

AÑO 1992  
N.º 3

# REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

---

## PRESIDENTES DE HONOR

J. Córdoba †  
J. de Moragas †  
A. Serrate †  
L. Folch  
C. Vázquez †  
F. J. Mendiguchía  
M. de Linares Pezzi  
V. López-Camós Ibor

## JUNTA DIRECTIVA

*Presidente:* Josep Rom Font  
*Vice-Presidente:* M.<sup>a</sup> Jesús Mardomingo Sanz  
*Secretario:* Xabier Gastaminza Pérez  
*Tesorero:* Prudencio Rodríguez Ramos  
*Vocal:* Antonina Bonals Pi

## CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

A. Adalid Ripollés  
F. Alonso Fernández  
F. Angulo García  
E. Baca Baldomero  
M. C. Ballesteros Alcalde  
C. Ballús Pascual  
D. Barcia Salorio  
F. Cabaleiro  
S. Cervera Enguix  
V. Conde López  
V. Corcés Pando  
J. Corominas  
J. M. Costa Molinari

E. Doménech Llavería  
C. Esquete López-Ucero  
A. Fernández Moreno  
L. Folch Camarasa  
E. Garralda Hualde  
J. Guimón Ugarteche  
R. Jiménez González  
M. Linares Pezzi  
V. López-Camós Ibor  
J. J. López Ibor Aliño  
A. Martínez Valverde  
F. Mayor Zaragoza  
F. Mendiguchía Quijada

A. Monsell Atienza  
G. Morandé  
R. Nogueira Rodríguez  
I. Pascual Castroviejo  
J. L. Pedreira Massa  
L. Pelaz Lorenzo  
A. Polaino Llorente  
J. Rodríguez Sacristán  
A. Seva Díaz  
J. Toro Trallero  
M. Velilla Picazo

## COMITÉ DE REDACCIÓN

*Director:* J. E. de la Fuente Sánchez  
*Asesoría de Dirección:* Valentín J. M.<sup>a</sup> Conde López  
*Secretaría:* J. M.<sup>a</sup> Illa Taulats  
*Vocales:* J. L. Alcázar Fernández  
R. Ferrer Gelabert  
X. Gastaminza Pérez  
C. Gómez-Ferrer Górriz  
F. León Ramos  
C. Linares Von Schmitterlow  
R. Martínez Figuerero  
P. Rodríguez Ramos  
J. M. Romacho Romero  
L. Sordo Sordo  
L. Teixidó Masip

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Dr. J. M.<sup>a</sup> ILLA  
C/ Roger de Flor, 32, ppal.  
08018 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.
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 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 Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios, pudiendo contener 1 o 2 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 5 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 romanos 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 Sociedad serán 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 7 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 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 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 11) La Sección de actos societarios podrán 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.

# Sumario

<b>Comentario breve: Trastorno hiperactivo asociado a retraso mental y movimientos estereotipados</b> .....	148
<i>M<sup>a</sup> L. Teixidó Masip</i>	
<b>La adquisición del rol sexual en niños de 9 a 11 años con la edad y el sexo</b> .....	152
<i>L. Maestro Perdices; A.C. de Pablo Elvira; I. Campos Aguar</i>	
<b>Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil en Huesca</b> .....	158
<i>V.J. Romero Garcés; E. Bara García; A. Arilla Aguilera; A. González Uriarte</i>	
<b>Prospectiva evolutiva longitudinal a largo plazo en psiquiatría infanto-juvenil</b> .....	162
<i>A. Bonals Pi; J.M. Velilla Picazo; J.A. Merino Montesa; P. Miravete Fuertes; C. Soro Abardía</i>	
<b>Ajuste emocional de los niños al divorcio</b> .....	173
<i>G. Pons-Salvador; M.V. del Barrio</i>	
<b>Afectación de la dinámica familiar en los niños tutelados</b> .....	179
<i>M. Valencia; A.J. Torres; A. Vazquez; M.D. Domínguez</i>	
<b>Sintomatología depresiva y dimensiones de la personalidad en una muestra de adolescentes</b> .....	184
<i>J. Canals Sans, I. Farré Vega; J. Fernández Ballart</i>	
<b>Las neurosis obsesivas en la infancia</b> .....	191
<i>J.L. Jiménez Hernández; A. Oteiza Motrico; P. López Peña</i>	
<b>Lugar de control y actitudes y conocimientos entre los medicamentos: ¿Interdependencia de dos variables en la salud infantil?</b> .....	196
<i>P. Aramburuzabala Higuera; A. Polaino-Lorente</i>	
<b>Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida</b> .....	207
<i>C. Tello Casany</i>	
<b>Caso clínico</b> .....	213
<i>F. León Ramos; M. Serrat Francesch</i>	
<b>Reseñas terapéuticas</b> .....	215
<b>Agenda</b> .....	216

## Comentario breve

# Trastorno hiperactivo asociado a retraso mental y movimientos estereotipados

M<sup>a</sup> L. Teixidó Masip

Barcelona

La descripción de este cuadro clínico la encontramos en el proyecto del ICD 10 (Clasificación de la OMS). Teniendo en cuenta que es la primera vez que esta entidad aparece en una clasificación oficial de enfermedades infantiles, creemos conveniente hacer un breve repaso de sus criterios diagnósticos y de los posibles diagnósticos diferenciales.

El TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO A RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS es un trastorno mal definido, de validez nosológica incierta, que se incluye debido a que:

—Son niños que presentando un Retraso Mental Grave (CI50) cursan con Hiperactividad, Alteración de la Atención y frecuentemente Estereotipias.

—No suelen beneficiarse de la terapéutica farmacológica con noo-analépticos, a diferencia de los de CI normal, presentando disforias graves al administrarse psicoestimulantes.

—En la Adolescencia, la hiperactividad se sustituye por hipoactividad; sustitución que es

inusual en los niños hiperquinéticos con cocientes intelectuales normales.

—Suele asociarse a diversos Retardos Evolutivos, específicos y global.

—Se desconoce si la Alteración del Comportamiento depende del CI bajo o del daño cerebral orgánico.

### *Criterios diagnósticos*

—Asociación de Hiperactividad intensa con Estereotipias motoras y Retraso mental grave. Los tres síntomas son indispensables para realizar el diagnóstico.

—Si se reúnen criterios para Autismo Infantil, Autismo Atípico o Síndrome de Rett, aquel estado se diagnostica en su lugar.

Los Criterios, según el ICD 10, para el Autismo Infantil, Autismo Atípico y Síndrome de Rett son los siguientes.

### **AUTISMO INFANTIL**

Se define por un desarrollo anormal o deteriorado, manifiesto antes de los tres años de edad, en las tres áreas de interacción: social, comunicación y comportamiento restringido y repetitivo.

Hospital Materno-Infantil Vall D'Hebron. Unidad de Psiquiatría. Departamento de Farmacología y Psiquiatría. UAB Barcelona.

Es más frecuente en los varones que en las hembras, proporción 3-4/1.

#### *Criterios diagnósticos*

—No hay periodo previo de desarrollo normal. Si está presente, no va más allá de los tres años.

—Siempre existe Alteración en la Interacción Social, en forma de apreciación inadecuada de la señal socioemocional con falta de respuesta a las emociones de los demás y falta de modulación comportamental en relación con el contexto social. Pobre utilización de las señales sociales y débil integración de comportamientos sociales, emocionales y comunicativos.

Especialmente una falta de reciprocidad socioemocional.

—Alteración Cualitativa de la Comunicación: no uso social del lenguaje; alteración en el juego imitativo del «como si»; mala sincronía y reciprocidad en el intercambio de conversación; difícil flexibilidad en la expresión del lenguaje con falta relativa de creatividad y fantasía; no respuesta emocional a proposiciones verbales, y no verbales, de otras personas; uso alterado de la cadencia y el énfasis para reflejar la comunicación, con ausencia de gestos acompañantes que den énfasis al significado comunicativo.

—Patrones de comportamiento con Intereses y Actividades Restringidos, Repetitivos y Estereotipados, que toman la forma de rigidez y rutina impuesta en la vida cotidiana, siendo más evidente en las actividades nuevas, hábitos familiares y de juego.

—En la temprana infancia, puede haber, Apego específico a objetos inusitados.

—Insisten en Rutinas y Rituales como: preocupaciones estereotipadas (fechas, rutas u horarios), estereotipias motoras, interés por elementos no-funcionales de objetos (olor, tacto), resistencia a cambiar los detalles del entorno (decoración, muebles, etc.).

—Es frecuente observar otros síntomas inespecíficos como miedo/fobias, trastornos del sueño y de la alimentación, rabieta y agresiones; la autoagresión (mordedura de muñecas) es común, más si hay retraso mental grave asociado.

—A la mayoría les falta espontaneidad e iniciativa en la organización de su tiempo libre y tienen dificultad para conceptualizar sus realizaciones.

—La anomalía está ya en los tres primeros años, para el diagnóstico, pero el síndrome se puede diagnosticar en todas las edades.

—La manifestación de los déficits típicos cambia a medida que los niños se van haciendo mayores, persistiendo en la edad adulta los problemas de sociabilidad y comunicación.

—Coexiste un Retraso Mental significativo en tres de cada cuatro de los casos.

#### *Diagnóstico diferencial*

—Otras variables de Trastorno Profundo del Desarrollo.

—Trastorno Específico del Desarrollo del Lenguaje Receptivo, con problemas socio-emocionales secundarios.

—Trastorno de Vinculación Reactivo o tipo de desinhibición.

—Deficiencia Mental con algún trastorno emocional/comportamental asociado.

—Esquizofrenia de inicio inusualmente temprano.

—Síndrome de Rett.

### **AUTISMO ATÍPICO**

Trastorno Profundo del Desarrollo que difiere del autismo infantil en la edad de inicio o por no reunir todos los criterios diagnósticos.

Con o sin desarrollo anormal, aparece por primera vez después de los tres años de edad.

Cursa con falta de anormalidad demostrable en una o dos de las tres áreas psicopatológicas requeridas para el autismo infantil (alteración en la interacción social recíproca, comunicación y comportamiento restringido-estereotipias), a pesar de presentar anomalías características en otras áreas, que surgen más en individuos con retraso mental cuyo bajo funcionamiento impide la distorsión específica para el diagnóstico de autismo. También ocurre igual en los trastornos específicos del desarrollo grave del lenguaje receptivo, que pre-

sentan síntomas sociales, emocionales y comportamentales.

El Autismo Atípico constituye, por ello, una entidad significativa e independiente del autismo infantil.

Deberíamos incluir:

- Retraso Mental con Rasgos Autistas.
- Psicosis Infantil Atípica.

## SÍNDROME DE RETT

Es una entidad clínica que solo se observa en niñas; sin causa conocida pero con un inicio, curso y patrón clínico específico.

Tras un desarrollo normal o casi normal, suele iniciarse el cuadro entre los siete y veinticuatro meses de edad, apareciendo una pérdida parcial o completa de las capacidades adquiridas de manos y del habla con déficit del crecimiento craneal. Pérdida del movimiento intencional de la mano con estereotipias de retorcerlas e hiperpnea. El desarrollo social y lúdico se detiene en los dos-tres años, aunque el interés social tiende a mantenerse. Posteriormente se desarrolla una ataxia y apraxia troncular con escoliosis, asociándose a veces movimientos coreoatetósicos. Progresivamente se va produciendo un impedimento mental grave, y muy frecuentemente se asocian ataques durante la infancia.

### *Criterios diagnósticos*

-Inicio entre los siete y veinticuatro meses de edad.

-El rasgo más patognomónico es la pérdida de intencionalidad en los movimientos manuales y de la capacidad manipulativa de motricidad fina.

-Pérdida parcial o falta de desarrollo del lenguaje.

-Movimientos estereotipados de retorcerse o de «lavarse» las manos, con los brazos flexionados frente al tronco o mentón.

-Mojarse las manos con saliva estereotipadamente.

-Ausencia de masticación adecuada de los alimentos.

-Frecuentes episodios de hiperpnea.

-Fracaso en el control intestinal y vesical.

-Frecuente babeo y protusión lingual.

-Pérdida de relación social, conservando típicamente una «sonrisa social», mirando «a través» de la gente, sin interactuar socialmente con ellos.

-La base de implantación postural y del caminar se amplian, los músculos están hipotónicos y los movimientos tronculares mal coordinados. Aparecen a menudo escoliosis y cifoescoliosis. En la adolescencia, en la mitad de los casos, hay atrofia espinal con discapacidades motoras graves. Posteriormente se instaura una espasticidad rígida, más pronunciada en los miembros inferiores que en los superiores.

-Aparecen, en la mayoría, crisis epilépticas desde antes de los ocho años.

-En contraste con el autismo infantil, tanto la autoagresión como las estereotipias complejas son raras.

### *Diagnóstico diferencial*

El Síndrome de Rett se diferencia de los restantes cuadros por la falta de movimientos intencionales de la mano, la desaceleración del crecimiento cefálico, ataxia, movimientos estereotipados de «lavarse las manos» y la falta de masticación adecuada. El curso de deterioro motor progresivo confirma el diagnóstico.

## TRASTORNO DE VINCULACIÓN EN LA INFANCIA, TIPO DESINHIBIDO

Aunque no se incluya en el diagnóstico diferencial dentro de los criterios del proyecto del ICD 10, en la práctica clínica hallamos este cuadro que puede recordar esta mal definida entidad de la que tratamos en el presente artículo, planteándose dudas diagnósticas que suelen desvanecerse por los datos anamnésicos referidos al medio ambiente en que se desarrolla el niño.

El síndrome se presenta en niños de instituciones o en otras situaciones, y se establecería por un fracaso en el desarrollo de la vincula-

ción selectiva, por cambios frecuentes de cuidador. Hacia los dos años de edad se ha establecido una conducta de apego difusa, no selectiva, que persiste a los cuatro años con un comportamiento seductor. En la infancia predominan las vinculaciones selectivas con conducta seductora e interacción pobre con sus compañeros. Puede asociarse a alteración emocional y conductual.

La unidad depende del inicio temprano de la vinculación difusa, de la interacción social pobre sostenida y de la falta de especificidad situacional.

#### *Criterios diagnósticos*

–Niño/a con vinculación difusa en los cinco primeros años.

–Con conducta de seducción en su infancia temprana y media.

–Dificultad en Intimar con los compañeros.

–Alteración Emocional o Comportamental asociada.

–Primeros años marcados por Cambios Múltiples de emplazamientos o cuidadores.

–Se debe incluir, pues, el Síndrome Institucional y la Psicopatología Disafectiva.

#### *Diagnóstico diferencial*

–Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

–Trastorno Reactivo de Dependencia o Apego en la infancia.

–Síndrome de Asperger.

–Hospitalismo.

Aunque en este Trastorno de vinculación en la infancia no se habla de retraso mental, hiperactividad y estereotipias, ya que no son los síntomas patognomónicos, no es infrecuente encontrarlos con pacientes que reúnen los criterios para poderlos incluir dentro de esta entidad, planteándonos dificultades para poder definir el CI, en general bajo, presentando además estereotipias e hiperactividad asociadas.

Si bien es verdad que son escasos, en número, los niños/as que pueden ser incluidos dentro del diagnóstico de «TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO A RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS», suelen ser enfermos de difícil diagnóstico.

Durante los veinticinco años de existencia de la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital Infantil de la Vall d'Hebron, hemos encontrado trece enfermos que pueden encajar en este cuadro, por otra parte únicamente descriptivo y que a medida que se progresa en la investigación etiológica de los trastornos profundos del desarrollo, posiblemente comprobaremos que se trata de un continuum, y que las manifestaciones clínicas están diferenciadas en función del predominio de unos síntomas sobre otros, estando posiblemente en relación con el inicio más o menos precoz del proceso y/o de las estructuras cerebrales afectadas.

# La adquisición de rol sexual en niños de 9 a 11 años

L. Maestro Perdices; A.C. de Pablo Elvira; I. Campos Aguar

Zaragoza

## RESUMEN

La presente comunicación tiene por objeto mostrar los resultados de un estudio realizado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil «Fernando el Católico» sobre la adquisición del rol sexual en niños de nueve a once años de edad.

Normalmente se ha considerado que existe un rol social masculino y un rol social femenino que se adquiere a través de un proceso de socialización que presiona al niño para que, antes incluso de llegar a la adolescencia, se adapte al papel propio de su sexo.

En la actualidad, el cambio social que estamos viviendo parece respaldar un acercamiento de estos roles sociales: se considera la posibilidad de que un mismo individuo presente rasgos masculinos y rasgos femeninos simultáneamente.

Con el fin de constatar esta tendencia construimos un cuestionario sobre la adquisición del rol sexual, formado por 16 ítems referentes a conductas y actitudes que típicamente diferencian sexo masculino y femenino. El cuestionario fue contestado por los niños y niñas de nueve a once años que acudieron a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil durante el primer trimestre del presente año.

Los resultados indican que, si bien en ciertos aspectos las diferencias chicos-chicas siguen siendo claras, existe una apertura por parte de los niños hacia conductas «femeni-

nas» y una ligera «masculinización» del rol femenino.

**Palabras clave:** Rol sexual. Proceso de socialización. Rol social masculino-femenino.

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente ha habido un rol sexual femenino y un rol sexual masculino según los cuales se espera que las mujeres sean personas bondadosas, sociales, afectivas, que inhiben la agresión, que les gusta el hogar y desean llegar a ser esposas y madres. De los hombres, en cambio, se espera que sean más agresivos, exitosos, independientes, fríos y que se dediquen a trabajar para mantener a la esposa e hijos.

Estos papeles estereotipados se aprenden a edad muy temprana a través de un proceso de socialización que presiona al niño para que, antes incluso de llegar a la adolescencia, se adapte al rol social propio de su sexo.

A través de las diversas etapas del desarrollo los padres, los compañeros y la sociedad refuerzan al niño mediante su aprobación y aceptación para que se comporte de una determinada manera. El *aprendizaje por modelado social* juega un papel importante en la adquisición de estos roles.

En el presente trabajo tratamos de investigar sobre el estereotipo del rol sexual, para lo cual hemos listado conjuntos de rasgos que se consideran diferentes entre hombres y mujeres. Se

trata de indagar si los niños/as están actuando, de hecho, de forma coherente a las expectativas de su rol en distintas áreas de su vida: juegos, preferencias, gustos, metas profesionales, actitudes...

## ASPECTOS TEÓRICOS

Definimos *rol* como la expectativa de los otros ante la conducta de un sujeto situado en una determinada posición del sistema social. De modo inmediato aparece la cuestión de la efectiva realización por parte del individuo de esa expectativa a través de su conducta social. En ambos niveles, en la pura expectativa y en su realización, intervienen variables sociales: en el primer caso, mediante las normas y valores que señalan con perfiles más o menos nítidos la estructuración del rol a desempeñar; en el segundo, a través del control social, sancionando la adecuación del comportamiento del individuo a dicha expectativa.

Cabe considerar, además, el nivel específicamente psicológico, la existencia de variables intermedias para completar el proceso de adquisición de rol; la específica concepción y aceptación del propio rol en función de los intereses, actitudes...

¿Cómo se adquieren los roles? Los roles se adquieren a través del *proceso de socialización*, durante el cual el ser humano aprende a interiorizar los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir.

La socialización implica un cierto grado de conformidad, de aceptación obligada y acrítica de las premisas que rigen la interacción social en un contexto específico. La cultura en la que un niño nace determina tanto el contenido como los métodos de socialización.

Hablamos de *rol sexual* cuando hacemos referencia al papel social asociado a un género biológico determinado, es decir, a la existencia de normas y valores que proveen a los valores y hembras de pautas de conducta diferentes. El rol sexual individual es el más destacado de

cuantos roles sociales desempeña una persona porque abarca casi todas las áreas de la vida de una persona.

Existen un rol masculino y un rol femenino que se consideran complementarios: *la masculinidad* incluye rasgos orientados a la solución de problemas, a un interés instrumental o práctico y a la realización de tareas; *la feminidad*, por el contrario, viene asociada a expresividad, preocupación afectiva y sociabilidad. Durante muchos años la idea de que masculinidad y feminidad constituían los dos extremos de un continuo ha sido aceptada por la mayoría de las personas: los hombres tienen sus roles y las mujeres los suyos. Los niños aprenden con toda naturalidad a hacer lo que hacen sus padres y, de esta manera, se perpetúa el modelo a lo largo de las generaciones.

Si bien algunos investigadores afirman que hombres y mujeres se diferencian en ciertas actitudes y aptitudes a causa de sus diferencias biológicas, la mayoría de las pruebas no apoyan esta interpretación sino que favorecen la hipótesis de que los niños y las niñas se socializan de forma diferente y actúan de manera distinta porque así se les ha enseñado a hacerlo.

La *teoría del Aprendizaje social* es, probablemente, la más viable para explicar la adquisición del rol sexual. Aunque algún aspecto del papel pueda aprenderse a través de refuerzos directos, el modelado o la imitación constituyen el mecanismo básico de aprendizaje. Los niños aprenden las conductas propias de su rol observando la actuación de las demás personas y cómo éstas son o no reforzadas por ello (refuerzos vicarios).

Si esta teoría es correcta, puede esperarse que el cambio que actualmente experimenta la sociedad (mujeres realizando tareas típicamente «masculinas» y viceversa) cambie también la socialización de los niños/as que están adquiriendo esas pautas de conducta. Se trata del fenómeno del *pluralismo del papel sexual*: es un modelo de relaciones de los papeles sexuales en el que cada papel conserva sus valores y normas fundamentales pero incorpora elementos del otro. Si los niños y niñas aprenden según las leyes del aprendizaje social es posi-

ble que a la edad a la que nos referimos en el presente trabajo, se refleje ya este cambio respecto a los roles sexuales tradicionales.

## HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Los juegos de los niños están más orientados a la actividad física y al deporte que los juegos de las niñas.

2. Los niños prefieren series de TV, películas y cómics de aventuras y acción. Las niñas prefieren temáticas románticas y no violentas.

3. No existen diferencias significativas en el nivel de aspiración profesional en niños y niñas.

4. Existe, en ambos sexos, una clara aceptación del propio papel sexual y una identificación positiva con la figura paterna del mismo sexo.

