terapia integrativa mixta, biológica, psicológica y dietética.

Ofrece igualmente unos apéndices referentes a la estructura funcional de las unidades de conducta alimentaria y los objetivos que deberían cumplir; un protocolo guía sobre la asistencia e investigación y una exposición de la experiencia del Dr. Chinchilla y colaboradores en la investigación terapéutica de la psicofarmacología aplicada en la BN realizada con fluoxetina.

En mi opinión, un manual que pretenda una mejor y más completa aproximación al entendimiento de estos trastornos, es digno de elogio. La posibilidad de poder leer con rapidez toda la información que requerimos en un momento determinado, con tablas claras y dispuestas en un orden adecuado, facilitan el trabajo del clínico que consulta el texto.

Quizás a mi parecer, aunque la bibliografía de referencias en los diversos capítulos es extensa, existen pocas citas de autores españoles que también han estudiado y profundizado en este tipo de trastornos.

Es pues una guía útil y fácil de manejar, que muestra una forma de abordar globalmente la AN y la BN.

S. Arxé i Closa

SÍNDROME DE DOWN. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Juan Perera

Barcelona: Masson, 1995

Rústica, 157 páginas

Los autores pretenden profundizar, destacar y comentar aspectos propios, específicos y singulares o exclusivos del síndrome de Down (SD) que no se dan en otras patologías cerebrales, o si se dan, lo hacen en proporción diferente delimitando de algún modo las diferencias con otras deficiencias mentales.

Desde la especificidad genética del SD hasta los aspectos más psicosociales del mismo, directa o indirectamente interrelacionados, el autor J. Perera y colaboradores, exponen concienzuda y detalladamente multitud de puntos de amplio espectro e interés dirigidos a los campos de la medicina, psiquiatría, psicología y psicopedagogía.

Los no especialistas en el SD podrán sin duda beneficiarse de la experiencia de trabajo del equipo que ha escrito este manual, no únicamente para estudiar específicamente este síndrome, sino para poder elaborar adecuadas medidas de intervención que compensen las limitaciones que aún existen actualmente. Estos aspectos descritos que pueden permitir mejorar notablemente la calidad de vida cognitiva, afectiva y personal son encomiables y especialmente humanos, hecho a mi entender básico e indispensable en lo que a salud mental se refiere.

También plantea la posibilidad de integrar a las personas afectas de SD a nivel escolar, social y laboral, propugnando un servicio totalmente normalizado, no exclusivo ni segregacionista.

Da alternativas y propone actuaciones, que en estos momentos no tienen una respuesta tan satisfactoria como cabría esperar en las distintas asociaciones que atienden la deficiencia mental en general.

Los capítulos del libro, densos en información médico-psiquiátrica, se complementan con explicaciones mucho más psicológicas pero no menos necesarias o importantes, tanto referidas a los afectados de SD, como a los familiares y profesionales diversos que están en contacto con ellos.

La pretensión de la obra comentada es la de conocer toda la información precisa para "adaptar" a todos los niveles y tan normalmente como sea posible a las personas con SD.

Todo esfuerzo y mejoría son necesarios cuando recordamos que "es la enfermedad genética más frecuente en la especie humana" según la visión de uno de los autores.

S. Arxé i Closa

**XXXVII CONGRESO INTERNACIONAL DE
ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA**

Información e inscripciones: Viajes y Cultura. C/ General Aranz, 49. 28027 Madrid. Tel. 91- 742 66 51. Fax: 91- 320 28 51. San Diego (Estados Unidos), del 20 al 25 de agosto de 1995

**X CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE
PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Información e inscripciones: Viajes y Cultura. C/ General Aranz, 49. 28027 Madrid. Tel. 91- 742 66 51. Fax: 91- 320 28 51. Utrecht (Países Bajos), del 16 al 20 de septiembre de 1995

**CONGRESO SOBRE "LA PSIQUIATRÍA EN LA DÉCADA
DEL CEREBRO"**

Organización: Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP).

Secretaría: Proconsur, S.A. Edif. Capitolio. Av. San Francisco Javier, 15 4º; 41018 Sevilla. Tel. 95- 492 27 55. Fax: 95- 492 30 15. Sevilla, del 24 al 28 de octubre de 1995

**IV CONGRESO ESTATAL: "LA INFANCIA
MALTRATADA"**

Información: Távora Viajes y Congresos. C/ Zaragoza, 1; 41004 Sevilla. Tel. 95- 422 61 60. Fax: 95- 422 80 70. Sevilla, del 8 al 11 de noviembre de 1995

**VI JORNADAS INTERNACIONALES SOBRE SÍNDROME
DE DOWN**

Organización e información: Fundació Catalana Síndrome de Down. València, 231, 4º 4ª; 08007 Barcelona. Tel. 93- 215 74 23. Fax. 93-215 76 99.

Barcelona, del 15 al 27 de noviembre de 1995

**JORNADAS DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE. EVALUACIÓN Y DIAGNOSIS EN
PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Organiza: Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Información y secretaría: TILISA. Londres, 17; 28008 Madrid. Tel. 91-361 26 00. Fax. 91-355 92 08

Madrid, del 24 al 25 de noviembre de 1995

V CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE AUTISMO

Organiza: Asociación Internacional Autismo-Europa.

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

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

Barcelona, del 3 al 5 de mayo de 1996



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

famix



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

ferring