5. Los niños se muestran más abiertos a la realización de tareas típicamente «femeninas»: la educación de los hijos y los quehaceres domésticos.

6. Las niñas se autoperciben más nerviosas, sensibles y amables; los niños se autoperciben como fuertes, agresivos y atrevidos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Descripción de la muestra

–Número total: 56

Número de niños: 34 = 60,71%.

Número de niñas: 22 = 39,29%.

### Descripción por edades:

–Niños/as de 9 años: 24 (42,8%): Niños: 14 (41,6%); Niñas: 10 (56,4%).

–Niños/as de 10 años: 14 (25%): Niños: 10 (71,5%); Niñas: 4 (28,5%).

–Niños/as de 11 años: 18 (32,2%): Niños: 10 (44,5%); Niñas: 8 (55,5%).

**Niñas:** 9 años: 10 (45,5%); 10 años: 4 (18,2%); 11 años: 8 (36,3%).

**Niños:** 9 años: 14 (41%); 10 años (29,5%); 11 años: 10 (29,5%).

La muestra está constituida por los pacientes de 9-10 y 11 años que acudieron a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil «Fernando el Católico» durante el primer trimestre de 1992.

Los sujetos contestaron a la encuesta realiza-

da verbalmente por la enfermera de la Unidad, de forma individual y siempre que el niño/a había venido a la consulta, al menos, tres veces.

La encuesta fue construida por los autores del trabajo y está constituida por 16 ítems que se distribuyen de la siguiente manera:

–3 ítems sobre actividades (1, 6, 15).

–6 ítems sobre preferencias/gustos (2, 3, 4, 5, 12, 14).

–2 ítems sobre actitud frente a tareas típicamente femeninas (9, 13).

–2 ítems sobre aceptación del propio rol e identificación con el padre del mismo sexo (8, 11).

–1 ítem sobre expectativa laboral (7).

–1 ítem sobre autopercepción (16).

–1 ítem sobre imagen exterior (10).

–10 ítems de respuesta única (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14).

–6 ítems que admiten distintas opciones en una respuesta (1, 6, 12, 13, 15, 16).

Somos conscientes del sesgo que plantea un trabajo cuya muestra ha sido extraída del colectivo de pacientes de una Unidad de Salud Mental.

Los resultados de este estudio son exclusivamente descriptivos y ubicados en las condiciones descritas, por ello no es factible extrapolar las conclusiones fuera de ellas.

### Anexo 1: Cuestionario sobre adquisición de rol sexual

1. En la hora del recreo ¿a qué juegas?
2. ¿Qué serie de televisión te gusta más?
3. ¿Cuál es tu actriz preferida? ¿Por qué?
4. ¿Cuál es tu actor preferido? ¿Por qué?
5. De todos los cómics que conoces ¿cuál lees más a menudo?
6. ¿Qué juegos te gustan más?
7. ¿Qué quieres ser de mayor?
8. (Chico) ¿Si volvieras a nacer te hubiera gustado ser una chica? ¿Por qué?  
(Chica) ¿Si volvieras a nacer te hubiera gustado ser un chico? ¿Por qué?
9. ¿Quién crees que debe encargarse de la educación de los hijos, el padre o la madre?
10. ¿Qué ropa llevas puesta en este momento?
11. (Chico) ¿De mayor quieres ser como tu padre?

(Chica) ¿De mayor quieres ser como tu madre?

12. ¿Qué asignatura te gusta más?

13. ¿Si tuvieras que quedarte a cargo de tu casa porque tus padres están ausentes, de que tareas te gustaría encargarte?

14. ¿Cuál es la película que más te ha gustado últimamente?

15. ¿Qué haces en tu tiempo libre?

16. De todos estos adjetivos señala cuál o cuáles se adecua más a cómo eres tú:

- Obediente
- Fuerte
- Amable
- Simpático/a
- Agresivo/a
- Nervioso/a
- Hábil
- Atrevido/a
- Sensible

## RESULTADOS

### Pregunta nº 1

*Chicos:*

Juegan durante el recreo a algún tipo de actividad física	34	100%
Juegan a algún tipo de deporte	26	76%
Juegan a actividad física no deporte	8	24%

*Chicas:*

Juegan a algún tipo de actividad física	22	100%
Juegan a algún deporte	12	27%
Juegan a actividad física no deporte	16	73%

### Pregunta nº 2

*Chicos:*

Prefieren series con temas deportivos o de agresión («Campeones», «Caballeros del Zodiaco»...)	14	41%
Series cómicas	8	24%
Series «blandas» («Sensación de vivir», «Lassie»)	12	35%
Series románticas	0	0%

*Chicas:*

Prefieren series con temas deportivos o de agresión	0%	
Series cómicas	6	27%
Series «blandas»	12	55%
Series románticas	4	18%

### Pregunta nº 3/4

*Chicos:*

El actor preferido es el prototipo de hombre «duro» (Stallone, Swarzenager...)	16	47%
Su actor preferido es el prototipo de hombre «blando» (Emilio Aragón...)	14	41%

NS/NC

4 12%

*Chicas:*

Su actriz preferida es el prototipo de mujer objeto (Mama-Chico, Julia Roberts...)	8	37%
Mujer tradicional	4	27%
Mujer independiente	6	18%

### Pregunta nº 6

*Chicos:*

Los juegos de mesa son los que más le gustan	12	35%
Juego de acción no deporte (correr, saltar...)	6	18%
Deporte	16	47%

*Chicas:*

Los juegos de mesa son los que más le gustan	8	36%
Juegos de acción no deporte	10	46%
Deporte	4	18%

### Pregunta nº 7

*Chicos:*

Desean estudiar una carrera superior	10	29%
Desean ser deportistas profesionales	12	35%
Desean ejercer un oficio	6	18%
Desean ser policía	4	12%
NS/NC	2	6%

*Chicas:*

Desean estudiar una carrera superior	10	46%
Desean estudiar una carrera media	6	27%
Desean ejercer algún oficio	4	18%
NS/NC	1	9%

### Pregunta nº 8

*Chicos:*

No les hubiera gustado nacer chica	26	76%
Sí les hubiera gustado nacer chica	4	12%
NS/NC	4	12%

*Chicas:*

No les hubiera gustado nacer chico	18	82%
Sí les hubiera gustado nacer chico	2	9%
NS/NC	2	9%

### Pregunta nº 9

*Chicos:*

Creen que el padre debería encargarse de la educación de los hijos	6	18%
Debería encargarse la madre	8	23%
Deberían encargarse los dos	20	59%

*Chicas:*

Creen que el padre debería encargarse de la educación de los hijos	0	0%
Debería encargarse la madre	10	45%
Deberían encargarse los dos	12	55%

### Pregunta nº 10

*Chicos:*

Vienen vestidos con chándal	18	53%
-----------------------------	----	-----

Vienen vestidos con pantalón y jersey	16	47%
<i>Chicas:</i>		
Vienen vestidas con chándal	4	18%
Vienen vestidas con pantalón y jersey	8	37%
Con mallas y jersey	6	27%
Con falda y jersey	4	18%

**Pregunta nº 11**

<i>Chicos:</i>		
Desean parecerse al padre	16	47%
No desean parecerse al padre	18	53%

<i>Chicas:</i>		
Desean parecerse a la madre	12	55%
No desean parecerse a la madre	10	45%

<i>Total:</i>		
Desean parecerse al padre del mismo sexo	28	50%
No desean parecerse al padre del mismo sexo	28	50%

**Pregunta nº 12**

<i>Chicos:</i>		
Prefieren las asignaturas de ciencias (matemáticas, natural, social...)	24	71%
Prefieren las asignaturas de letras (lengua, idioma, ed. artística-plástica)	6	18%
Prefieren gimnasia	4	11%

<i>Chicas:</i>		
Prefieren asignaturas de ciencias	12	55%
Prefieren asignaturas de letras	8	36%
Prefieren gimnasia	2	9%

**Pregunta nº 13**

<i>Chicos:</i>		
Le gustaría encargarse de cocinar	14	41%
De limpiar/fregar	14	41%
De hacer las camas	2	6%
De cuidar los animales	2	6%
De nada	2	6%

<i>Chicas:</i>		
Les gustaría encargarse de cocinar	10	46%
De fregar/limpiar	10	46%
De hacer las camas	2	8%

**Pregunta nº 14**

<i>Chicos:</i>		
Prefieren las películas «blandas» (E.T...)	8	24%
Prefieren películas de aventuras (Batman...)	18	53%
Prefieren las películas de risa	6	18%
NS/NC	2	5%

<i>Chicas:</i>		
Prefieren películas «blandas» (Grease...)	10	46%
Prefieren películas de aventura	2	9%
Prefieren películas de risa	8	36%

NS/NC	2	9%
-------	---	----

**Pregunta nº 15**

<i>Chicos:</i>		
En su tiempo libre realizan actividades físicas o deportivas	4	12%
Realizan actividades intelectuales (leer, estudiar...)	8	24%
Realizan actividades no físicas (ver la TV...)	22	65%

<i>Chicas:</i>		
Realizan actividades físicas	0	0%
Realizan actividades intelectuales	0	0%
Realizan actividades no físicas (juegos de mesa, ver TV...)	22	100%

**Pregunta nº 16**

<i>Chicos:</i>		
Se autoperciben como nerviosos/hábiles	14	41%
Fuertes o agresivos	16	47%
Simpáticos	20	59%
Sensibles	4	12%
Atrevidos	16	47%
Obedientes	8	24%

<i>Chicas:</i>		
Se autoperciben como nerviosas	20	91%
Fuertes o agresivas	10	46%
Simpáticas/atrevidas	12	54%
Sensibles	4	18%
Obedientes	8	36%
Hábil	6	27%

**CONCLUSIONES**

Después de analizar los resultados de la encuesta realizamos un estudio comparativo entre las respuestas de los niños y las respuestas de las niñas.

En referencia a las hipótesis planteadas podemos concluir:

- Tanto los niños como las niñas incluyen la actividad física en sus juegos durante el recreo del colegio, pero esta actividad es deportiva en el 76% de los niños y sólo representa el 27% en las niñas. Estas ocupan ese espacio en jugar a: pillar, saltar, correr...

Al preguntar por el juego preferido, el 47% de los niños nombra algún deporte frente al 18% de las niñas. Ambos grupos aprecian en similar medida los juegos de mesa. Las niñas prefieren los juegos de acción que no son deporte (correr, escondite...).

Contrariamente a lo esperado el 65% de los niños ocupan su tiempo libre en actividades que no implican ejercicio físico, como ver la tele o jugar al ordenador; el 12% juega a algún deporte y el 24% se dedica a algún tipo de actividad intelectual (leer o estudiar...).

En las niñas, el 100% ocupa la mayor parte de su tiempo libre en actividades que no implican ejercicio físico ni intelectual, como: jugar a muñecas, ver televisión...

—En cuanto a la 2ª hipótesis parece comprobarse un gusto por parte de los niños, hacia las temáticas agresivas o deportivas al elegir su serie de TV preferida (41%). Las niñas prefieren series «blandas» (55%). Con todo, hay un porcentaje de niños (35%) que eligen también series con temas más «femeninos»: «Sensación de vivir», «Lassie»... De las niñas, ninguna desea ver series agresivas o deportivas.

En cuanto a películas, el porcentaje más alto de niños (53%) prefieren películas de aventuras y las niñas películas románticas.

No hay diferencias significativas en el tipo de hombre o mujer que constituyen los ídolos de los niños/as. Aproximadamente, la mitad de los niños admiran al tipo «duro» y la otra mitad al tipo «blando» de hombre. Las niñas, parte admira al prototipo de mujer «objeto» (36%) y el resto a mujeres tradicionales o independientes.

En asignaturas, los gustos de los chicos se inclina más hacia las materias de Ciencias (71%) y las niñas también pero en menos porcentaje (55%).

En resumen, la diferencia de preferencias en series de TV y películas queda constatada. No así en actor/actriz admirada, ni en asignaturas preferidas.

—En cuanto al nivel de aspiración profesional, es notable el alto porcentaje de niñas que desearía realizar una carrera superior (46%). En los niños, sin embargo, el porcentaje mayor es el que se refiere al deseo de ser deportista profesional (35%) seguido del de carrera superior. Los oficios elegidos vienen claramente diferenciados en niños/as. Los niños eligen oficios como fontanero, camionero o pintor... mientras que las niñas prefieren ser peluqueras o profesoras.

—La mayoría de los sujetos no hubieran preferido nacer con el sexo contrario (76% chicos y 82% chicas), pero no hay una unánime identificación con la figura paterna del mismo sexo: el 50% de los niños/as no desean parecerse a ella. La hipótesis número 4 queda confirmada solo en el primer aspecto.

—Ante la pregunta de quién debe encargarse de la educación de los hijos llama la atención las respuestas de las niñas: ninguna considera al padre responsable único de esta tarea, frente al 18% de los niños que sí lo considera. En ambos grupos, algo más de la mitad de los sujetos considera que la educación es cosa de los dos padres.

Preguntando qué haría el niño/a si estuviera solo en casa existe un alto porcentaje de niños a los que no les importaría realizar actividades típicamente «femeninas» como cocinar, limpiar o hacer las camas (88%).

La hipótesis número 5 queda así confirmada.

—La verificación de la hipótesis número 6 ha dado resultados contradictorios. Por una parte, el 90% de las niñas se autoperciben como nerviosas frente al 41% de los niños. El 54% de las niñas se ve como simpática y el 63% amable. Un porcentaje muy bajo se considera sensible.

Sin embargo el porcentaje más alto en niños (70%) se da en autopercepción de amable, seguido por el de simpático. Se perciben como fuertes, atrevidos o agresivos el 47% de los niños.

En resumen, la única característica diferente entre ambos grupos existe en el adjetivo nervioso/a. La gran mayoría de las niñas se percibe como tal.

## Bibliografía

1. JIMÉNEZ BURILLO, F.: «Psicología social». Ed.: UNED, Madrid, 1987.
2. GINER, S.: «Sociología». Ed.: Ediciones Península, Barcelona, 1983.
3. ROCHER, G.: «Introducción a la sociología». Ed.: Herder, Barcelona, 1983.
4. LAMBERTH, J.: «Psicología social». Ed.: Pirámide, Madrid, 1986.
5. BANDURA, A.: «Teoría del aprendizaje social». Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1987.

# Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil en Huesca

V.J. Romero Garcés; E. Bara García; A. Arilla Aguilera; A. González Uriarte

*Huesca*

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es la descripción epidemiológica de los problemas psiquiátricos encontrados en la población menor de 16 años, que fue atendida en el Área de Salud Mental de Huesca, desde mayo de 1986 hasta mayo de 1991.

Con tal fin se revisan, de forma retrospectiva, las 250 historias clínicas extrayéndose información sobre las siguientes variables: edad, sexo, lugar de residencia, rendimiento escolar, diagnóstico DSM-III y DSM-III-R, alteraciones bioeléctricas y antecedentes familiares.

Se analizan los datos obtenidos y se comparan con estudios de similares características.

**Palabras clave:** Epidemiología. Psicopatología.

## INTRODUCCIÓN

La paidopsiquiatría, a diferencia de la psiquiatría de los adultos, tiene un origen relativamente reciente. Es en este siglo cuando se realizan los más notables esfuerzos para comprender, evaluar y tratar los trastornos de conducta de los niños, considerando a éstos como tales y no como adultos en miniatura; planteando esta diferencia problemas metodológi-

cos, como son el traslado de los diagnósticos de la psiquiatría general a la psiquiatría infantil y los métodos de evaluación, que deben estar en función del momento evolutivo del desarrollo.

Un síntoma o un comportamiento no son patológicos más que en relación al nivel de evolución, por lo que pensamos que un método estadístico que tenga en cuenta la edad, y por tanto el desarrollo, nos proporcionará una aproximación válida a la realidad psicopatológica.

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio epidemiológico retrospectivo realizado con las historias clínicas del Área de Salud Mental de Huesca, desde su inicio como centro de atención para población infantil; describiendo los problemas psiquiátricos encontrados en la población menor de 16 años.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente trabajo, se han revisado de forma retrospectiva las 250 historias clínicas abiertas en el Centro, extrayéndose información sobre las siguientes variables: Edad, sexo, lugar de residencia, rendimiento escolar, diagnóstico, alteraciones electroencefalográficas y antecedentes familiares.

La población estudiada se ha clasificado en tres intervalos de edad: de 1 a 5 años y 11 meses; de 6 a 10 años y 11 meses y de 11 a 15 años y 11 meses.

El lugar de residencia se clasificó en urbano y rural.

Los criterios diagnósticos han sido aquellos del DSM-III y DSM-III-R.

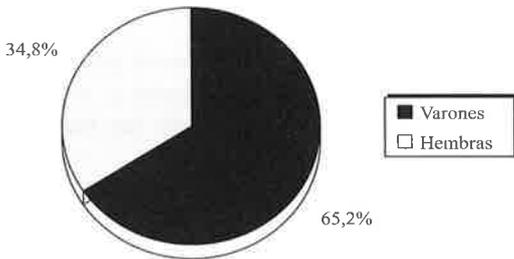
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

1º Se trata de 250 sujetos, 163 niños (65,2%) y 87 niñas (34,8%), distribuidos en tres intervalos de edad:

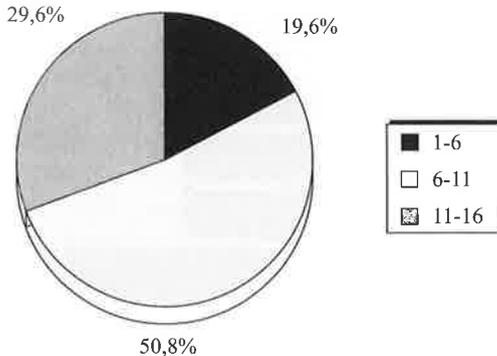
1-5 años y 11 meses: 49 casos (19,6%); 6-10 años y 11 meses: 127 (50,8%) y 11-15 años y 11 meses: 74 casos (29,6%).

2º Lugar de residencia: 44% medio rural y 56% medio urbano.

**GRÁFICO I. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS**



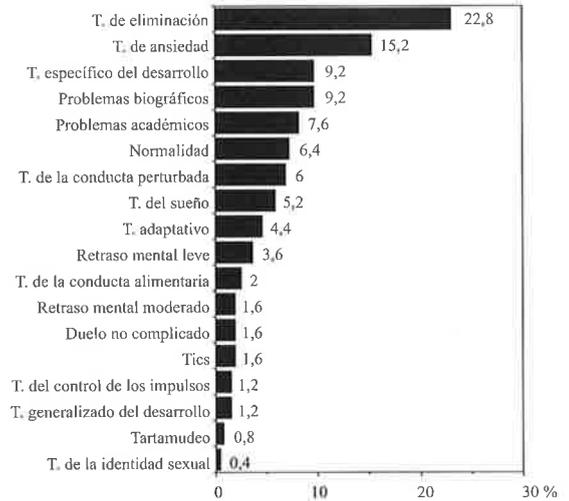
**GRÁFICO II. DISTRIBUCIÓN POR EDADES**



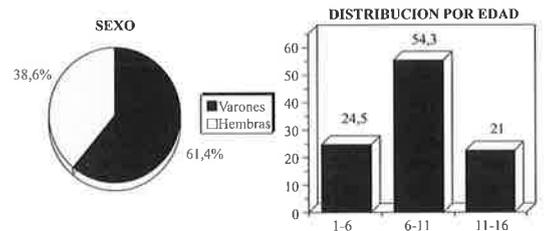
**DIAGNÓSTICOS**

Se distribuyen como aparece en el gráfico III, siendo los más frecuentes: Trastornos de eliminación 22,8%; trastornos por ansiedad 15,2%; trastorno específico del desarrollo 9,2% y problemas académicos 7,2%. Su distribución por edad y sexo se muestra en los gráficos IV, V, VI y VII.

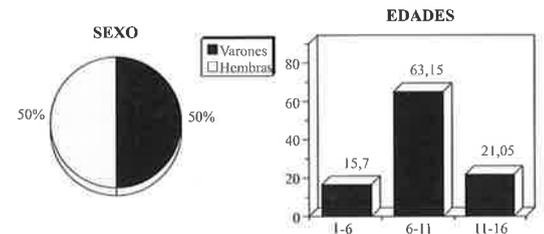
**GRÁFICO III. DIAGNÓSTICOS**



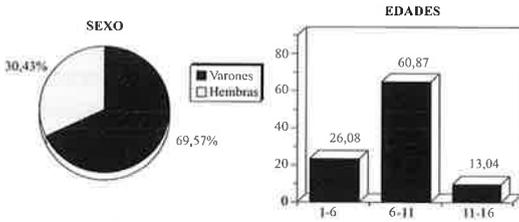
**GRÁFICO IV. TRASTORNO DE ELIMINACIÓN**



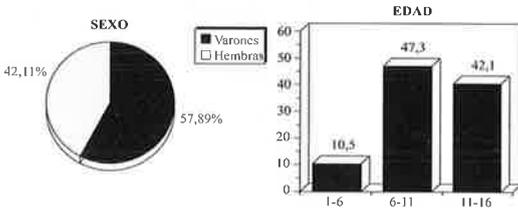
**GRÁFICO V. TRASTORNO DE ANSIEDAD**



**GRÁFICO VI. ESPECIFICO DEL DESARROLLO**



**GRÁFICO VII. PROBLEMAS ACADÉMICOS**



**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Se encuentran antecedentes psiquiátricos familiares en 108 casos, lo que representa el 43,2%; 55 en el padre, 77 casos en la madre y 24 en ambos cónyuges. La distribución por diagnósticos se muestra en el gráfico VIII, siendo la dependencia alcohólica el más frecuente en el padre y el trastorno por ansiedad el más frecuente en la madre.

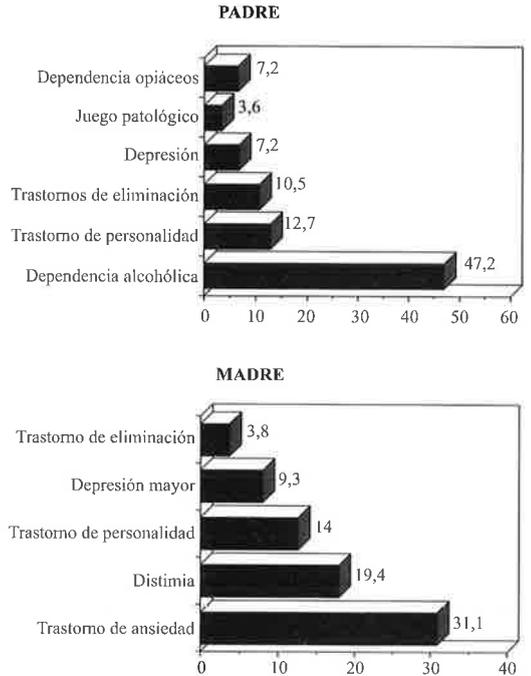
**PÉRDIDAS FAMILIARES**

Se encuentran pérdidas parentales tempranas en 20 casos, siendo los diagnósticos de estos pacientes: trastorno por ansiedad 30% y a continuación con un 15%, cada uno, aparecen duelo no complicado, problemas biográficos y alteraciones conductuales.

**ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRÁFICAS**

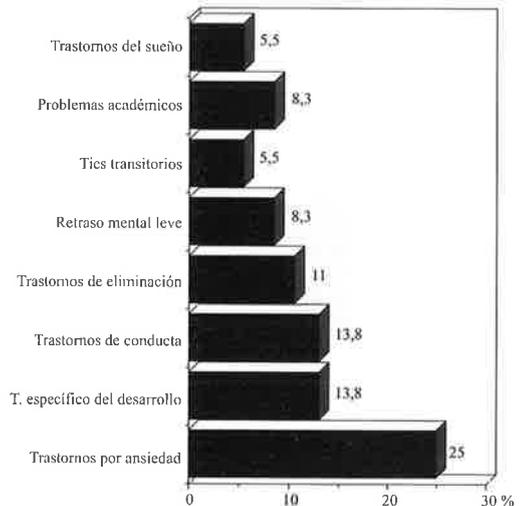
Se les practicó EEG a 100 pacientes, encontrándose alteraciones en 36, distribuyéndose

**GRÁFICO VIII. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS**



en los diagnósticos mostrados en el gráfico IX, siendo los trastornos por ansiedad y los trastornos específicos del desarrollo los más frecuentes.

**GRÁFICO IX. ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRÁFICAS**



## CONCLUSIONES

1º En nuestra población se observa un predominio claro de la proporción de varones, lo que coincide con la mayoría de los estudios epidemiológicos.

2º El lugar de procedencia dominante es el medio urbano con un 56% de los casos, solo ligeramente superior al rural, a pesar de las posibles dificultades de acceso que pudieran presentarse en este último. Lo cual interpretamos como una aproximación asistencial de la reforma psiquiátrica en el medio rural.

3º El diagnóstico más frecuente es el de trastorno de la eliminación. En coincidencia con estudios previos, encontramos los trastornos enuréticos mucho más frecuentes que la encopresis. El intervalo de edad más frecuente es el de la edad escolar, periodo en el que tiene lugar la expresión clínica de estos trastornos, disminuyendo su incidencia con el aumento de la edad.

4º El segundo diagnóstico más frecuente está constituido por los trastornos de ansiedad, que en nuestra población estudiada se distribuye de igual forma en varones y hembras, lo cual coincide con gran parte de la bibliografía consultada, aunque también se citan valores más altos en varones. La prevalencia, que parece excesiva en comparación con otros estudios, podría ocultar el diagnóstico tan controvertido de procesos depresivos, que encontramos escasamente en nuestra muestra.

5º En cuanto a los trastornos específicos del desarrollo, mencionar que son definidos como el deterioro en un área particular (cálculo, escritura, lectura, habla y lenguaje), en relación a la inteligencia general. Las cifras encontradas son muy similares a las que se encuentran en la bibliografía (10-15%), obteniendo también un claro predominio en varo-

nes. La mayor preocupación en los aspectos educativos de los niños ha hecho que este apartado se convierta en centro de atención de la asistencia al niño, así como foco de rehabilitación.

6º Respecto a los antecedentes familiares, destacar la elevada incidencia por abuso y dependencia de alcohol en el padre y de trastorno de ansiedad en la madre. Sorprende el elevado porcentaje de trastorno de personalidad, tanto en la madre como en el padre.

7º Las pérdidas familiares a esta edad se correlacionan con diagnóstico de ansiedad y trastornos de conducta.

8º Las anomalías electroencefalográficas detectadas, dada su inespecificidad y la falta de seguimiento e información adicional, las consideramos poco valorables como indicadores de patología orgánica.

## Bibliografía.

1. APA: DSM-III. Barcelona. Ed. Masson 1983.
2. APA: DSM-III-R. Barcelona. Ed. Masson 1988.
3. AJURIAGUERRA, J.J.: «Manual de psiquiatría infantil», 4ª edición. Ed. Masson, 1983.
4. BONALS, A.; VELILLA, J.M. Y MIRAVETE, P.: «Epidemiología y edad en psiquiatría infanto-juvenil». Anales de la cátedra de Psiquiatría. Vol. XV. Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza. 1989.
5. ESPÍN JAIME, F.M.: «Contribución a un estudio epidemiológico en salud mental, intantojuvenil». Rev. Psiq. Inf. 4, 254-258, 1991.
6. MARTÍ, J.L. Y MURCIA, M.: «Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica». Ed. Herder. 1987.
7. OLLENDICK, T.T. Y HESSN, M.: «Psicopatología infantil». Ed. Martínez Roca, 1986.
8. EARLS, J.: «Epidemiology and child psychiatry: Entering the second phase». Am. J. Orthopsichiatry 59, 279-283, 1989.
9. SEVA DÍAZ, A.: «Aplicación de la epidemiología a la asistencia psiquiátrica». Psiquis 5, 25-33, 1982.
10. TALBOTT, J.: «Tratado de psiquiatría». Ed. Áncora, 1989.

# Prospectiva evolutiva longitudinal a largo plazo en psiquiatría infanto-juvenil

A. Bonals Pi; J.M. Velilla Picazo; J.A. Merino Montesa; P. Miravete Fuertes; C. Soro Abardia

Zaragoza

## RESUMEN

Se trata de un estudio de seguimiento longitudinal de 63 niños que fueron visitados en consulta de Paidopsiquiatría, entre 15 y 20 años antes de realizar el estudio. El seguimiento se realiza por medio de un cuestionario de detección en Salud Mental. Se concluye que la regularización de la sintomatología menor es evidente, y que persisten los grandes síndromes en un porcentaje de 1/3.

**Palabras clave:** Epidemiología. Estudio de seguimiento.

## INTRODUCCIÓN

Hay una coincidencia unánime en la bibliografía al respecto, en señalar la escasez de estudios de seguimiento en Psiquiatría Infanto-juvenil. Dos de los aspectos claves que este tipo de estudios deben abordar serían, por un

lado, comprobar si existe un continuum entre la psicopatología del niño y la del adulto, y por otra parte hasta qué punto es eficaz, desde la perspectiva de la Higiene Mental, atender precozmente los distintos síndromes y trastornos de adaptación que en la infancia y adolescencia puedan presentarse, comprobando la ausencia o no de psicopatología en la edad adulta.

Para la presente investigación, la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Departamento Universitario de Psiquiatría proyectó llevar a cabo un estudio prospectivo de los pacientes vistos hacia un periodo de tiempo comprendido entre quince y veinte años, que por diferentes motivos acudieron a esta consulta de psiquiatría infantil, que entonces iniciaba su labor asistencial, ubicada en las clínicas de la antigua Facultad de Medicina y única, en esta especialidad, en la región aragonesa. Los tres paidopsiquiatras que componen la Sección, ayudados por dos asistentes voluntarios, llevaron a cabo en una primera fase del trabajo la selección de las historias clínicas correspondientes a todos los pacientes referidos, en los ficheros del Departamento, siendo un total de 201 historias.

Posteriormente se elaboró una **Encuesta** que

consta de un apartado de datos personales y otro de datos epidemiológicos.

Asimismo y tras consultar bibliografía referente al tema, se decidió incluir el **Cuestionario de Detección en Salud Mental SRQ**, recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

### Anexo 1

#### Encuesta epidemiológica

Edad (en años) .....	Fecha .....
Sexo: .....	Caso N.º .....
Hombre .....	Fecha 1ª visita .....
Mujer .....	Edad 1ª visita .....
Estado civil:	
Soltero .....	
Casado .....	
Separado .....	
Núcleo familiar .....	
Ocupación actual:	
Estudia .....	
Trabaja .....	
Inactivo .....	
Estudios realizados .....	
Trabajos desempeñados anteriormente .....	
.....	
.....	
Servicio militar	
Cumplido .....	
Exento .....	(Motivo) .....
¿Ha precisado en los últimos diez años atención psiquiátrica?	
	Sí .....
	No .....
En caso afirmativo:	
En Servicio de Urgencias .....	
Consulta ambulatoria .....	
Ingreso .....	
¿Sigue tratamiento en la actualidad?	
Sí .....	
No .....	Fecha alta .....
En caso afirmativo:	
Tratamiento medicamentoso .....	
Psicoterapia .....	

La siguiente etapa consistió en el trabajo de campo llevado a cabo por una encuestadora cualificada, con experiencia en Psiquiatría de adultos y Psiquiatría Infanto-juvenil. Para ello, se siguieron una serie de pautas:

—Se remitió una carta a los pacientes que formaban el grupo objeto de estudio, explicándoles la naturaleza del trabajo epidemiológico y anunciándoles la proximidad de un contacto personal para llevar a cabo la cumplimentación de la encuesta y el cuestionario, lo que se hizo tras un plazo de quince días en los casos que habían dado la conformidad.

—A los dos meses, se llamó por teléfono a aquellos a quienes se había enviado la carta y no habían contestado.

—A los tres meses siguientes se volvió a remitir otra carta similar, a los que no habían respondido, ni tenían teléfono. A las tres semanas de esta última gestión se fue personalmente al domicilio de aquellos que seguían sin contestar.

De esta etapa previa de contacto se obtuvieron los siguientes resultados: No contestaron la encuesta ni el cuestionario:

— Ausencia de dirección completa en la H.C.	57
— La dirección que figuraba actualmente no existe	9
— Devolución por correos e imposibilidad de contactar	45
— Cambio de residencia a otra ciudad y se desentendían de la encuesta	5
— Fallecidos	2
— Se niegan a contestar la encuesta	20
<b>Total</b>	<b>138</b>

Nos parece oportuno subrayar que en estos veinte casos en que a pesar de ser localizados no se prestaron a colaborar en el estudio, en dieciséis de ellos fue la familia quien se negó a facilitar la labor de la encuestadora y tan solo en cuatro fue el propio paciente el que rechazó la encuesta; en cuanto al sexo, eran quince varones y cinco mujeres.

Colaboraron en el estudio y respondieron a la encuesta 63 casos; de estos 63 pacientes que colaboraron, con once de ellos no fue posible rellenar el cuestionario de salud mental, bien por no estar presente el paciente o, estándolo, debido a su situación de incapacidad, por lo que, en este grupo, solo nos podremos referir

a los datos de la encuesta epidemiológica suministrados por los familiares:

- Oligofrénicos 5
- Deterioro esquizofrénico 2
- Trabaja fuera del lugar de residencia 3
- Se encuentra cumpliendo condena en prisión 1

En resumen, de un total de 201 casos elegidos, 52 pacientes son los que han cumplimentado encuesta y cuestionario.

Los resultados obtenidos por nuestros pacientes se han comparado con un grupo control, aprovechando como tal grupo control la población joven estudiada en un trabajo de epidemiología psiquiátrica sobre población general, realizado en Zaragoza en nuestro Departamento («Proyecto SAMAR», Seva et al., 1989). La selección de estos jóvenes se realizó mediante un muestreo aleatorio simple a partir del censo municipal de nuestra ciudad del año 1986. Este grupo de población joven se detectó como libre de morbilidad psiquiátrica, mediante la realización de un screening en dos fases (GMQ-28 y CIS).

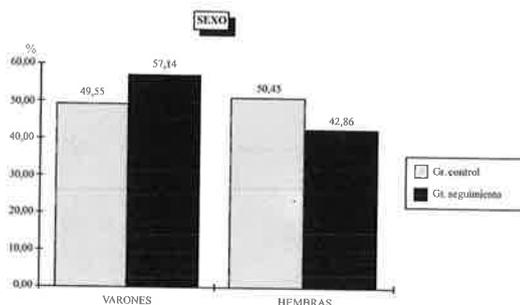
El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante los programas del proyecto estadístico SASS (Statistical Ackage for the Social Sciences) versión M, Update 7-9 (1981), en un ordenador VAX-11/780 del Centro de Cálculo de la Universidad de Zaragoza, contando para la realización del presente trabajo con el asesoramiento del personal de dicho centro. El tratamiento estadístico que presentamos se basa en la descripción de frecuencias, en el caso de las variables epidemiológicas. En cuanto a las variables del cuestionario SRQ se ha hecho el análisis de la asociación de variables aplicando la prueba de «Chi-cuadrado».

## RESULTADOS

En primer lugar, comentaremos aquellas variables que son comunes en nuestro grupo de antiguos pacientes y el grupo control.

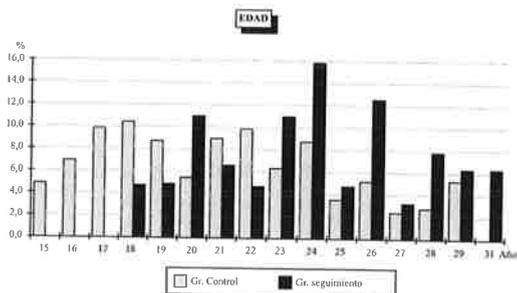
**Sexo:** Observamos cómo, si bien la pobla-

ción general se reparte prácticamente al 50% entre varones y hembras, en el grupo de seguimiento hay un predominio de los primeros en un 57,14% frente al 42,86% de los segundos. Es unánime la coincidencia en la práctica totalidad de trabajos epidemiológicos en psiquiatría infanto-juvenil, el que hay un mayor porcentaje de niños que de niñas que acuden a consulta. Para ello se han manejado diversas hipótesis coincidiendo casi todas ellas en que este hecho estaría en relación con factores socioculturales, tendiendo a dar más importancia los padres a los posibles trastornos psicopatológicos que plantea el hijo varón.



Gráfica 1

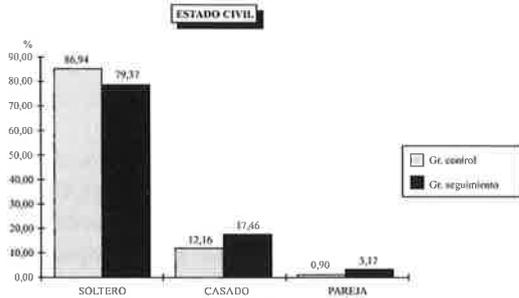
**Edad:** La edad media del grupo de seguimiento, cuando fueron vistos en nuestra Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil, era de 8,88 años, estando comprendidas las edades entre 2 y 17 años. En la actualidad, la edad media es de 24 años frente a los 21,077 años del grupo control, más baja ésta por la presencia de un 22,1% de sujetos de 15 a 17 años.



Gráfica 2

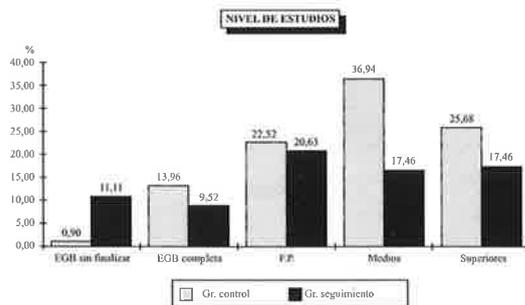
**Estado civil:** Debido a que nos encontramos ante dos grupos de «población joven», es lógi-

co que predominan ampliamente los solteros, existiendo una minoría de casados, 12,16% en el grupo control y 17,46% en el de seguimiento. Asimismo se dan casos aislados, en ambas muestras, que conviven con su pareja, manteniendo su estado civil de solteros.



Gráfica 3

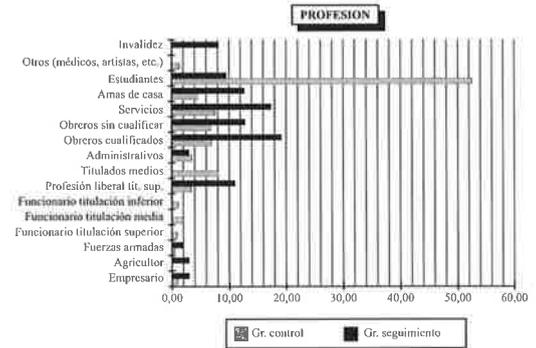
**Nivel de estudios:** Analizando los estudios realizados por los 63 encuestados de nuestro grupo vemos que presentan un buen nivel, ya que únicamente el 11,11% tienen la EGB sin finalizar, porcentaje bajo máxime teniendo en cuenta que se incluyen casos de oligofrenia. El resto se distribuye de forma homogénea entre aquellos que cursaron formación profesional, estudios medios y estudios superiores. En el grupo control existe un predominio de individuos con un nivel de estudios medios.



Gráfica 4

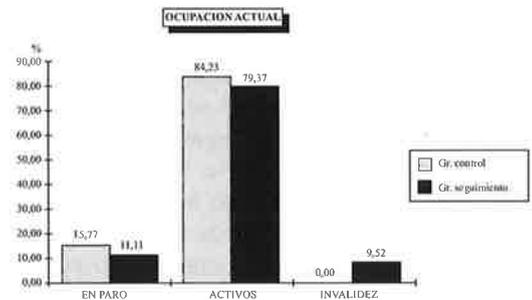
**Profesión:** En cuanto al tipo de profesión, el importante porcentaje de estudiantes en el grupo control se explica por el hecho de que hay adolescentes de 15 a 17 años y la mayoría de ellos desempeñan esa actividad. En el grupo de seguimiento hay una mayor proporción de

obreros cualificados y sin cualificar, servicios y profesionales liberales.



Gráfica 5

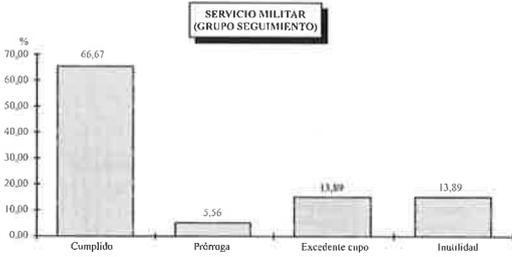
**Ocupación:** Desde el punto de vista de la actividad laboral no hay diferencias respecto al grupo control ya que hay que tener en cuenta que en el 20,63% de inactivos están incluidos un 9,52% de pacientes con invalidez por oligofrenia o psicosis. Por lo tanto podemos afirmar que nuestro grupo de seguimiento presenta un índice de paro prácticamente superponible a la población general.



Gráfica 6

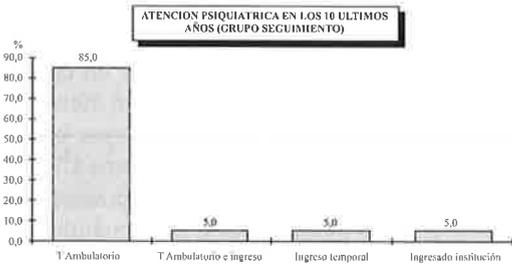
**Servicio militar:** De un total de 36 varones, 24, el 66,66%, habían cumplido el Servicio militar. De los que no lo habían hecho, que eran 10, la mitad fueron excedentes de cupo y a los otros 5 se les declaró inútiles (2 por oligofrenia y 3 por enfermedad mental).

**Atención psiquiátrica en los últimos años:** A la pregunta de si habían precisado atención psiquiátrica en los últimos 10 años, contestaron afirmativamente 20, el 31,7%. De estos 20 pacientes que habían requerido tratamiento



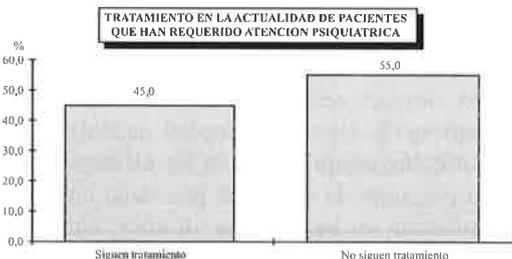
Gráfica 7

psiquiátrico, la mayoría (el 85%) había sido en régimen ambulatorio, y en casos aislados, el 15%, fueron ingresos temporales en unidades de enfermos agudos. Solamente uno de ellos permanecía ingresado en una institución cerrada.



Gráfica 8

Si siguiendo con este grupo de 20 pacientes que habían estado bajo control psiquiátrico, el 55% no seguían tratamiento en la actualidad y un total de 9, el 45%, continuaban en tratamiento con psicofármacos o psicoterapia. A los primeros se les preguntó la fecha, aproximada, del alta médica y más de la mitad no habían vuelto tras una primera visita o no recordaban la fecha por haber pasado demasiado tiempo; solamente el 18% había sido dado de alta hacía un año y el 9% durante el año en curso.

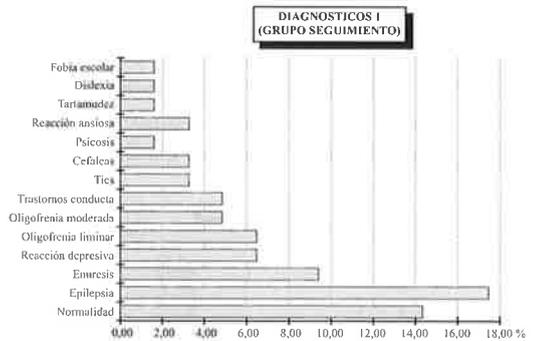


Gráfica 9



Gráfica 10

**Diagnóstico:** Revisando los diagnósticos que presentaban los pacientes cuando en su infancia o adolescencia acudieron a consulta, cabría destacar que existía un grupo importante (gráfica 11) de epilépticos, lo que se justifica porque en las consultas del antiguo hospital clínico la epilepsia se diagnosticaba y trataba dentro del departamento de psiquiatría, a diferencia de lo que ocurre en la actualidad que son los Servicios de Neurofisiología, Neuropediatria o Neurología los que se ocupan de este tema.

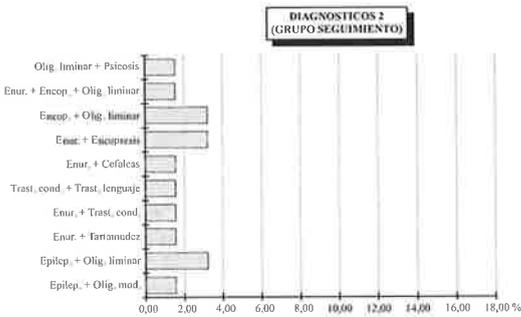


Gráfica 11

Había otro grupo numeroso de pacientes en los que no habíamos encontrado psicopatología valorable y estaban diagnosticados de «normalidad». Seguían en frecuencia los casos de oligofrenia, enuresis, cuadros depresivos y trastornos de conducta.

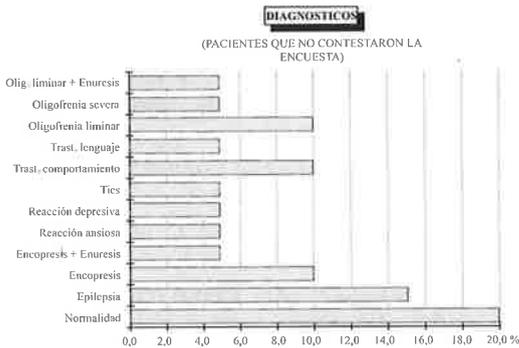
En un grupo de 13 pacientes, se había realizado doble y triple diagnóstico (gráfica 12).

Por otra parte, hemos querido fijarnos en los diagnósticos previos de aquellos pacientes que



Gráfica 12

se negaron a colaborar en la encuesta, comprobando que los casos de «epilepsia» y «normalidad» eran los que igualmente predominaban. No obstante, proporcionalmente en este grupo había una mayor incidencia de oligofrenias, trastornos de comportamiento, y encopresis.



Gráfica 13

Tras los resultados obtenidos en las diferentes variables epidemiológicas que forman la **Encuesta** que se administró al grupo de seguimiento, formado por nuestros 63 antiguos pacientes, pasamos a comentar lo que constituiría la segunda parte de los resultados, es decir, aquellos referentes al **Cuestionario de Salud Mental SRQ**. Este fue, desde el primer momento, el objetivo fundamental del presente trabajo: Comprobar, de forma lo más objetiva posible, si ese aparente buen estado de salud actual, sugerido por algunas de las variables anteriores, se correspondía con un buen índice de «salud mental». Para ello eran necesarios dos requisitos:

–Disponer de un cuestionario sencillo, fiable, ampliamente respaldado y experimentado.

–Contar con un grupo control de población general, sana psicológicamente y de similares características en sexo, edad, estado civil, nivel educacional y estatus socioeconómico.

La primera de estas dos premisas la resolvimos decidiéndonos por el «cuestionario» SRQ de la Organización Mundial de la Salud, avalado igualmente por la Organización Panamericana de Salud y en nuestro país por la Dirección General de Planificación Sanitaria, que lo recomienda especialmente por su utilidad didáctica para el reconocimiento y manejo de los grandes síndromes psiquiátricos en atención primaria de salud.

Hemos utilizado la versión ampliada de 30 items: Los veinte primeros son preguntas sobre posible sintomatología psicósomática, ansiosa y depresiva; del 21 al 24 se centran en posibles manifestaciones psicóticas; el item 25, que en el manual se incluye en el bloque anterior, pensamos que hay que contemplarlo de forma individual ya que se refiere específicamente a sintomatología comicial o neurológica; las cinco últimas preguntas, de la 26 a la 30, han sido recientemente introducidas y se centran en la detección de posible alcoholismo.

Por otra parte y en cuanto al segundo de nuestros requisitos, el grupo control, nos pareció que la población estudiada en el proyecto de investigación en curso, SAMAR, sobre epidemiología psiquiátrica en la región aragonesa, era idóneo ya que se había detectado, libre de morbilidad psiquiátrica, mediante la realización de un screening en dos fases, como ya hemos indicado anteriormente.

Pasando a analizar las respuestas a los diferentes items del cuestionario por los dos grupos (el de seguimiento y el de población general) nos encontramos con los siguientes datos de interés:

### 1. En el bloque de preguntas de la 1 a la 20,

Observamos cómo en doce de ellos aun existiendo diferencia entre los dos grupos, estas diferencias se deben posiblemente al azar, en un porcentaje muy elevado, por no alcanzar significación estadística ( $P > 0,01$ ), lo que nos lleva a afirmar que en las preguntas 2, 3, 4, 5,

**TABLA I**  
**Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 1-20 cuyas diferencias entre los dos grupos no alcanzan significación estadística**

	Grupo control		Grupo seguimiento		p
	Sí	No	Sí	No	
2. ¿Tiene mal apetito?	15 (6,8%)	207 (93,2%)	56 (9,8%)	47 (90,4%)	0,67 > 0,01
3. ¿Duerme mal?	12 (5,9%)	210 (94,6%)	8 (15,4%)	44 (84,6%)	0,02 > 0,01
4. ¿Se asusta con facilidad?	43 (19,4%)	179 (80,6%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	1 > 0,01
5. ¿Sufre temblor de manos?	8 (3,6%)	214 (96,4%)	5 (9,6%)	47 (90,4%)	0,14 > 0,01
8. ¿Puede pensar con claridad?	23 (10,9%)	199 (89,6%)	8 (15,4%)	44 (84,6%)	0,43 > 0,01
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	19 (8,6%)	203 (91,4%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,04 > 0,01
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	27 (12,2%)	195 (87,8%)	7 (13,5%)	45 (86,5%)	0,98 > 0,01
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	43 (19,4%)	179 (80,6%)	18 (34,6%)	34 (65,4%)	0,02 > 0,01
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	4 (1,8%)	218 (98,2%)	4 (7,7%)	48 (92,3%)	0,06 > 0,01
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?	14 (6,3%)	208 (93,7%)	9 (17,3%)	43 (82,7%)	0,02 > 0,01
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	21 (9,5%)	201 (90,5%)	11 (21,2%)	41 (78,8%)	0,03 > 0,01
20. ¿Se cansa con facilidad?	23 (10,4%)	199 (89,6%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,12 > 0,01

8, 10, 11, 12, 14, 16, 19 y 20, los dos grupos se comportan como si pertenecieran a una sola muestra. (Tabla I).

En las ocho preguntas restantes de este primer bloque del cuestionario, las diferencias de respuestas afirmativas son altamente significativas ( $P < 0,01$ ) correspondiendo los más altos porcentajes de «SÍ» al grupo de seguimiento. Es decir, en nuestros antiguos pacientes se observaba una mayor propensión a: cefaleas (28,8% frente al 10,8%), sensación de intranquilidad y nerviosismo (el 44,2% frente al 11,3%), malas digestiones (23,9% frente al 5,9%), sentimientos de tristeza (26,9% frente al 9,5%), dificultad

ante el trabajo (21,2% y 4,5%), pérdida de interés (17,3% y 5,9%), ideas autolíticas (19,2% y 1,8%) y astenia (19,2% y 1,8%). (Tabla II).

No obstante, siguiendo las instrucciones de valoración del cuestionario, para considerar que un sujeto tenga «alta probabilidad de padecer enfermedad mental», la contestación afirmativa ha de ser en al menos 11 preguntas, de entre las comprendidas de la 1 a la 20; vemos que han contestado «SÍ» a once o más preguntas el 9% del grupo control y el 5,8% del grupo de seguimiento, diferencias que, como puede comprobarse, no alcanzan significación estadística.

**TABLA II**  
**Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 1-20 cuyas diferencias entre los grupos alcanzan significación estadística**

	Grupo control		Grupo seguimiento		p
	Sí	No	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	24 (10,8%)	198 (89,2%)	15 (28,8%)	37 (71,2%)	0,00 < 0,01
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	25 (11,3%)	197 (88,7%)	23 (44,2%)	29 (55,8%)	0,00 < 0,01
7. ¿Sufre de mala digestión?	13 (5,9%)	209 (94,1%)	12 (23,1%)	40 (76,9%)	0,00 < 0,01
9. ¿Se siente triste?	25 (9,5%)	201 (90,5%)	14 (26,9%)	38 (73,8%)	0,00 < 0,01
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?					
¿Sufre Vd. con su trabajo?	10 (4,5%)	212 (95,5%)	11 (21,2%)	41 (78,8%)	0,00 < 0,01
15. ¿Ha perdido interés por las cosas?	13 (5,9%)	209 (94,1%)	9 (17,3%)	43 (82,7%)	0,01 = 0,01
17. ¿Ha tenido idea de acabar con su vida?	4 (1,8%)	218 (98,2%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,00 < 0,01
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	4 (1,8%)	218 (98,2%)	10 (19,2%)	42 (80,8%)	0,00 < 0,01

**TABLA III**  
**Han contestado afirmativamente a 11 o más preguntas de las 20 primeras del cuestionario SRQ**

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	2 (0,9%)	3 (5,8%)
No (No caso psiquiátrico)	220 (99,1%)	49 (94,2%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$p = 0,07 > 0,01$

**TABLA IV**  
**Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 21-25 cuyas diferencias entre los grupos no alcanzan significación estadística**

	Grupo control		Grupo seguimiento		$\rho$
	Sí	No	Sí	No	
22. ¿Es Vd. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	37 (16,7%)	185 (83,3%)	11 (21,2%)	41 (78,8%)	0,57 > 0,01
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida de conocimiento?	2 (0,9%)	220 (99,1%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	1 > 0,01

2. *En cuanto a las preguntas 21 a la 24, encontramos que en la 22 la diferencia de respuestas afirmativas no tiene significación estadística, aunque es más elevada en el grupo de seguimiento. (Tabla IV).*

En las otras tres preguntas los porcentajes de «SÍ» en uno y otro grupo son distintos, y sus diferencias tienen validez estadística. No obstante, es en este punto donde queremos hacer una reflexión teniendo en cuenta que con tan solo una respuesta afirmativa a estas cuatro preguntas ya puede considerarse al individuo susceptible de constituir un «caso psiquiátri-

co». A la pregunta nº 21 (¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?) el 38,5% del grupo de seguimiento contesta afirmativamente pero es que prácticamente el 20% de la población general también lo hace; estas cifras, tan elevadas ambas, hablan a favor de que la citada pregunta es sumamente inconcreta y vaga, si lo que pretende es detectar un trasfondo psicótico.

En las otras dos preguntas 23 y 24, la significativa diferencia se explica por el hecho de que en el grupo de seguimiento hay un 15% de pacientes que nos informaron que en los

**TABLA V**  
**Respuestas a las preguntas 21-25 cuyas diferencias entre los grupos alcanzan significación estadística**

	Grupo control		Grupo seguimiento		$\rho$
	Sí	No	Sí	No	
21. ¿Siente Vd. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	43 (19,4%)	179 (80,6%)	20 (38,5%)	32 (61,5%)	0,00 < 0,01
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	14 (6,3%)	208 (93,7%)	11 (21,2%)	41 (71,8%)	0,00 < 0,01
24. ¿Oye Vd. voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	2 (0,9%)	220 (99,1%)	4 (7,7%)	48 (92,3%)	0,01 = 0,01

TABLA VI

Han contestado afirmativamente a 1 o más preguntas de entre las preguntas 21 a la 24 del cuestionario SRQ

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	73 (32,9%)	25 (48,1%)
No (No caso psiquiátrico)	149 (67,1%)	27 (51,9%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$$r = 0,05 > 0,01$$

últimos diez años requirieron ingreso temporal en unidades psiquiátricas de agudos y otro de ellos permanecía ingresado en una institución cerrada. (Tabla V).

Contestaron afirmativamente a una o más de estas preguntas el 32,9% del grupo control y el 48,1% del grupo de seguimiento, lo que confirma que en este apartado hay al menos dos preguntas, la n.º 21 y la n.º 22, que pensamos no están bien planteadas y pueden distorsionar los resultados del cuestionario si se contemplan desde un punto de vista exclusivamente global y cuantitativo. (Tabla VI).

**3. La pregunta n.º 25** pretende detectar patología neurológica y comicial y en ella las diferencias de porcentajes entre los dos grupos es solo de un punto (ver Tabla 4).

**4. Las preguntas 26 a la 30** constituyen el bloque correspondiente al alcoholismo y en ninguna de las cinco la diferencia entre las respuestas afirmativas en los dos grupos, control y seguimiento, alcanza significación estadística. (Tabla VII).

Han contestado afirmativamente a una o más preguntas de este bloque el 11,3% del grupo control y el 13,5% del grupo de segui-

TABLA VII

Cuestionario SRQ. Respuestas a las preguntas 26-30 cuyas diferencias entre los grupos no alcanzan significación estadística

	Grupo control		Grupo seguimiento		p
	Sí	No	Sí	No	
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Vd. estaba bebiendo demasiado licor?	10 (4,5%)	212 (95,5%)	6 (11,5%)	46 (88,5%)	0,10 > 0,01
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	3 (1,4%)	219 (98,6%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	1 > 0,01
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (estudio) a consecuencia de la bebida, como beber en el trabajo, en el colegio o faltar a ellos	0 (0%)	222 (100%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	0,42 > 0,01
29. ¿Ha estado en riñas o le han detenido estando borracho?	0 (0%)	222 (100%)	1 (1,9%)	51 (98,1%)	0,42 > 0,01
30. ¿Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado?	19 (8,6%)	203 (91,4%)	2 (3,8%)	50 (96,2%)	0,38 > 0,01

TABLA VIII

Han contestado afirmativamente a 1 o más preguntas de entre las preguntas 26 a la 30 del cuestionario SRQ

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	25 (11,3%)	7 (13,5%)
No (No caso psiquiátrico)	197 (88,7%)	45 (86,5%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$$r = 0,83 > 0,01$$

**Tabla IX**  
**Valoración global del cuestionario SRQ**

	Grupo control	Grupo seguimiento
Sí (Probable caso psiquiátrico)	85 (38,3%)	27 (51,9%)
No (No caso psiquiátrico)	137 (61,7%)	25 (48,1%)
Total	222 (100%)	52 (100%)

$r = 0,1 > 0,01$

miento, diferencia de solo 2 puntos que no es significativa. (Tabla VIII).

## CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

–En primer lugar se pone de relieve la **necesidad de sistematizar**, de manera lo más precisa posible, la **Recogida de Datos de Filiación** de los pacientes que acuden a la consulta, ya que más de la mitad de los que son objeto de este estudio no pudieron ser localizados, hecho que en la actualidad quedaría en gran parte paliado teniendo en cuenta el sistema de fichas epidemiológicas y de recogida de datos de filiación que se lleva a cabo, desde la puesta en marcha en 1975 de la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil en el actual Hospital Clínico Universitario. Se constata pues, que tal vez la mayor dificultad para realizar un estudio de seguimiento se relaciona con una incompleta o defectuosa recogida de datos.

–Aunque en una baja proporción, observamos el **rechazo activo a colaborar** en un trabajo sobre salud mental, por parte de los familiares de nuestros ex pacientes (en este grupo, curiosamente el 75% eran pacientes varones) que en su día fueron diagnosticados de trastornos psicopatológicos, muchos de ellos de los que podríamos llamar menores (trastornos de conducta, reacciones de ansiedad, trastornos del control esfinteriano...). Aquí podría pensarse en factores socioculturales que todavía siguen influyendo de forma negativa en nuestro entorno y que subrayarían la necesidad de toda una serie de actuaciones informativas hacia la población general en un nivel primario de prevención.

–El **nivel de estudios** alcanzado en nuestro grupo es satisfactorio ya que tan solo el 11,11% tienen la EGB sin finalizar, máxime teniendo en cuenta que se incluyen casos de oligofrenia.

–Nuestro grupo de seguimiento presenta un **índice de paro** prácticamente superponible a la población general.

–La mayoría de los varones (67%) pudieron cumplir el **Servicio militar**, y si tenemos en cuenta que la mitad de los que no lo hicieron fue por «excedente de cupo», nos parece un primer indicativo de ausencia de psicopatología grave en el grupo estudiado.

–Ya hemos indicado que una tercera parte, aproximadamente, han requerido **atención psiquiátrica en los últimos diez años**, siendo en la práctica totalidad de ellos de forma ambulatoria, estando justificado en la mitad de los casos, pensamos que por el diagnóstico previo (oligofrenia, psicosis...). A primera vista, pues, parece obvio que la psicopatología infantil que en su día requirió estudio y tratamiento en nuestra consulta (a excepción de lo que Ajouria-guerra llama «grandes síndromes» como los casos de oligofrenia y psicosis, afortunadamente escasos en número) fue superada satisfactoriamente ya que, al menos, el nivel de estudios, ocupación y adaptación social han sido satisfactorios en la mayor parte de los pacientes y la necesidad de posterior atención psiquiátrica ha persistido en un grupo poco numeroso de ellos.

Esto pondría una vez más de manifiesto la importancia de una actuación precoz en psiquiatría infanto-juvenil, y justificaría la necesaria proliferación de unidades especializadas que atendieran suficientemente los tres niveles clásicos de prevención en nuestra comunidad.

—Esta impresión positiva se confirma de forma más específica y objetiva mediante el estudio comparativo entre nuestro grupo de seguimiento y otro de población general libre de morbilidad psicopatológica, mediante la aplicación del cuestionario SRQ de la OMS para la detección de posibles casos psiquiátricos. En él comprobamos cómo las diferencias entre las respuestas de ambos grupos no alcanzan signi-

ficación estadística, lo que nos lleva a afirmar que los dos grupos se comportan como si perteneciesen a una sola muestra. Solamente esto no ocurre, en preguntas que detectan el posible psicoticismo y que se ve necesario revisar, ya que por sí solas harían que considerásemos susceptible de atención psiquiátrica a un importante porcentaje de población general considerada sana. (Tabla IX).

### Cuestionario de detección de casos psiquiátricos SRQ

1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	Sí	No
2. ¿Tiene mal apetito?	Sí	No
3. ¿Duerme mal?	Sí	No
4. ¿Se asusta con facilidad?	Sí	No
5. ¿Sufre de temblor de manos?	Sí	No
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	Sí	No
7. ¿Sufre de mala digestión?	Sí	No
8. ¿No puede pensar con claridad?	Sí	No
9. ¿Se siente triste?	Sí	No
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	Sí	No
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	Sí	No
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	Sí	No
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	Sí	No
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Sí	No
15. ¿Ha perdido interés por las cosas?	Sí	No
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?	Sí	No
17. ¿Ha tenido idea de acabar con su vida?	Sí	No
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	Sí	No
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	Sí	No
20. ¿Se cansa con facilidad?	Sí	No
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	Sí	No
22. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	Sí	No
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	Sí	No
24. ¿Oye usted voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	Sí	No
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida de conocimiento?	Sí	No
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	Sí	No
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	Sí	No
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a consecuencia de la bebida, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?	Sí	No
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	Sí	No
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	Sí	No

### Determinación de la puntuación

Se suman las respuestas afirmativas distinguiendo tres bloques de preguntas:

- De la 1 a la 20: si la puntuación es 11 o más, se debe hacer una cita para una visita de seguimiento.
- De la 21 a la 25: si alguna de estas preguntas se responde afirmativamente se debe plantear el seguimiento del caso.
- De la 26 a la 30 (preguntas adiciones sobre alcoholismo): Una sola respuesta afirmativa determina la identificación del paciente como un caso de riesgo de alcoholismo.

# Ajuste emocional de los niños al divorcio

G. Pons-Salvador\* y M.V. del Barrio\*\*

Valencia

## RESUMEN

Existen numerosos estudios que muestran cómo el divorcio paterno supone un estrés para el niño, que puede ser el desencadenante de un variado tipo de alteraciones. La mayor parte de estos trabajos se han realizado en población anglosajona.

En esta investigación se pretende el estudio de las variables: edad, sexo, distancia del divorcio, situación social postdivorcio y las relaciones de los padres antes y después de la separación, en niños españoles de rango de edad de 8-11 años.

Se evaluaron dos grupos de niños: experimental (familias separadas) y control (familia intacta), equiparándose ambos grupos en edad, sexo, nivel social y escolar.

Los resultados indican que los niveles de ansiedad, depresión y autoestima son más altos en los niños de familias separadas; estas diferencias no alcanzan niveles de significación estadística. Los niños del grupo experimental, con padres en malas relaciones, pre y postdivorcio, definen significativamente puntuaciones más altas en ansiedad, depresión y autoestima.

**Palabras clave:** Divorcio. Impacto infantil. Desarrollo cognitivo. Respuestas emocionales.

## INTRODUCCIÓN

Cuando un matrimonio ha optado por un divorcio la familia pasa por un periodo en el que sus miembros ensayan una serie de mecanismos para hacer frente a la nueva situación, algunos de los cuales tienen éxito y otros no. La adaptación del niño al divorcio varía, entre otras cosas, según su estado de desarrollo. Las respuestas y estrategias que se utilizan frente al divorcio parental no son iguales en el niño pequeño que en los niños mayores o en los adolescentes. Los pequeños tienen mayores limitaciones cognitivas y sociales y dependen más de los padres, restringiéndose sus relaciones al hogar, mientras que los niños mayores o los adolescentes son más maduros y autosuficientes y se mueven en diversos medios sociales. Por lo tanto, la experiencia del divorcio difiere de forma cualitativa para los niños de diversas edades, lo que no quiere decir que el trauma sea más o menos intenso en unos que en otros (Hetherington, 1979).

Es importante además evaluar las reacciones al divorcio en distintas edades, para anticipar las necesidades de los niños en función de esta variable.

\*Universitat de Valencia.

\*\*Uned. Madrid.

El presente estudio tiene por lo tanto como objetivo conocer las respuestas emocionales de los niños que se encuentran en situación familiar de postdivorcio y/o postseparación, teniendo en cuenta los diferentes niveles de edad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para analizar el objeto de nuestra investigación se han considerado dos grupos: uno de niños de padres separados y/o divorciados y un grupo de niños de padres no divorciados.

La muestra, extraída de 10 colegios, asciende a un total de 193 niños, de los cuales 96 son niños cuyos padres están separados o divorciados, formando el grupo que llamaremos experimental y 97 son niños que pertenecen al grupo de padres no divorciados o grupo control. Se ha obtenido en dicha muestra representación de todos los cursos de EGB, oscilando el rango de edad de los sujetos entre 8 y 14 años, con media de edad igual a 10,49 (SD = 1,87).

Las variables dependientes que se han tenido en cuenta en nuestra investigación y que se refieren al estado emocional del niño son la ansiedad como estado y como rasgo, la depresión y el autoconcepto. Los instrumentos utilizados para evaluar dichas variables han sido los que se presentan en la tabla I.

**TABLA I**  
**Variables e instrumentos utilizados para su medida**

Variables	Instrumentos utilizados
Ansiedad (Estado-Rasgo)	STAIC (Spielberger y cols., 1973)
Depresión	C.D.I. (Kobacs y Beck, 1977)
Autoestima	
Superioridad/Popularidad	A-1 (Martorell y Silva, 1984)
Ansiedad/Aislamiento	

Para analizar los resultados se han distribuido a los sujetos en tres grupos: niños de 8-9 años, niños de 10-11 años y niños de 12-14 años.

## RESULTADOS

En la tabla II se presentan las medias y las desviaciones típicas obtenidas en **Ansiedad: STAIC-E y STAIC-R** por los niños cuyos padres se han separado, distribuidos según el nivel de edad.

**TABLA II**  
**Medias obtenidas en STAIC-E y STAIC-R por los niños del grupo experimental, distribuidos en tres grupos de edades**

Grupos	N	STAIC-E		STAIC-R	
		MD	SD	MD	SD
8-9 años	23	30,26	5,58	36,21	8,99
10-11 años	43	30,44	7,24	34,83	7,4
12-14 años	27	28,55	5,32	34,41	7,36

Las medias obtenidas en el STAIC-E por los tres grupos de edad no presentan diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, tampoco se presentan diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el STAIC-R por los tres grupos de edad considerados.

Respecto al grupo de niños que pertenecen a familias intactas, los resultados de la medias de la muestra control en STAIC-E y en STAIC-R se ofrecen en la tabla III.

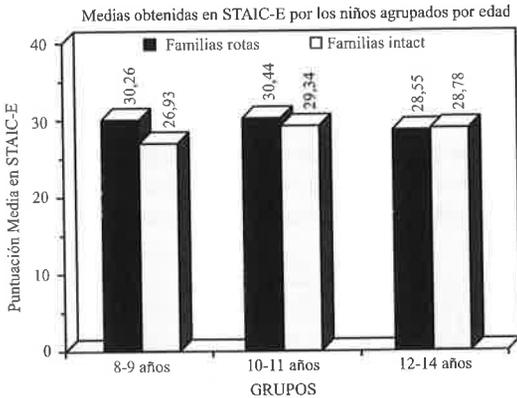
**TABLA III**  
**Medidas obtenidas en STAIC-E y STAIC-R por los niños del grupo control, distribuidos en tres grupos de edades**

Grupos	N	STAIC-E		STAIC-R	
		MD	SD	MD	SD
8-9 años	31	26,93	4,93	34,13	5,65
10-11 años	32	29,34	5,96	35,72	6,89
12-14 años	32	28,78	6,34	34,34	6,53

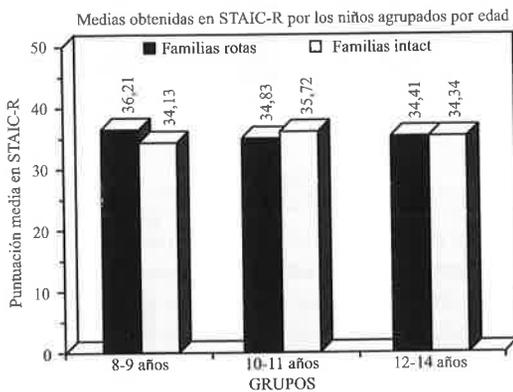
Los resultados de los análisis de varianza entre estos tres grupos prueban que en la muestra control tampoco la edad afecta a las puntuaciones de ansiedad-estado ni en ansiedad-rasgo.

También se ha comparado, en cada grupo de

edad, a los sujetos de la muestra experimental con los pertenecientes a la muestra control. (Gráficas 1-2).



Gráfica 1



Gráfica 2

De los resultados de las *pruebas t* para muestras independientes se observa que en ninguno de los grupos de edad considerados se manifiestan diferencias significativas entre los niños de padres separados con los de padres no separados, obteniéndose estos resultados tanto en las puntuaciones obtenidas en el STAIC-E como en las del STAIC-R.

Respecto al **Nivel de Depresión** evaluado a través de CDI, las medias y las desviaciones típicas que obtiene cada grupo de edad se presentan en la tabla IV.

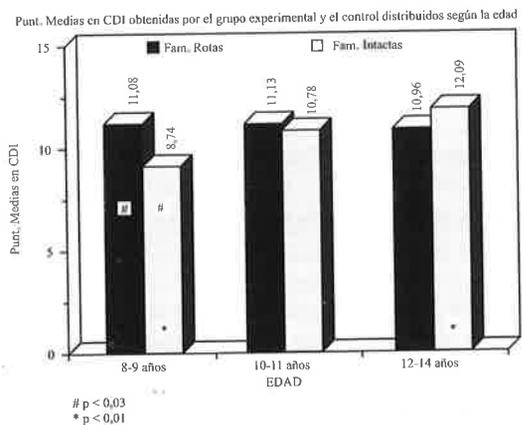
Se ha realizado un análisis de varianza para cada uno de los grupos, experimental y control. En los resultados del ANOVA realizado

**TABLA IV**  
**Distribución de los sujetos en tres grupos en función de la edad y puntuaciones medias obtenidas por el grupo experimental y por el grupo control en el CDI**

Edad	G. experimental			G. control		
	N	MD	SD	N	MD	SD
8-9 años	25	11,08	4,13	31	8,74	3,27
10-11 años	39	11,13	6,00	32	10,78	5,74
12-14 años	30	10,96	5,83	32	12,09	5,70

con el grupo experimental se observa que entre estos tres grupos de edad no existen diferencias estadísticamente significativas. En el grupo control, sin embargo, la puntuación en el CDI va aumentando con la edad, resultando ser estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ). En este grupo al aplicar la F de Fisher (F de Fisher = 2,53) se observa que las diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) se dan entre los niños de 8-9 años con los de 12-14 años. La diferencia entre estos dos grupos de edad también adquiere un nivel significativo ( $p < 0,05$ ) al aplicar la F de Sheffe (F de Seffe = 3,46). Este dato puede interpretarse en función de cómo el divorcio eleva las tasas de depresión en los niños pequeños de familias divorciadas.

Llegado a este punto era interesante ver si las diferencias entre la muestra experimental y control en cada grupo de edad son significativas. De los resultados de las pruebas t, se



Gráfica 3

cuencia de la separación parental, que los niños mayores.

De este modo, los niños de 8-9 años pertenecientes a familias rotas manifiestan más sintomatología depresiva que los niños mayores que se encuentran en la misma situación familiar, coincidiendo estos resultados con los obtenidos por Kelly y Wallerstein (1976). Además, estos niños de 8-9 años están más deprimidos que sus iguales que pertenecen a familias intactas. También presentan niveles más bajos de autoestima y niveles más altos de ansiedad-aislamiento.

Uno de los posibles motivos por lo que los niños en esta edad sufren más emocionalmente la ruptura familiar se debe, en parte, a que son más dependientes de los padres que los niños mayores. Así, tal como indica Hodges (1986), aunque entre 8-9 años los niños tienen ya capacidad suficiente como para comprender que el divorcio entre los padres puede ser para siempre, sin embargo sus deseos de que las cosas cambien mantienen su esperanza de que los padres se vuelvan a unir. Además, a medida que incrementa la edad aumenta la capacidad de comprensión de la posibilidad de una relación con el padre no custodio a pesar de que los padres estén separados (McGurk y Glakan, 1987).

En resumen, a la conclusión a la que se llega es que los niños que en el momento de la evaluación tenían edades comprendidas entre 8 y 9 años son los que están más afectados por la separación de los padres. Estos niños, en comparación a los niños de más edad que se

encuentran en la misma situación familiar y en comparación a sus iguales que pertenecen a familias intactas, obtienen niveles más altos en depresión y en ansiedad-aislamiento y tienen menos autoestima.

## Bibliografía

1. HETHERINGTON, E.M.; COSC, M. AND COSC, R. (1978). Aftermath of divorce. In J.M. Stevens; Jr. and M. Matheus (Eds) *Mother-child, Father-child Relationships*, Washington, D.C.: National Association for the Education of Young children.
2. HETHERINGTON, E.M. ET AL (1979). Family interaction and social emotional and cognitive development of children following divorce. En Vaughn, V. y Brazelton. (Ed). *The family: Setting Priorities*. New York: Science and Medicine.
3. LIVINGSTON, R.; NUGENT, M; RADER, L. AND SMITH, R.: Family Histories of Depressed and Severely anxious children. *Am J. Psychiatry* 142, 1497-1499, 1985.
4. KOVACS, M. (1977). Childhood depression: Myth or clinical Syndrome. Presentada a la American Academy of Child Psychiatry. Houston. Texas.
5. KOVACS, M. The children's Depression Inventory: A Self-Rated depression scale for school-aged Youngsters Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1983.
6. KOVACS, M. The children's Depression Inventory, *Psychopharmacol Bull*, 21, 995-998, 1985.
7. STAIC. Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños, Manual. Tea. Madrid 1990.
8. WALLERSTEIN, J.S. AND KELLY, J.B. (1975). The effects of parental divorce: experiences of the preschool child. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 16, 600-616.
9. WALLERSTEIN, J.S. AND KELLY, J.B. (1976). The effects of parental divorce: experiences of the child in later latency. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 256-269.

# Afectación de la dinámica familiar en los niños tutelados

M. Valencia\*; A.J. Torres\*\*; A. Vázquez\*\*\* y M.D. Domínguez\*\*\*\*

*Santiago de Compostela*

## RESUMEN

En este trabajo se valora la posible afectación de las vivencias y relaciones familiares en el niño que sufre una institucionalización. Para ello utilizamos como instrumento el Test del Dibujo de la Familia, que se administra a una muestra formada por 134 niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 14 años. De ellas 81 residen en Centros de Tutela, es decir, han sido separadas de su ambiente familiar natural, mientras que 53 viven con sus familias. Se realiza un estudio comparativo de los resultados obtenidos en cada uno de los grupos. Se establece también una comparación global de nuestros resultados con los obtenidos por Lluís Font en un estudio realizado por 861 niños de EGB haciendo una valoración de todas las variables del dibujo.

**Palabras clave:** Deprivación familiar. Dinámica familiar. Test del Dibujo de la Familia.

\*Alumna de 3º ciclo del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

\*\*Doctorando del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

\*\*\*Médico de Atención Primaria.

\*\*\*\*Profesora Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

Departamento de Psiquiatría, Radiología y Medicina Física y Salud Pública: Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

## INTRODUCCIÓN

Desde el momento en que nacemos entramos a formar parte de un núcleo básico, la familia. En ella y bajo su influencia, el niño va desarrollándose en todos los aspectos: físico, intelectual y afectivo. El ambiente familiar es el entorno natural donde el niño realiza su vida, que actúa a modo de caja de resonancia donde cualquier conflicto o problema familiar se acrecienta y magnifica<sup>14,15</sup>.

El estudio de la influencia familiar en el niño comenzó en los años veinte<sup>23</sup> atribuyéndose una importancia decisiva a los primeros años de la vida del niño y al papel de la madre en su desarrollo. Estudios posteriores, en las décadas de 1930-1940, corroboraron sus teorías<sup>7,10,21,22</sup>, que culminan en 1951 con los estudios de John Bowlby<sup>2,3,4,5,6</sup>, quien llega a la conclusión de que: «...el amor materno en la infancia y adolescencia es tan importante para la salud mental, como lo son las vitaminas y proteínas para la salud física»<sup>2</sup>.

La familia representa la base sobre la que el niño se desarrolla, el lugar donde se forman los lazos emocionales más fuertes. La personalidad del niño se ve moldeada y matizada por los sujetos que forman parte de su núcleo familiar<sup>19,20</sup>. En este núcleo, el niño aprende a ser padre o madre, y percibe su propio rol dentro del mismo, de forma que las familias armoniosas generarán más familias armonio-

sas, al igual que las que no lo son también se reproducen. El éxito del mismo será el éxito de su familia, e igual sucede con su fracaso<sup>20</sup>.

Stella Chess y Alexander Thomas<sup>8</sup> llegan a la conclusión de que las relaciones familiares, fundamentalmente la relación materna, tienen una función determinante en el futuro psicológico del niño. Esta importancia básica del núcleo familiar fue corroborada por F. Almqvist<sup>1</sup> quien afirma que cualquier alteración, conflicto o problema que se produzca en su seno va a afectar de forma directa al niño o adolescente, influyendo en la aparición de diversas psicopatologías. En concreto, diversos autores han hallado una estrecha relación entre la aparición de trastornos sobreansiosos, de ansiedad de separación, o de depresión mayor, en los niños con historias familiares donde los trastornos afectivos y el alcoholismo son muy comunes<sup>11,12,14</sup>.

De este modo, observamos que todas aquellas alteraciones que se produzcan en el seno familiar van a repercutir en sus miembros; y, muy especialmente, en los niños. Por tanto, el crecer fuera de la familia, esto es, la separación o privación familiar, probablemente alterará, en mayor o menor medida, el desarrollo infantil.

Se realizaron numerosos estudios para valorar los efectos de la separación o privación en los niños; entre éstos destacan los de John Bowlby<sup>2,3,4,5,6</sup>, quien observa que los cambios de conducta en el niño tras la separación pueden dividirse en 3 etapas, que serían: Protesta, Desesperación y Desapego. En esta última, si se prolonga la separación, el niño va apegándose transitoriamente a una serie de figuras maternas, hasta que llega un momento en que disminuye su capacidad de entrega, y ya no le será posible encariñarse con persona alguna. Parece no experimentar ya afecto por nadie.

Una forma particular de privación familiar sería la emigración de los padres, tema bastante estudiado y de gran importancia en nuestro medio. En un estudio realizado en 1979 por F. López Lamora, M.D. Domínguez y A. Rodríguez López<sup>16,17</sup> llegan a la conclusión de que la ausencia paterna va a influir en los mecanismos de identificación del hijo, con relación a la época en que se produce la ausen-

cia. Del mismo modo, también se observan alteraciones en la estructura familiar de estos niños, que muestran una mayor desvalorización de las figuras parentales, intentando sustituirlas por otras<sup>16,17,18</sup>.

## OBJETIVOS

El presente trabajo forma parte de un estudio más amplio realizado con niñas institucionalizadas y, por tanto, privadas de su ambiente familiar natural, en el que se valoran sus características intelectuales, aptitudinales y personales.

Los objetivos concretos que aquí nos proponemos analizar son los aspectos personal y familiar del niño, valorándolos como un reflujo de su privación emocional.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Muestra

—*Grupo objeto de estudio* (Grupo I): La muestra se compone de 81 niñas, cuyas edades oscilan entre los 6 y los 14 años, y que han sido separadas de sus familias a petición de éstas u otros e ingresadas en Centros de Tutela, por indicación del Tribunal Tutelar de Menores, a consecuencia de unas condiciones familiares inadecuadas para su desarrollo.

Estas características familiares son, en todos los casos, muy conflictivas, siendo los problemas fundamentales:

1. Separación o abandono de uno o ambos progenitores, 38,27%.
2. Alcoholismo (1 o ambos progenitores), 27,16%.
3. Retraso mental o patología psiquiátrica (1 o ambos), 13,58%.
4. Prostitución de la madre, 9,87%.
5. Otros, 11,14%.

El nivel socioeconómico es muy bajo en la totalidad de los casos, siendo la gran mayoría de las niñas de procedencia rural.

—*Grupo de comparación* (Grupo II): La muestra está formada por 53 niñas que viven

con sus familias, también de edades comprendidas entre los 6 y los 14 años. Este grupo se seleccionó entre las alumnas de dos grupos escolares, y de dos de los Centros de donde se escogió el Grupo I, que poseen un régimen de internado y otro para externas.

El nivel socioeconómico de las familias de estos sujetos oscila entre los niveles medio-bajo en la totalidad de los casos, y no se observan conflictos o problemas familiares de interés en ninguna de ellas.

## PROCEDIMIENTO

**Valoración** de los sujetos de la muestra utilizando como instrumento el *Test del Dibujo de la Familia de Corman*. Este es un test proyectivo, útil para valorar la personalidad infantil y el modo en que el niño percibe y proyecta su propia existencia y la ajena; ya que el dibujo libre, sin modelo, constituye una verdadera creación, en la que el pequeño puede expresar todo lo que hay en él<sup>9</sup>. Se aplica a niños desde los 3 años hasta la adolescencia, y su administración es enormemente sencilla. Su interpretación se basa en conceptos psicoanalíticos, mediante la valoración de tres planos: Plano gráfico, Plano de las estructuras formales y Plano del contenido.

**Comparación de los resultados** obtenidos en la Prueba y **análisis estadístico** de los mismos mediante la Prueba Ji-cuadrado, aceptándose un nivel de significación del 0,05. Las comparaciones se establecen entre el Grupo a Estudio (Grupo I) y el Grupo de Comparación (Grupo II). También hacemos un estudio comparativo entre los resultados obtenidos por la totalidad de los sujetos de nuestro trabajo y los descritos por Lluís Font<sup>13</sup> en un estudio realizado por él con 861 niños de EGB, haciendo una valoración de todas las variables del dibujo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos relativos a la comparación entre los Grupos I y II se exponen en la tabla A,

representándose en las figuras 1 a 4 aquellas variables en que se obtuvieron diferencias significativas. Estas son las correspondientes a: Sentido, Planos, Distancias y Figura más valorizada.

TABLA A

Variable	G.L.	X <sup>2</sup>	Nivel significación (AI 0,05)
Tamaño	2	3,16	No s.
Trazo	2	2,6	No s.
Líneas	1	0,89	No s.
Ritmo	1	2,32	No s.
*Sentido	1	13,67	Significativo
Sector	2	0,47	No s.
Sombreados	1	2,09	No s.
Borraduras	1	0,9	No s.
Tipo	2	4,69	No s.
*Planos	1	14,31	Significativo
*Distancias	1	7,19	Significativo
Autoexclusión	1	0,07	No s.
*Figura más valorizada	3	8,34	Significativo
Figura más desvalorizada	3	1,58	No s.
Supresión Figuras	2	4,93	No s.

– **Sentido:** Vemos, en la figura 1, que el sentido Izquierda-Derecha, que indicaría un movimiento progresivo natural, es más frecuente en el Grupo II (92%) que en el Grupo I (64%); en este último, un 36% de los sujetos realizan el dibujo en el sentido contrario, indicativo de una cierta regresión de la personalidad.

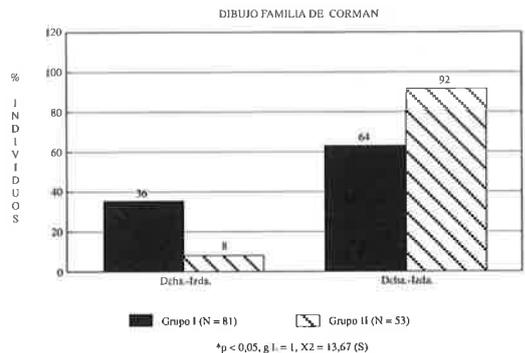


Figura 1. Familia-Sentido. Comparación Grupos I y II

– **Dinámica familiar:** Vemos un porcentaje mayor de aparición de *planos* y *distancias*

entre los personajes de la familia en los dibujos de los sujetos del Grupo I; *planos* (figura 2) aparecen en un 74%, indicando falta de comunicación entre los miembros de la familia; y *distancias físicas* (figura 3) aparecen en un 81,5% en el Grupo I frente a un 60% en el Grupo II, reflejo de la distancia emocional que existe entre los integrantes de la familia. Estas diferencias son aplicables debido a la desunión y falta de comunicación familiar que existe en el caso de las niñas tuteladas.

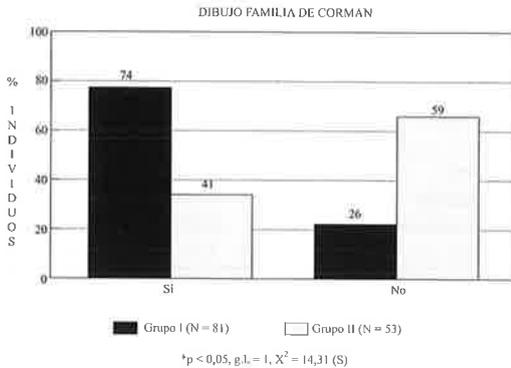


Figura 2. Familia: Planos. Comparación Grupos I y II

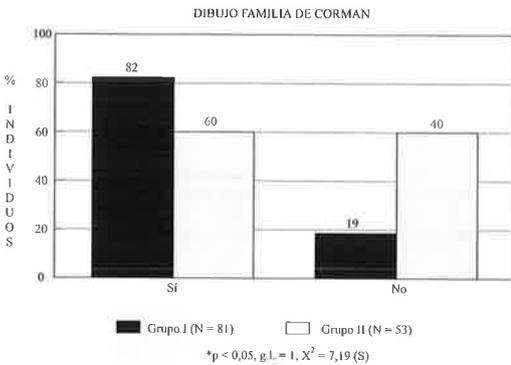


Figura 3. Familia: Distancias. Comparación Grupos I y II

– **Figura más valorizada:** Representaría aquella a la que el niño envidia, teme o admira, y con la que normalmente se identifica. Se representan los resultados en la figura 4, siendo en la mayoría de los casos, la figura materna la más valorizada (49% en el Grupo I y 47% en el Grupo II). En el caso de los sujetos

del Grupo I va seguida por otros miembros de la familia: hermanos, tíos, primos... (24%), en 3º lugar figura el padre (16%), quizá porque en la mayoría de los casos es la figura más conflictiva; y por último ellos mismos, solamente en un 11%, fundamentalmente por la inseguridad e indefensión de las niñas, que las lleva a desvalorizarse a sí mismas.

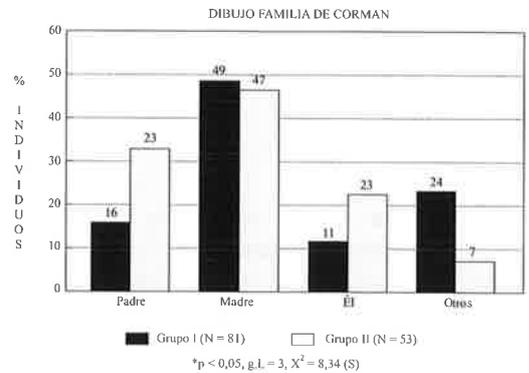


Figura 4. Familia: Figura valorizada. Comparación Grupos I y II

A la vista de todos los resultados obtenidos, realizamos una comparación global de los mismos, con los de un estudio de Lluís Font<sup>13</sup>. Encontramos diferencias en diversas variables de las que las más llamativas son:

– **Sector:** Para este autor el más frecuentemente utilizado por los niños es el central, aunque sin grandes diferencias; sin embargo, en nuestra muestra, tanto en el Grupo I como en el II, el sector más utilizado es el superior, en una proporción alta (casi la mitad de las niñas).

– Las **borraduras, planos y distancias** son mucho más frecuentes en los dibujos de las niñas de nuestro estudio. En el Grupo II los porcentajes son menores, aunque también superan a los obtenidos por Font.

– La **supresión de las figuras de los padres** es más frecuente en el Grupo I (13%) frente a un 24% en la muestra de Lluís Font; porcentaje muy similar al obtenido en nuestro Grupo II.

Las diferencias aumentan al referirnos a la **supresión de hermanos**, ya que mientras en nuestro estudio más del 50% de las niñas de ambos grupos suprimen a alguno de ellos, la

frecuencia de esta variable en la muestra de Font es mínima (5,5%). Diferencias muy similares se obtienen en el ítem **autoexclusión** (50% para los grupos I y II, frente a un 3,01% en la muestra de Font).

—Para este autor, la **figura más valorizada** es el padre, mientras que en nuestro caso lo es la madre, con un porcentaje muy superior al del resto de los personajes.

—Con respecto a la **figura más desvalorizada**, para Font es el propio niño, mientras que en nuestro estudio lo son otros miembros de la familia: tíos, primos, abuelos..., seguidos en frecuencia por el padre, estando el propio niño en un 3º lugar.

## CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos podemos concluir que:

1. La vivencia afectiva de la dinámica familiar se ve alterada por el hecho de la separación y las experiencias familiares negativas.

2. Se observa una fuerte distancia emocional y falta de comunicación entre los componentes de la familia.

3. Estas difíciles relaciones familiares las refleja el niño al mostrar una mayor tendencia a suprimir las figuras paterna y/o materna del dibujo de la familia.

4. A pesar de ello, dentro de esta dinámica familiar claramente patológica, el niño parece proyectar el origen de sus problemas, no básicamente en sus padres, sino en los hermanos y otros miembros de la familia, a los que desvaloriza, «empequeñece», o suprime.

5. Por último, observamos una gran idealización de la madre, no así del padre al que tiende a desvalorizar en cierta medida; y refleja su propia inseguridad e indefensión, autoexcluyéndose y no valorándose con respecto al resto de los miembros de la familia.

## Bibliografía

- ALMQUIST, F.: «Sex differences in adolescent psychopathology». *Acta Psychiatr Scand* 73, 295-306, 1986.
- BOWLBY, J.: «Maternal Care and Mental Health». World Health Organization. Geneva, 1951.
- BOWLBY, J.: «Cuidado maternal y amor». Fondo de Cultura Económica. México, 1972.
- BOWLBY, J.: «El vínculo afectivo». Paidós. Buenos Aires, 1976.
- BOWLBY, J.: «La pérdida afectiva». Paidós. Buenos Aires, 1983.
- BOWLBY, J.: «La separación afectiva». Paidós. Buenos Aires, 1985.
- BURLINGHAM, A. Y FREUD, A.: «Infant's without Families». Londres. Allen and Unwin, 1944.
- CHESS, S. AND THOMAS, A.: «Infant Bonding. Mystique and Reality». *Amer J Orthopsychiatr* 52/5. Abril, 1982.
- CORMAN, L.: «El test del Dibujo de la Familia en la práctica médico-pedagógica». Madrid. Kapelusz, 1967.
- FREUD, S.: «An Outline of Psychoanalysis». Norton. New York, 1949.
- KASHANI, J.H. AND CARLSON G.A.: «Seriously Depressed Preschoolers». *Am J Psychiatry* 144, 348-350, 1987.
- LIVINGSTON, R.; NUGENT, H.; RADER, L. AND SMITH, R.: «Family Histories of Depressed and Severely Anxious Children». *Am J Psychiatry* 142, 1497-1499, 1985.
- LLUIS FONT, J.: «Test de la Familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar». Oikos-Tau. Barcelona, 1978.
- POLAINO-LORENTE, A. Y cols.: «Las depresiones infantiles». Ed. Morata. Madrid, 1988
- POLAINO-LORENTE, A. Y DOMENECH LLABERRIA, A.: «La depresión en los niños españoles de 4º de EGB». Barcelona. Ofrecido por Geigy, 1988.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. Y ALONSO, M.D.: «Patología psíquica en niños hijos de emigrantes». *Folia Neuropsiq. del Sur y Este de España*. XIV, 1 a 4 219-224, 1979.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A; LÓPEZ LAMORA, E. Y DOMÍNGUEZ M.D.: «Mecanismos de identificación en hijos de emigrantes valoradas con la técnica del Repertory Grid Modificado». Comunicación al 6º Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras. Madrid, 1979b.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; DOMÍNGUEZ, M.D.; BUGALLO, P. Y DE CASTRO, P.: «Psicopatología en hijos de emigrantes, clínica y alteraciones en la percepción familiar». *Rev Neuropsiq. Infantil* 2 65-74, 1985.
- RUTTER, M.: «Maternal Deprivation, 1972-1978: New Findings, New Concepts, New Approaches». *Child Develop* 50, 283-305, 1979.
- SERRATE TORRENTE, A.: «La significación psicossomática de las primeras relaciones madre-hijo». Tercer curso sobre avances en Med. Psicossomática. 26-30 Nov. Comunicación Psiquiat. Vol. III, 1979.
- SPITZ, R.A. Y WOLF, K.M.: «The smiling response, a contribution to the ontogenesis of social relations». *Genet Psychol Monog* 34, 57-125, 1946.
- SPITZ, R.A.: «El primer año de vida del niño». Fondo de Cultura Económica. México, 1977.
- WATSON, J.: «Psychological Care of the Infant and Child». Norton. New York, 1928.

# Sintomatología depresiva y dimensiones de la personalidad en una muestra de adolescentes

J. Canals Sans; I. Farré Vega y J. Fernández Ballart\*

Tarragona

## RESUMEN

Se ha estudiado longitudinalmente durante tres años la relación entre las dimensiones de la personalidad y la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes en población general. También se han relacionado las dimensiones de la personalidad y la ideación suicida. La investigación se inició con 534 sujetos (224 hembras y 310 varones) de los cuales 511 continuaron hasta el último año del estudio.

Se utilizó el CDI de Kovacs como instrumento de cribado de la sintomatología depresiva y la escala EPQ-J de Eysenck para valorar el perfil de personalidad de los sujetos.

Los adolescentes de ambos sexos con sintomatología depresiva estudiados transversalmente obtienen puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de Neuroticismo (N), Psicoticismo (P) y Conducta Antisocial

(CA) mientras que la Extraversión (E) es significativamente menor. Los adolescentes con persistencia en la sintomatología depresiva presentan diferentes patrones de personalidad según el sexo. Los sujetos del grupo control evolucionan hacia una mayor estabilidad emocional y unos niveles más altos de extraversión.

Los adolescentes que presentan ideación suicida repiten el mismo patrón que los adolescentes con sintomatología depresiva.

Los resultados apoyan que este patrón de personalidad puede ser un predictor de patología afectiva y puede a la vez determinar, en la adolescencia, algunas características de sintomatología diferenciadas entre los dos sexos.

**Palabras clave:** Personalidad. Depresión. Adolescencia e Ideación Suicida.

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la psicología clínica se han realizado numerosos estudios para intentar hallar la relación existente entre personalidad y distintas sintomatologías.

Departament de Psicologia i Educació y \*Departament de Medicina i Cirurgia (Pediatria). Universitat de Tarragona-Reus (Rovira i Virgili).

En concreto, y con relación al trastorno depresivo, muchas veces se ha intentado detectar cuál sería la que podríamos llamar personalidad predepresiva o premórbida. En el fondo lo que se pretende es comprobar si determinadas patologías se corresponden con determinados tipos de personalidad. Esto nos serviría para predecir el riesgo y la vulnerabilidad hacia esa alteración (Buceta, Parron y Polaino-Lorente, 1984).

Esta hipótesis generalmente se ha intentado confirmar en la edad adulta con estudios transversales (Eysenck, 1970; Cantwell y Carlson, 1987). Sin embargo decir si el trastorno depresivo es causa o consecuencia de determinadas características de la personalidad podría ser mejor delimitado mediante estudios longitudinales.

Desde una perspectiva evolutiva, la psicopatología afectiva parece tener una continuidad desde la edad preadolescente a la edad adulta (McGlashan, 1989; Harrington, 1989; Canals et al., 1992). Así pues, el conocimiento precoz de una personalidad potencialmente a riesgo para la depresión nos permitiría una actuación preventiva. A pesar de ello, no existen en la literatura trabajos epidemiológicos en población general infanto-adolescente, que intenten averiguar cuáles son las características de personalidad vulnerables de padecer trastorno depresivo.

Por otro lado, dentro de la sintomatología depresiva, un aspecto a considerar teniendo en cuenta las cifras de prevalencia aportadas por los recientes estudios epidemiológicos en adolescentes, es la ideación suicida. La ideación suicida es compleja y está asociada con múltiples factores, pero se puede afirmar que existe una fuerte relación entre el humor depresivo y la ideación y el intento suicida (Pfeffer et al., 1984; Simeon, 1989).

Partiendo de las hipótesis anteriores, la presente investigación se plantea estudiar durante tres años una muestra de adolescentes en edad puberal de ambos sexos con los siguientes objetivos:

1. Hallar una posible relación entre los síntomas depresivos y las dimensiones de personalidad de Eysenck.

2. Estudiar la evolución de las dimensiones de personalidad de Eysenck en los adolescentes con persistencia de sintomatología depresiva.

3. Evaluar el cambio de las dimensiones de la personalidad en adolescentes que han evolucionado en el último año hacia una sintomatología depresiva, respecto al grupo que se ha mantenido sin manifestación patológica.

4. Relacionar las dimensiones de la personalidad y la ideación suicida en cada uno de los años de seguimiento.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Sujetos

La muestra utilizada está formada por todos los niños y niñas nacidos en Reus en el primer semestre de los años 1976 y 1977 respectivamente. Este estudio forma parte de un proyecto más amplio que, centrándose en el desarrollo puberal, realiza un seguimiento de los sujetos para valorar su evolución tanto a nivel físico como psicológico. Por este motivo y para mitigar el avance fisiológico de la pubertad en las mujeres, se estableció la diferencia de un año entre sexos.

Los sujetos fueron evaluados durante tres años consecutivos (1988-89-90). Así, los varones tenían 12, 13 y 14 años, mientras que la edad de las mujeres iba de 11 a 13 años.

La *n* de la muestra al inicio del estudio estaba formada por 534 sujetos de los cuales 224 pertenecían al sexo femenino y 310 al masculino. Los datos del tercer año de seguimiento muestran que la muerte experimental fue mínima puesto que se realizaron un total de 511 exploraciones (223 con hembras y 288 con varones).

### Instrumentos

#### 1. «*Children's Depression Inventory*» (CDI; Kovacs, 1983)

El CDI es un cuestionario de cribado que se administró con el objeto de detectar a los

sujetos potencialmente depresivos. Su aplicación está aconsejada a niños y adolescentes de edades comprendidas entre 8 y 16 años.

Consta de 27 ítems que puntúan de 0 a 2 en donde 0 es ausencia de patología y 2 la forma más severa. La puntuación total es de 54 situándose el punto de corte en 19, según la propia autora. En el presente estudio se redujo el punto de corte a 17 para conseguir una mayor sensibilidad (92,6%) lo cual ha permitido un descenso en el número de falsos negativos (Canals, 1990). La especificidad obtenida para este nuevo punto de corte se sitúa en un 63,3%.

El ítem 9 fue el utilizado para valorar la ideación suicida.

## 2. «Eysenck Personality Questionnaire-Junior» (EPQ-J; Eysenck, 1975)

Es una escala de valoración de las dimensiones básicas de la personalidad según el modelo de Eysenck. Su uso está muy extendido y generalmente se aplica a niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 8 y 15 años.

Consta de 81 ítems en los cuales el sujeto debe elegir entre sí o no, sin darle opción a un término medio. A través del análisis de las respuestas dadas se obtiene una descripción general de la personalidad del sujeto definida por cuatro puntuaciones. Las tres primeras evalúan las dimensiones básicas propuestas por el autor (N-Neuroticismo o Inestabilidad Emocional, E-Extraversión y P-Psicoticismo o Falta de Sensibilidad) y la otra CA valora la predisposición a la conducta antisocial.

Sin embargo, se debe considerar que la escala de predisposición a la CA no es pura puesto que la forman elementos de N, E y P. Éste será un aspecto a tener en cuenta en el momento de interpretar los resultados.

## Procedimiento

Durante los tres años de realización del estudio, el proceso seguido fue el mismo. Se administró el «Children's Depression Inventory» (CDI) en pequeños grupos a los niños que celebraban su cumpleaños durante aquel

mes. Con esto se realizaba la valoración de la sintomatología depresiva. En esta misma ocasión, se administró el cuestionario de evaluación de la personalidad «Eysenck Personality Questionnaire-Junior» (EPQ-J).

Una vez administrado y valorado el cuestionario de cribado (CDI), todos los niños con puntuaciones iguales o superiores a 17 se incluyeron en el grupo de posibles depresivos. Se incluyó también un grupo control seleccionado al azar, mediante una tabla de números aleatorios, de entre los individuos que habían alcanzado puntuaciones inferiores al punto de corte.

Una vez realizada esta división entre afectos y no afectos de sintomatología depresiva, se analizó en cada uno de los dos grupos las puntuaciones obtenidas para las cuatro dimensiones de personalidad valoradas por la escala de Eysenck.

También se tuvo en cuenta en el momento de corregir el cuestionario de cribado la respuesta dada al ítem 9 que es el relativo a la ideación suicida. En función a esta respuesta se formaron dos grupos para cada sexo. El grupo 1 lo integran los sujetos que obtienen puntuación 0 en este ítem; se considera que no presentan ideación suicida. El grupo 2 reúne a los sujetos que puntuaron 1 o 2 en función a la severidad de la respuesta dada en este ítem.

## RESULTADOS

### 1. Sintomatología depresiva y dimensiones de la personalidad de Eysenck

En la **tabla 1** vemos las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas por el grupo de varones.

El análisis transversal muestra que, cada año, los adolescentes varones con sintomatología depresiva puntúan significativamente más alto que el grupo control en las dimensiones de N, P y CA mientras que la E fue significativamente menor.

Desde el punto de vista longitudinal, los varones con persistencia de los síntomas depresivos durante los tres años muestran tam-

bién, significativamente más N, P y CA que los no depresivos. La E no varía significativamente.

Como se puede observar, aunque las puntuaciones medias apenas varían, el grado de significación estadística probablemente disminuye porque un bajo número de sujetos han persistido en la sintomatología depresiva.

En la **tabla 2** vemos recogidos los mismos datos para el grupo de sexo femenino.

En el análisis transversal vemos que, cada año, las adolescentes con sintomatología depresiva puntúan significativamente más alto que el grupo control en N y P. La CA sólo es significativa en el último año de estudio. La E es significativamente menor en el grupo de depresivas cada año.

Desde la perspectiva longitudinal, las féminas con persistencia de sintomatología depresiva durante los tres años también presentan, como los varones, un mayor N. Al contrario de éstos, se observa una E significativamente menor y ausencia de significación para el P y la CA. Las puntuaciones medias son similares a las obtenidas para el análisis transversal ya que también al reducirse la n del grupo de depresivas con persistencia, se pierde el nivel de significación.

## 2. Evolución de las dimensiones de personalidad

En las **tablas 3 y 4** se analizan los incrementos o decrementos experimentados por las puntuaciones medias de las distintas dimensiones de la personalidad. Se compara el grupo de

**TABLA I**  
**Puntuaciones Medias y Desviaciones típicas del EPQ-J para el grupo de varones en función de la presencia o ausencia de sintomatología depresiva. Periodo de seguimiento 3 años**

	EPQ-J N			EPQ-J E			EPQ-J P			EPQ-J CA		
	Sintomat.	No Sintom.	p	Sintomat.	No Sintom.	p	Sintomat.	No Sintom.	p	Sintomat.	No Sintom.	p
1988	14,0 (4,0)	8,5 (4,0)	***	16,2 (2,8)	19,5 (3,5)	***	6,2 (2,9)	2,8 (2,7)	***	21,1 (4,8)	17,5 (4,1)	***
1989	13,6 (4,3)	7,8 (3,9)	***	17,7 (3,2)	19,6 (3,1)	**	7,0 (3,1)	2,9 (2,5)	***	23,1 (3,4)	17,7 (3,9)	***
1990	12,0 (3,9)	7,7 (4,3)	***	17,7 (2,7)	19,6 (3,0)	**	7,2 (2,9)	3,4 (2,5)	***	22,1 (4,0)	17,7 (4,0)	***
Tres Años 88-89-90	12,0 (2,4)	7,7 (4,0)	*	17,8 (2,4)	19,6 (3,1)	N.S.	7,6 (2,6)	3,4 (2,5)	**	22,8 (2,2)	17,8 (4,0)	**

\*p < 0,05

\*\*p < 0,01

\*\*\*p < 0,001

**TABLA II**  
**Puntuaciones Medias y Desviaciones típicas del EPQ-J para el grupo de mujeres en función de la presencia o ausencia de sintomatología depresiva. Periodo de seguimiento 3 años**

	EPQ-J N			EPQ-J E			EPQ-J P			EPQ-J CA		
	Sintomat.	No Sintom.	p	Sintomat.	No Sintom.	p	Sintomat.	No Sintom.	p	Sintomat.	No Sintom.	p
1988	13,7 (3,8)	8,8 (4,0)	***	14,4 (5,0)	18,6 (3,4)	***	3,5 (2,5)	1,8 (2,0)	***	18,0 (3,9)	16,3 (3,6)	N.S.
1989	13,6 (3,8)	7,6 (3,9)	***	13,8 (4,6)	19,5 (3,2)	***	4,1 (3,0)	2,0 (2,1)	***	17,9 (4,4)	16,7 (3,7)	N.S.
1990	14,9 (3,8)	7,9 (3,7)	***	15,8 (3,5)	19,9 (3,0)	***	3,7 (2,8)	2,2 (2,2)	**	19,9 (4,3)	17,3 (3,9)	**
Tres Años 88-89-90	15,0 (3,6)	7,9 (3,8)	***	13,0 (4,5)	19,9 (3,0)	***	4,0 (2,6)	2,2 (2,2)	N.S.	19,0 (2,7)	17,3 (3,9)	N.S.

\*p < 0,05

\*\*p < 0,01

\*\*\*p < 0,001

sujetos que no presentaron sintomatología depresiva al inicio del estudio y sí la presentaban en el último año, con los sujetos que en ningún momento han presentado sintomatología depresiva.

**Tabla III**  
**Diferencia de puntuaciones medias y desviaciones típicas para el grupo de varones según la aparición o no de sintomatología depresiva en el último año de estudio**

	EPQ-J N	EPQ-J E	EPQ-J P	EPQ-J CA
CDI-88 < 17				
y CDI-90 ≥ 17	3,6 (3,6)	0,5 (2,7)	3,2 (2,5)	4,3 (4,9)
Nivel significación p	***	*	**	**
CDI < 17				
88 y 90	-1,6 (5,6)	2,1 (5,1)	0,5 (3,2)	0,1 (5,0)

\*p < 0,05

\*\*p < 0,01

\*\*\*p < 0,001

**Tabla IV**  
**Diferencia de puntuaciones medias y desviaciones típicas para el grupo de mujeres según la aparición o no de sintomatología depresiva en el último año de estudio**

	EPQ-J N	EPQ-J E	EPQ-J P	EPQ-J CA
CDI-88 < 17				
y CDI-90 ≥ 17	2,5 (4,0)	0,3 (2,2)	-0,2 (3,3)	6,1 (7,3)
Nivel significación p	**	**	N.S.	**
CDI < 17				
88 y 90	-1,6 (6,0)	2,4 (6,7)	-0,7 (3,1)	3,0 (5,0)

\*p < 0,05

\*\*p < 0,01

\*\*\*p < 0,001

Así, para los sujetos controles, tanto varones como hembras, y según avanza la edad, se observa un decremento del N y un incremento de la E.

De forma opuesta los adolescentes con síntomas depresivos, tanto varones como hembras, presentan un aumento del N (más marcado en los varones) y la CA, mientras que la E se mantiene. El P presenta un incremento pero únicamente para el grupo de sexo masculino.

**3. Dimensiones de la personalidad e Ideación Suicida**

En la **tabla 5**, que corresponde al grupo de varones, se observan unas puntuaciones significativamente más altas en N, P y CA en el grupo con ideación suicida.

La E en los varones presenta una tendencia a ser significativamente menor, pero en el último año del estudio la diferencia no alcanza el nivel de significación estadística.

Para el grupo de mujeres (**tabla 6**) se repite el mismo patrón; puntuaciones significativamente más altas en N, P y CA. Sin embargo, en E las mujeres con ideación suicida obtienen puntuaciones menores con un nivel de significación más alto que los varones.

Como se puede ver se repiten exactamente los resultados adoptados por el grupo que presentaba sintomatología depresiva.

**DISCUSIÓN**

De los resultados obtenidos se derivan una serie de aspectos que deben ser tenidos en consideración.

**TABLA V**  
**Puntuaciones del EPQ-J durante los tres años de seguimiento respecto a la ideación suicida valorada por el ítem 9 del CDI para el grupo de varones**

	EPQ-J N			EPQ-J E			EPQ-J P			EPQ-J CA		
	1	2	p	1	2	p	1	2	p	1	2	p
1988	8,3 (4,0)	11,5 (4,4)	***	19,4 (3,6)	18,3 (3,4)	*	2,7 (2,7)	4,7 (3,3)	***	17,2 (3,9)	20,4 (4,7)	***
1989	7,8 (4,0)	10,4 (4,5)	***	19,6 (3,0)	18,4 (3,4)	*	3,0 (2,6)	4,7 (3,1)	***	17,6 (4,0)	20,2 (3,7)	***
1990	7,6 (4,3)	10,3 (4,4)	***	19,5 (3,1)	19,0 (2,9)	N.S.	3,5 (2,6)	4,8 (3,2)	**	17,8 (4,1)	20,0 (4,1)	***

\*p < 0,05

\*\*p < 0,01

\*\*\*p < 0,001

1 = No Ideación Suicida

2 = Ideación Suicida

**TABLA VI**  
**Puntuaciones del EPQ-J durante los tres años de seguimiento respecto a la ideación suicida valorada por el ítem 9 del CDI para el grupo de mujeres**

	EPQ-J N			EPQ-J E			EPQ-J P			EPQ-J CA		
	1	2	p	1	2	p	1	2	p	1	2	p
1988	8,7 (4,0)	12,2 (4,0)	***	18,6 (3,5)	16,5 (4,5)	***	1,7 (1,8)	3,1 (2,9)	***	16,1 (3,5)	18,3 (3,7)	***
1989	7,6 (4,1)	11,5 (4,1)	***	19,4 (3,3)	16,2 (4,7)	***	1,9 (1,9)	4,0 (3,3)	***	16,5 (3,6)	18,9 (4,0)	***
1990	7,8 (3,9)	12,2 (4,5)	***	19,7 (3,2)	18,1 (3,8)	**	2,1 (2,3)	3,7 (2,8)	***	17,0 (3,8)	20,1 (4,8)	***

\*p &lt; 0,05

\*\*p &lt; 0,01

\*\*\*p &lt; 0,001

1 = No Ideación Suicida

2 = Ideación Suicida

Por un lado, se observa que los adolescentes que presentan sintomatología depresiva obtienen puntuaciones más altas en las dimensiones de Neuroticismo, Psicoticismo y Conducta Antisocial. Revisando la bibliografía, esto no nos debe sorprender puesto que los estudios del propio Eysenck (1981) hallan una correlación positiva entre un alto Neuroticismo y la presencia de sintomatología depresiva. Según lo anterior, un elevado nivel de Neuroticismo se podría considerar como un factor de riesgo para la presencia de síntomas de depresión.

Sin embargo, al analizar los resultados longitudinales observamos una serie de diferencias en las dimensiones de Psicoticismo y Conducta Antisocial entre ambos sexos. De acuerdo a lo expuesto por Villamizar y Polaino (1988) y otros (Canals et al., 1991) se han hallado diferencias significativas en la expresión sintomatológica del trastorno depresivo. Así se habla de una depresión agitada asociada al sexo masculino y una depresión inhibida para el sexo femenino. Se podrían establecer dos perfiles sintomatológicos diferentes. En las chicas destacan la inhibición, ansiedad, dificultad para establecer contacto social, conformismo, manifestaciones somáticas y buen comportamiento o conducta superadaptada. Mientras que en los varones se observan mayoritariamente dificultades para establecer contacto social, irritabilidad, culpabilidad, conducta agresiva y peor rendimiento escolar.

En nuestro estudio el alto nivel de Neuroticismo, Psicoticismo y Conducta Antisocial obtenido en el grupo de varones con síntomas

depresivos apoyan las características clínicas externalizantes citadas anteriormente. Al contrario las adolescentes con síntomas depresivos presentan un marcado incremento en el Neuroticismo y un decremento en la Extraversión. Este perfil de personalidad corrobora la manifestación de una depresión coexistente con altos niveles de ansiedad e internalización.

Por otro lado, el grupo de sujetos controles evoluciona, según avanza la edad, hacia una mayor estabilidad emocional. Al mismo tiempo se abandona la interiorización que acompaña a la introversión para dar paso a unos niveles más altos de extraversión. Se asumiría un alto riesgo si a partir de estos resultados se hablara de un patrón evolutivo no patológico de la personalidad pero sí se puede afirmar que ésta es la tendencia más frecuentemente adoptada por los adolescentes en su desarrollo psicoemocional.

Los resultados que hacen referencia a la ideación suicida nos permiten hablar de ella como una parte más de la sintomatología depresiva. Las características de la personalidad han sido las mismas en ambos grupos. Hay coincidencia entre numerosos autores en que la condición psicopatológica más frecuente y establemente asociada al suicidio es la enfermedad depresiva (McIntosh, 1985). Sin embargo, Mehrabian y Weinstein (1985) defienden la postura de que los sujetos potencialmente suicidas corresponderían más a trastornos neuróticos o ansiosos que depresivos. Nuestros resultados, de algún modo, apoyarían ambas argumentaciones puesto que parece ser

que un alto Neuroticismo coexiste con el trastorno depresivo.

## CONCLUSIONES

1. El patrón de personalidad típico de los adolescentes depresivos se caracteriza por un aumento en las dimensiones N, P y CA y una disminución de la E. Las diferencias entre sexos son casi inexistentes desde esta perspectiva transversal.

2. Los adolescentes con persistencia en la sintomatología depresiva presentan diferentes patrones de personalidad según el sexo. Los varones alcanzan un mayor nivel de N, P y CA que el grupo control mientras que las hembras muestran un mayor N y una menor E.

3. Estos resultados longitudinales apoyan que estos patrones de personalidad puedan ser un predictor de patología afectiva y a la vez que predisponen a una manifestación clínica diferente entre sexos.

4. La personalidad de los adolescentes no afectados por los síntomas depresivos evoluciona hacia un menor N y una mayor E con el paso de los años.

Los adolescentes depresivos, sin embargo, evolucionan hacia un mayor N y una mayor CA mientras que la E se mantiene.

5. Los adolescentes con ideación suicida no difieren del perfil de personalidad manifestada por los adolescentes depresivos.

## Bibliografía

1. BUCETA, J.M.; PARRON, P. Y POLAINO-LORENTE, A.: «Personalidad predepresiva versus dimensiones de la personalidad en la depresión». En Polaino-Lorente, A. (eds.): «Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico». Editorial Alhambra, Madrid, 1984.
2. CANALS, J.: «Estudio epidemiológico de la depresión en la adolescencia». En Román Sánchez J.Mª y García Villamizar D.A. (eds.): «Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar». Promolibro, Valencia, 1990.
3. CANALS, J.; FERNÁNDEZ, J. Y MARTI, C.: «Epidemiología de la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes de población general: 4 años de seguimiento». Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona (en prensa), 1992.
4. CARLSON, G. Y CANTWELL, D.: «Suicidal behavior and depression in children and adolescents». *Journal American Academy Child Psychiatry*, 21, 2.404-2.407, 1979.
5. CANTWELL, D. Y CARLSON, G.: «Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia». Ed. Martínez-Roca, Barcelona, 1987.
6. DOMÉNECH, E. Y POLAINO-LORENTE, A.: «Epidemiología de la depresión infantil». Ed. Espaxs, Barcelona, 1990.
7. EYSENCK, H.J.: «Dimensions of Personality». Routledge and Kegan Paul, London, 1947.
8. EYSENCK, H.J.: «The Scientific Study of Personality». Routledge and Kegan Paul, London, 1952.
9. EYSENCK, H.J.: «The structure of human personality». Methnen, London, 1970.
10. EYSENCK, H.J. Y EYSENCK, S.B.G.: «EPQ-J. Cuestionario de Personalidad». 2ª Edición TEA ediciones, S.A. Madrid, 1981.
11. HARRINGTON, R.C.: «Child and adult depression: concepts and continuities». *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 26, 12-29, 1989.
12. KOVACS, M.: «The Children's Depression Inventory: A self rated depression scale for school-aged youngsters». Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1983.
13. KUTCHER, S.P. Y MARTON, P.: «Parameters of adolescent depression: A review. Affective Disorders and Anxiety in the Child and Adolescent». 193, 895-918, 1989.
14. MARCOS, T.: «Relaciones entre los trastornos de la personalidad y los trastornos afectivos». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 225-223, 1990.
15. MCGLASHAN, T.H.: «Comparison of adolescent and adult onset unipolar depression». *American Journal of Psychiatry*, 146, 1.208-1.211, 1989.
16. MCINTOSH, J.L.: «Research on Suicide: A bibliography». *Bibliographies and Indexes in Psychology*, 2. Greenwood Press, 1985.
17. MEHRABIAN, A. Y WEINSTEIN, L.: «Temperament Characteristics of Suicide Attempters». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 544-546, 1985.
18. PFEFFER, C.R.; ZUCKERMAN, S.; PLUTCHICK, R. Y MIZRUCHI, M.S.: «Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients». *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry*, 23, 416-423, 1984.
19. POLAINO, A.: «Depresión y Suicidio en los Adolescentes». En: Polaino-Lorente A. (eds.): *Las depresiones infantiles*. Editorial Morata, Madrid, 1988.
20. POZNANSKI, E.O.; FREEMAN, L.N. Y MOKROS, H.B.: «Children's Depression Rating Scale-Revised». *Psychopharmacologie Bulletin*, 21, 979-989, 1985.
21. VILLAMISAR, D.G. Y POLAINO, A.: «Una revisión del concepto de Depresión Infantil desde la perspectiva clínica». En Polaino-Lorente A. (eds.): «Las depresiones infantiles». Editorial Morata, Madrid, 1988.

# Las neurosis obsesivas en la infancia

J.L. Jiménez Hernández\*; A. Oteiza Motrico\* y P. López Peña\*\*

Vizcaya

## INTRODUCCIÓN

Las Neurosis Obsesivas son poco conocidas en la infancia<sup>1-4</sup>. Para todas las edades, su cuadro clínico consiste en pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos y absurdos que obligan a interrumpir significativamente la rutina habitual del sujeto<sup>5</sup>. Muchas veces, las obsesiones se acompañan de rituales compulsivos para neutralizar el malestar producido por las mismas.

La mayoría de los autores afirman que al menos un 25% de los adultos obsesivos comenzaron la enfermedad antes de los 15 años<sup>6</sup>. Por otra parte, se ha hecho suficiente hincapié en la bibliografía acerca del mejor pronóstico que tienen los pacientes obsesivos tratados precozmente<sup>7</sup>.

Una de las principales causas de que pasen desapercibidos en edad escolar suele ser la dificultad que los médicos tenemos para distinguir el desarrollo normal del patológicamente obsesivo<sup>2</sup>. Otro motivo estaría en los escasos conocimientos que acerca de la enfermedad obsesiva tiene la mayor parte del staff pediátrico.

Los tests para detectar con fiabilidad neurosis obsesivas en la infancia brillaron por su ausencia hasta 1986, año en que Berg, Rapoport y Flament publicaron su Leyton Obsessional Inventory-Child Version, —o LOI-CV—<sup>8</sup>. Desde entonces, se han hecho diversas adaptaciones<sup>9-11</sup>.

El motivo principal del presente trabajo es mostrar los resultados de un intento de validación en castellano del LOI-CV como instrumento eficaz para detectar pacientes pediátricos obsesivos.

**Palabras clave:** Neurosis obsesiva infancia. Diagnóstico. LOI-CV. Validación castellano.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue diseñado para comprobar si el LOI-CV adaptado al castellano podría distinguir niños obsesivos de pacientes no obsesivos —tanto en el total de respuestas afirmativas, como en la resistencia del sujeto a los síntomas, y en el grado de interferencia vital que supusiera la enfermedad—.

El segundo objetivo era observar si el test diferenciaba obsesivos de controles sanos.

La adaptación del cuestionario de 44 ítems quedaba reducida a 40 ítems, basándonos en la

\*Psiquiatría Infantil (Pediatria), Hospital de Cruces, Vizcaya.

\*\*Psiquiatría, Hospital Santiago Apostol, Vitoria, Álava.

posibilidad de abarcar la totalidad de la sintomatología obsesiva: *pensamientos repetitivos y persistentes*, que incluyen palabras, números, ideas, cadenas de pensamientos, imágenes, emociones, e *impulsos* a realizar ciertas conductas perseverantes y estereotipadas (tocar, oler, comprobar la textura de los objetos, lavado de manos o actividades de limpieza, deambulación, rituales de comprobación, etc.).

Es un test autorrellenable, con doble elección de respuesta. Las contestaciones afirmativas eligen una de cinco respuestas de intensidad comportamental —de 1 a 5—, cuya suma nos mide la resistencia e interferencia sintomática.

Se ha medido la sensibilidad, fiabilidad y validez de la prueba como puede comprobarse en la tabla I.

El Grupo Experimental lo constituían 18 pacientes entre los 11 y los 14 años de edad (Edad Media: 12 años), que reunían los criterios de la DSM-III-R para Neurosis Obsesivas<sup>12</sup>.

El Grupo Comparativo eran 18 pacientes paidopsiquiátricos con una característica común: tener síntomas obsesivos dentro de otro diagnóstico prevalente. Nueve eran Fóbicos; siete tenían Depresión; y las dos restantes padecían Anorexia Nerviosa.

Tanto el Grupo Comparativo como el Grupo Control, formado por 30 niños sanos, tenían una edad cronológica y mental similar al Grupo Experimental.

**Tabla I**  
**Diferencias entre grupos**

	Obsesivos N = 18		No obsesivos N = 18		Controles N = 30		F	DF	P
	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS			
Si	32,7	8,3+	28,1	6,8	21,4	5,6	8,8	2,65	0,0004
Resistencia	83,3	20,0++	58,5	9,5	53,0	8,9	12,8	2,65	0,0001
Interferencia	95,9	26,2+++	72,6	13,9	60,1	10,9	13,8	2,65	0,0001

+ Sign. dif. de controles P < 0,05

++ Sign. dif. de no obs. P < 0,05

+++ Sign. dif. de no obs. P < 0,1

## RESULTADOS

Como puede verse en la tabla I, las diferencias totales entre obsesivos y controles son significativas. Los obsesivos tienen un número de respuestas afirmativas que oscila entre 40 y 25 (media de 32,7); mientras que los controles se hallan entre 10 y 32 (media de 21,4). La diferencia es, pues, significativa ( $p < 0,05$ ).

El grupo comparativo se encontraba entre 10 y 38 síes, con una distribución media de 28,1.

Del total de obsesivos ( $n = 18$ ), 15 (83%) tenían un alto nivel de interferencia ( $> 75$  puntos), siendo su desviación standard de 26,2. La diferencia respecto de los no obsesivos (D.S. = 13,9), y de los controles (D.S. = 10,9) era significativa ( $p < 0,1$  y  $p < 0,05$ , respectivamente).

A las mismas conclusiones llegábamos si mediamos la resistencia a los síntomas. El grupo experimental tenía una media de 83,3 puntos de resistencia; mientras que el grupo comparativo reunía 58,5; y el grupo control, 53,0 de media. Las diferencias eran, pues, significativas ( $p < 0,05$  para ambos).

El procedimiento no encontró falsos negativos; pero los falsos positivos eran frecuentes, sobre todo entre los niños fóbicos.

Si escogemos un punto de corte de 25 o > para respuestas, la sensibilidad es del 75%, y la especificidad del 50%. Con un criterio de selección de 15 o > para el número de síes totales, la sensibilidad aumenta al 88%; siendo la especificidad entonces del 45%. Con amplios criterios de selección, la sensibilidad del test para Neurosis Obsesivas es del 64%.

De los 40 ítems que constituyen el LOI-CV adaptado, 15 (el 1, 2, 3, 11, 13, el 18, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 35, 36, y 40) reúnen las características más diferenciadoras entre grupos. Véase la tabla II.

## DISCUSIÓN

Los avances en farmacología y en técnicas de formación de imágenes (TEP p.e.) abogan por una base biológica de las obsesiones<sup>13</sup>.

**Tabla II**  
**Items que componen el test**

LOI-CV Adaptado		
1. No puedo relajarme por pensamientos	Sí	No
2. Dificil concentración por imágenes	Sí	No
3. Muy preocupado por todo	Sí	No
4. Limpieza y cuidados en el arreglo	Sí	No
5. Atención a pequeños detalles	Sí	No
6. Miedos irracionales	Sí	No
7. Necesidad de repetir palabras	Sí	No
8. Impulsos a hacer cosas peligrosas	Sí	No
9. Orden antes de dormir	Sí	No
10. Siempre de la misma manera	Sí	No
11. Nervioso ante mínimos cambios	Sí	No
12. Interferencia vida cotidiana	Sí	No
13. Necesidad de repetir ruidos	Sí	No
14. Imitar movimientos	Sí	No
15. Contar varias veces	Sí	No
16. Repasar demasiado	Sí	No
17. Gasto de tiempo en resistir	Sí	No
18. Imágenes alien interrumpen	Sí	No
19. Impulsos a dañar	Sí	No
20. Necesidad de tocar	Sí	No
21. Palabras o pensamientos soeces	Sí	No
22. Pensamientos invasivos	Sí	No
23. Preocupación excesiva por daños	Sí	No
24. Escenas sangrientas	Sí	No
25. Necesidad de tocar el cuerpo	Sí	No
26. Comprobación de luz, butano, agua	Sí	No
27. Repasar y comprobar tareas	Sí	No
28. Reconsiderar y dudar las decisiones	Sí	No
29. Introspección	Sí	No
30. Orden riguroso en colocar las cosas	Sí	No
31. Pensamientos y angustia con un gasto	Sí	No
32. Distracción por imágenes obsesivas	Sí	No
33. Estricto horario	Sí	No
34. Riguroso orden al lavarse y arreglarse	Sí	No
35. Fallos en estudios por los síntomas	Sí	No
36. Cualquier tarea siempre incompleta	Sí	No
37. A pesar de ensayar, fallos	Sí	No
38. Necesidad de hacer cosas dañinas	Sí	No
39. Impulsos de dañarse o de violencia	Sí	No
40. Palabrotas o gestos obscenos	Sí	No

De ellos, el 1, 2, 7, 11, 13, 18, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 35, 36 y 40 (un total de 15 items) resultan ser los más específicos para distinguir obsesivos de sanos y de otras patologías en la infancia.

La conexión existente entre movimientos motores involuntarios y síntomas obsesivo-compulsivos se conoce desde hace tiempo<sup>14</sup>. Se ha comprobado reiteradamente que los trastornos obsesivos se asocian frecuentemente a

otras enfermedades nerviosas: corea de Sydenham; epilepsia; enfermedad de Parkinson post-encefálica; y lesiones tóxicas de los ganglios basales.

Sabiendo que los ganglios basales se consi-

deran una estación de paso entre los estímulos aferentes de tipo sensorial y las correspondientes respuestas motoras o cognoscitivas, Swedo, Shapiro y Grady compararon pacientes obsesivo-compulsivos y controles sanos, mediante Tomografía por Emisión de Positrones (TEP)<sup>15</sup>.

Su trabajo sacó a la luz que los pacientes obsesivos poseían niveles mayores de metabolismo glucídico, concretamente en áreas del lóbulo frontal y en el cíngulo. Recordemos cómo el cíngulo es el área anatómica que conecta el lóbulo frontal con los ganglios basales.

En definitiva, aunque el mecanismo etiopatogénico preciso de los síntomas obsesivos no está del todo aclarado, cada vez estamos más seguros de las áreas biológicas implicadas.

Paralelamente a los avances en el terreno de la investigación causal, se han dado pasos muy importantes en el área del tratamiento. Por una parte, estarían los programas de terapia de modificación conductual —sobre todo, la exposición «in vitro» y la prevención de respuesta<sup>16</sup>. Por otra, los fármacos que se han mostrado eficaces como antiobsesivos: Clorimipramina, Fluvoxamina y Fluoxetina. De ellos, la Clorimipramina ha sido el más estudiado y es el recomendado como tratamiento de elección<sup>17</sup>. Rapoport y Leonard compararon su efecto antiobsesivo con el producido por la Desipramina. Durante 15 días se trató a dos grupos de pacientes obsesivos con uno de los fármacos por grupo; al final de este periodo, se cambiaron las recetas durante otros 15 días. Los pacientes mejoraban con la Clorimipramina y empeoraban con la Desipramina<sup>18</sup>.

Es insólito que un mismo desequilibrio psiquiátrico aparezca de forma idéntica en niños y en adultos; pues bien, el síndrome obsesivo pediátrico —una vez desarrollado—, parece idéntico al que muestran los adultos<sup>13</sup>. A menudo, sin embargo, se asiste a un empeoramiento progresivo de los síntomas —si no se tratan—. Así, desde el ritual infantil de contar, se pasa a las compulsiones de limpieza en la adolescencia, y a los pensamientos obsesivos en la primera edad adulta.

Un porcentaje que oscila entre el 30 y el 50% de los enfermos obsesivos comienzan a

comportarse así en la infancia o en la adolescencia<sup>13</sup>. Principalmente porque entienden que sus síntomas carecen de sentido, estos pacientes pasan gran parte de su vida ocultándolos. Simulan un estado de normalidad el máximo tiempo posible, limitando sus comportamientos rituales a las horas de intimidad, y evitando las situaciones sociales en que sus compulsiones quedan al descubierto. Logran disimular durante años los síntomas; solo buscan ayuda cuando no pueden controlarlos por más tiempo, debido a que les impiden ir al colegio o a cumplir con unas mínimas obligaciones sociales.

Es debido a esta fase de «encubrimiento», así como al mejor pronóstico que entraña su tratamiento precoz<sup>19</sup>, por lo que se acentúa la conveniencia de identificar los mismos casos de adultos obsesivos pero en edad pediátrica.

De todos modos, ello no quiere decir que todo aquel niño que muestre rituales sea paciente; más bien, todo lo contrario. El desarrollo normal implica ordenar exteriormente lo que luego vamos a interiorizar, y ello conlleva múltiples comportamientos de repetición, ensayo, y «compulsión sensu lato». Sin embargo, la diferencia estriba en el grado de interferencia que las conductas «obsesivas» provoquen sobre la vida cotidiana; o lo que es igual: su distinta intensidad y tiempo de existencia.

Diagnosticar una Neurosis Obsesiva en pediatría es una tarea difícil, pues. Exige disponer de instrumentos adecuados de medida y correlaciones clínicas para los resultados obtenidos en dichos tests.

Pruebas utilizadas en la actualidad son:

1. El Obsessive-Compulsive Checklist<sup>20</sup>.
2. El Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale<sup>21</sup>.
3. El Leyton Obsessional Inventory-Child Version (Leyton-CV)<sup>8-11</sup>.

Como se ha indicado más arriba ha sido una adaptación de este último test el cuestionario utilizado por los autores para intentar una validación diagnóstica en nuestro idioma del **LEYTON para niños**.

Quizás por ser el dato de menor trascendencia, empezaremos haciendo hincapié en el alto porcentaje de obsesividad que hemos encon-

trado en el grupo control, respecto los estudios originales<sup>8</sup>. De todos modos ningún sujeto de la población o grupo control (n = 30) estaba enfermo.

Viendo los resultados del estudio —ya comentados—, en la tabla I, recordamos que se obtiene un 75% de sensibilidad y un 50% de especificidad, para un punto de corte de 15 o >. Parece, pues, un método válido para detectar casos obsesivo-compulsivos, siempre que los resultados del test se acompañen de los criterios necesarios para el diagnóstico de la DSM-III-R<sup>12</sup>.

Reseñar por último que nos parece que podría reunirse toda la sintomatología obsesivo-compulsiva en menos ítems, y a pesar de que no hemos usado el nuevo test que se compondría de 20 ítems: los que permiten mejor diferenciar a la vez **obsesivos de sanos** (por la suma total de respuestas afirmativas); y **obsesivos de pacientes no obsesivos** (por las medidas de resistencia e interferencia).

## CONCLUSIÓN

En suma, de acuerdo con el análisis estimativo realizado, el test del Dr. Leyton y sus colegas, en versión infantil, y adaptado a nuestra cultura, puede ser útil para ayudar a diagnosticar Trastornos Obsesivo-Compulsivos entre los niños y adolescentes que acuden a las consultas paidopsiquiátricas del país.

## Bibliografía

1. FLAMENT M.F., WHITAKER A., RAPOPORT J.L., DAVIES M., ZAREMBA C., KALIKOW K., SCEERY M.D. Y SHAFFER D.: «Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An epidemiological study». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 764-771.
2. JUDD L.L.: «Obsessive-Compulsive Neurosis in children». *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 136-143.
3. LEBOVICI S.: «Evolution de la névrose obsessionnelle de l'enfant et de l'adolescent». *Neuropsychiatrie de l'enfance* 1985; 33: 469-474.
4. HOLLINGSWORTH C.E., TANGUAY P.E., GROSSMAN L. Y PABST P.: «Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980; 19: 134-144.
5. RAPOPORT J.L.: «Childhood Obsessive Compulsive Disorder». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 27: 289-296.
6. ROBINS L.E., HELZER J.E., WEISSMAN M.M. y cols.: «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites». *Arch Gen Psychiatry* 1984; 4: 949-958.
7. TOMÁS J, GASTAMINZA X Y BASSAS N.: «Valoración evolutiva de los trastornos obsesivos en la infancia. Pautas terapéuticas farmacológicas». *Rev Psiq Inf* 1990; 1: 58-67.
8. BERG C.J., RAPOPORT J.L. Y FLAMENT M.F.: «The Leyton Obsessional Inventory-Child Version». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25: 84-91.
9. BERG C.J., WHITAKER A., DAVIES M., FLAMENT M.F. Y RAPOPORT J.L.: «The survey form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Norms from an epidemiological study». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 759-763.
10. SNOWDEN J.: «A comparison of written and postbox forms of the Leyton Obsessional Inventory». *Psychol Med* 1980; 10: 165-170.
11. COOPER J.: «The Leyton Obsessional Inventory». *Psychol Med* 1970; 1: 48-64.
12. American Psychiatric Association. «Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III-R», págs. 293-296; Masson S.A., Barcelona, 1988.
13. RAPOPORT J.L.: «Biología de las obsesiones y las compulsiones». *Investigación y Ciencia* 1989; 152: 64-71.
14. GREIST J.H., RAPOPORT J.L. Y RASMUSSEN S.A.: «Spotting the obsessive-compulsive». *Patient Care* 1990; 24: 47-73.
15. SWEDO S., SHAPIRO M. Y GRADY C.L.: «Obsessive-Compulsive Disorders». M.A. Jenike, L. Baer y V. Minichiello (eds.); PSG Publishing Company Inc., New York, 1986.
16. HOOGRUIN C.A.L. Y DUIVENVOORDEN H.J.: «A decision model in the treatment of Obsessive-Compulsive Neuroses». *Br J Psychiatry* 1988; 152: 516-521.
17. DEVEAUGH-GEISS J., MOROZ G., BIEDERMAN J., CANTWELL D., FONTAINE R., GREIST J.H., REICHLER R., KATZ R. Y LANDAU P.: «Clomipramine Hydrochloride in childhood and adolescent Obsessive-Compulsive Disorder - A multicenter trial». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 45-49.
18. LEONARD H.L., SWEDO S.E., RAPOPORT J.L. y cols.: «Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison». *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1.088-1.092.
19. JENIKE M.A.: «Obsessive-compulsive and related disorders: A hidden epidemic, editorial». *N Engl J Med* 1989; 321: 539-541.
20. GREIST J.H., JEFFERSON J.H. Y MARKS I.M.: «Anxiety and its treatment. Help is available». American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1986.
21. GOODMAN W.K., PRICE L.H., RASMUSSEN S.A. y cols.: «The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity». *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1.012-1.016.

# Lugar de control y actitudes y conocimientos ante los medicamentos: ¿Interdependencia de dos variables en la salud infantil?

P. Aramburuzabala Higuera; A. Polaino-Lorente

Madrid

## RESUMEN

El presente trabajo trata de analizar la relación entre el lugar de control de la salud y los conocimientos, y las actitudes de los niños con respecto al consumo de medicamentos.

Los datos que se presentan han sido extraídos de un estudio más amplio, en proceso de realización, acerca de los medicamentos y la infancia. Para la obtención de los datos se llevaron a cabo entrevistas con 50 niños de 7 y 10 años.

Se observó un lugar de control de la salud interno en el 54% de los niños entrevistados. En general, los niños con mayor control interno de la salud demostraron tener más conocimientos y una actitud más racional con respecto al consumo de medicamentos. Estos niños, además, manifestaron tener menores expectativas de tomar medicamentos.

Los programas de educación para la salud

que comprendan el tema de los medicamentos son altamente recomendables, puesto que contribuirían a cambiar actitudes, a informar a la población infantil con respecto al tema de los medicamentos y a reforzar el lugar de control de la salud interno, haciendo que los niños asuman una mayor responsabilidad acerca de su salud.

**Palabras clave:** Lugar de control. Conocimientos. Consumo de medicamentos. Salud infantil. Educación para la salud.

## LUGAR DE CONTROL Y ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ANTE LOS MEDICAMENTOS

### ¿Interdependencia de Dos Variables en la Salud Infantil?

El presente trabajo trata de analizar la relación entre algunos de los factores explicativos de la conducta infantil de consumo de medica-

mentos, tales como el lugar de control de la salud y los conocimientos, actitudes y expectativas de uso de los medicamentos.

El estudio del consumo de medicamentos en sociedades no-industrializadas incluye, con frecuencia, una descripción de los factores socio-culturales que están relacionados con las conductas de salud y de enfermedad. Sin embargo, los estudios sobre utilización de medicamentos llevados a cabo en España, y en los demás países europeos, con referencia al mismo tema, suelen ignorar tales factores y tienden a centrarse en aquello que está más directamente relacionado con el mercado farmacéutico.

Sin embargo, es necesario obtener más información acerca de lo que realmente piensan y hacen las personas con respecto a los medicamentos. Esta necesidad ha surgido a partir de las investigaciones que demuestran que: (1) la prescripción de medicamentos (es decir, las indicaciones, la disponibilidad y la seguridad de tales sustancias) no siempre es racional; (2) mientras la demanda de medicamentos por parte de los pacientes es alta, la adherencia al tratamiento es baja; (3) el autocuidado de salud predomina en tal forma, y su uso está tan extendido, que la información estadística acerca del consumo de medicamentos probablemente se refiere sólo a un pequeño porcentaje del consumo real.

Los niños son un reflejo de la cultura que les rodea y los comportamientos relacionados con las medicinas y el cuidado de la salud se desarrollan, sin lugar a dudas, en una etapa temprana de la vida. Así pues, el estudio del uso de medicamentos en la infancia es esencial para conocer y comprender el proceso de adquisición de patrones de conductas de salud; en especial con relación al uso de los fármacos. Estos conocimientos y actitudes van a influir decisivamente sobre el comportamiento y la toma de medicamentos en la etapa adulta. Este estudio constituye uno de los primeros intentos, a nivel europeo, de realizar una descripción, de carácter cualitativo y cuantitativo, de los conceptos y actitudes ante los medicamentos.

Estudios como el de Bush (en imprenta)

resaltan que los niños tienen más autonomía en el uso de medicamentos de lo que la mayoría de los adultos podrían predecir. Otros estudios han analizado las variables que influyen en el consumo de medicamentos en la infancia. Algunos se han centrado en variables tales como la influencia de la publicidad (Lewis y Lewis, 1974; Atkin, 1978; Rossiter y Robertson, 1980 y Zuckerman y Zuckerman, 1985), la influencia materna (Mechanic, 1964; Bush e Iannotti, 1988; y Sachs, 1990), la capacidad de tomar decisiones por parte de los niños (Lewis y Lewis, 1982 y Lewis y Lewis, 1989), y el aprendizaje social y el desarrollo cognitivo (Campbell, 1975).

Sin embargo, son escasos los estudios acerca de la relación entre el lugar de control de la salud y los conocimientos, las expectativas de uso y las actitudes de los niños ante el consumo de los medicamentos (Bush y Davidson, 1982; Bush, Iannotti y Davidson, 1985; Bush e Iannotti, 1988 y Bush e Iannotti, 1990).

El presente estudio está enmarcado dentro de un sistema conceptual representado por el Modelo de Creencias acerca de la Salud (Health Belief Model -HBM), de Bush e Iannotti (1990). Este modelo parece ser útil para predecir las expectativas que tienen los niños con respecto al tratamiento de problemas comunes de salud (Bush, in press). El modelo está basado en tres teorías principales: la teoría del aprendizaje social, la teoría del desarrollo cognitivo y la teoría de la intención comportamental.

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977, 1987) considera que las conductas se adquieren y se moldean de forma gradual como resultado de las consecuencias positivas o negativas de dichas conductas. La teoría del desarrollo cognitivo (Inhelder y Piaget, 1958) sugiere que los estadios del desarrollo son el resultado de los procesos cognitivos del niño según estos se desarrollan y operan dentro de su propio contexto. Según la teoría de la intención comportamental de Fishbein y Ajzen (citada por Bush e Iannotti, 1985), las intenciones comportamentales son los mejores predictores de las conductas; los principales predictores de la intención comportamental son

las actitudes y la norma subjetiva relacionada con la conducta.

El HBM de Bush e Iannotti pretende explicar la conducta infantil de consumo de medicamentos teniendo en cuenta los siguientes factores: (1) factores psicosociales (lugar de control de la salud, autoestima, conocimientos acerca de los medicamentos, edad, sexo y estatus socioeconómico); (2) visitas al médico, frecuencia de enfermedad y autonomía; (3) factores ambientales (cultura, familia, compañeros, colegio y medios de comunicación); (4) motivaciones (preocupación acerca de las enfermedades); (5) percepción de la amenaza de la enfermedad (percepción de la vulnerabilidad y de la severidad); (6) percepción del beneficio de los medicamentos (percepción de los beneficios de los medicamentos y de los no-medicamentos); y (7) las expectativas de uso de medicamentos que se desarrollan como resultado de los factores anteriormente señalados.

## VARIABLES DEL ESTUDIO E INSTRUMENTOS

### Lugar de Control de la Salud Infantil

La *Escala Abreviada de Lugar de Control de la Salud para Niños* que se ha utilizado en este estudio fue desarrollada por Bush, Parcel y Davidson (1982), a partir de la Escala de Lugar de Control de la Salud para Niños, de Parcel y Meyer (1978). La escala consta de nueve ítems con tres subescalas (personas significativas, suerte y control interno). El estudio para desarrollar la escala abreviada demostró su fiabilidad y validez.

La escala evalúa las creencias de los niños en relación con la fuente de refuerzo para el control que tienen sobre su propia salud (O'Brien, Bush y Parcel, 1989).

Los estudios sobre educación para la salud tienen en cuenta variables tales como los conocimientos y las actitudes de los niños; estos estudios asumen que si un sujeto comprende y tiene una actitud favorable hacia una determinada conducta de salud, dará lugar al patrón de

conducta o a la toma de decisiones adecuada.

La «motivación hacia la salud» es una de las variables del Modelo de Creencias acerca de la Salud que se ha utilizado como marco del presente estudio. Esta variable se operativiza a través del lugar de control del sujeto, de modo que el lugar de control se convierte en una variable importante para predecir la conducta de salud (Parcel y Meyer, 1978). En el presente estudio se utiliza la medida del lugar de control junto con la medida de las actitudes y los conocimientos de los niños ante los medicamentos para explicar las conductas de salud.

Según el Modelo de Creencias acerca de la Salud utilizado, la predicción de la conducta depende principalmente de dos variables: (1) el valor que el sujeto da a un objetivo determinado; y (2) la estimación que hace el sujeto de las posibilidades de que una acción dé como resultado dicho objetivo. La escala de lugar de control utilizada mide esta segunda variable.

Esta escala se enmarca dentro de las teorías del aprendizaje social y de la intención de conducta. Dentro de la teoría del aprendizaje social, esta escala se aplica para (1) determinar la relación entre el lugar de control de la salud y otras variables relacionadas con la salud infantil; (2) determinar qué experiencias del aprendizaje social conducen al refuerzo de un lugar de control interno o externo; y (3) determinar los efectos de las experiencias de aprendizaje en el lugar de control de la salud infantil.

La aplicación de las teorías del aprendizaje social y de la intención de conducta al estudio de las conductas de salud de los niños tienen implicaciones importantes para la educación de la salud. Si el lugar de control interno es un factor necesario para que los niños sean capaces de asumir la responsabilidad de ciertos tipos de conducta de salud, es esencial que haya programas de educación de la salud que proporcionen actividades de aprendizaje para reforzar un lugar de control de la salud interno (Parcel y Meyer, 1978).

En un estudio realizado en Estados Unidos por Bush, Iannotti y Davidson (citado en Bush y Hardon, 1990) apareció el lugar de control

de la salud como una variable importante que ejercía efectos directos sobre las disposiciones de los niños ante el consumo de medicamentos. Los niños cuyos resultados expresaron un mayor control interno percibían en menor grado el beneficio de las medicinas para el tratamiento de problemas comunes de salud. Los resultados de este estudio resaltaron que, en general, los niños que saben más acerca de los medicamentos y que sienten que tienen más control sobre su salud son aquellos cuyas expectativas de tomar medicamentos son menores.

Los estudios acerca de la relación entre el desarrollo del niño y el lugar de control van evidenciando las implicaciones para la educación de la salud. Por ejemplo, parece conveniente proporcionar a los niños pequeños (de 5 y 6 años) fuentes externas de refuerzo para las conductas de salud. Según crecen los niños parece conveniente un cambio gradual hacia el refuerzo del lugar de control de la salud interno. Esto haría que los niños tuvieran más responsabilidad en cuanto a las acciones de salud y aumentaría su libertad para tomar decisiones respecto de la salud. Para ello, los padres, los profesores y el personal sanitario deben aprender a reforzar a los niños cuando asumen responsabilidad y toman decisiones acerca de su salud. Si bien es importante el contenido de los programas de educación para la salud, también ha de prestarse atención a la enseñanza de las habilidades para tomar decisiones acerca de la salud. Si los niños aprenden a aplicar con éxito las habilidades de toma de decisiones a las conductas de salud, la educación para la salud contribuirá a que los sujetos asuman más responsabilidad acerca de su salud (Parcel y Meyer, 1978).

### **Actitudes Infantiles con Respecto a los Medicamentos**

Las actitudes con respecto al consumo de medicamentos, como cualquier otra actitud, son disposiciones permanentes y determinantes de la conducta que tienen diversos compo-

nes cognitivos, afectivos, normativos y conductuales. Las actitudes son adquiridas y educables (Alcántara, 1988). Los niños comienzan a adquirir actitudes ante la salud y la enfermedad y otras conductas asociadas, tales como el uso de medicamentos, a una edad muy temprana, manteniéndose estas actitudes relativamente estables con el paso del tiempo. Sin embargo, por el momento, son muy escasos los estudios que aportan datos acerca de la formación de las actitudes infantiles relacionadas con el uso y consumo de medicamentos. La obtención de datos acerca de lo que los niños saben y hacen y por qué lo saben y lo hacen, es imprescindible para elaborar programas de educación para la salud que traten de cambiar actitudes y de informar a la población infantil con respecto al tema de los medicamentos (Aramburuzabala y Polaino-Lorente, 1991).

### **Conocimientos acerca de los Medicamentos**

El conocimiento es necesario, pero no es suficiente para inducir conductas de salud. El estudio realizado en Estados Unidos por Bush, Iannotti y Davidson (citado en Bush y Hardon, 1990) demostró la existencia de una relación negativa entre los conocimientos de los niños acerca de los medicamentos y sus expectativas de uso ante problemas comunes de salud.

Para el presente estudio se elaboró un instrumento que pretende medir las actitudes, los conocimientos y las expectativas de uso infantiles con respecto al consumo de medicamentos. El soporte de este instrumento son los valores del niño, que van a dirigir su conducta respecto al consumo de medicamentos. Se incluyeron, entre otras, preguntas referentes a: (1) la relación entre eficacia y características externas del medicamento (tamaño, color, sabor, forma de presentación, lugar de adquisición y fuente de prescripción); (2) la autonomía en el consumo de fármacos; (3) la adherencia al tratamiento; y (4) el tratamiento de distintos problemas de salud que son comunes en la infancia.

Los resultados que se presentan están englobados dentro de una investigación que está en proceso de realización. Dicho estudio está siendo llevado a cabo en distintos países de la Comunidad Económica Europea, subvencionado por COMAC/HSR. Los objetivos principales de la investigación son la obtención de datos cualitativos y cuantitativos acerca del consumo real de medicamentos en la infancia y la obtención de información acerca de cómo los medicamentos se integran dentro de los patrones de conductas de salud, incluyendo cómo estos son percibidos por los niños y por sus padres.

Estos resultados son parciales puesto que corresponden a una parte (50 sujetos) de la muestra total (100 sujetos). Se ha llevado a cabo un análisis observacional de los datos obtenidos a través de los dos instrumentos empleados.

## RESULTADOS

### Lugar de Control de la Salud Infantil

El 54% de los niños obtuvo una puntuación equivalente a un lugar de control interno (LCI) de la salud.

Por ítems, los porcentajes de respuestas indicativas de LCI fueron las siguientes:

1. La suerte es la que decide si se tiene buena salud o no (32%).
2. Son muchas las cosas que puedo hacer para no caer enfermo (72%).
3. La gente enferma porque tiene mala suerte (66%).
4. La gente que nunca enferma es porque tiene suerte (56%).
5. Mi madre me dice lo que tengo que hacer para no caer enfermo (2%).
6. Sólo el médico puede evitar que caiga enfermo (52%).
7. Puedo hacer muchas cosas para luchar contra las enfermedades (80%).
8. El profesor tiene que decirme lo que debo hacer para evitar los accidentes (30%).

9. Mi salud depende en buena parte de las cosas que yo elijo (68%).

Es de destacar la falta de coherencia entre ítems de un mismo bloque, incluso en aquellos sujetos con un mayor control interno de la salud. De los sujetos con LCI: el 28% demostró coherencia en las respuestas acerca de «la suerte»; el 2% lo hizo en las respuestas acerca de «otras personas significativas»; y el 48% lo hizo en las respuestas directas acerca del control interno.

En todos los casos la coherencia entre los ítems es mayor en los sujetos con LCI, excepto en las respuestas referidas a «otras personas significativas», en las que se observa una mayor coherencia entre los sujetos con lugar de control externo (LCE).

### Conocimientos de los Niños acerca de los Medicamentos

En las preguntas que tratan de medir los conocimientos acerca de los fármacos, se observa lo siguiente: el 82% de los sujetos define las medicinas como unas cosas que sirven para curarte (de estos, el 59% corresponde a los sujetos con LCI, y el 41% a los sujetos con LCE). Preguntados acerca de las formas de las medicinas, el 10% no responde (LCI: 40%; LCE: 60%); el porcentaje más alto (42%) corresponde a respuestas con tres formas (LCI: 52%, LCE: 48%); un 2% de los sujetos respondió con seis formas (LCI: 100%). El 62% de los niños nombra formas tales como «cuadrada», «redonda», «rectangular», etc. (LCI: 32%, LCE: 68%); el resto habla de «pastillas», «cápsulas», «jarabe», etc.

El 80% de los niños responde que la oral no es la única vía de administración de los medicamentos (LCI: 57,5%, LCE: 42,5%). El 37% de los niños ofrece otras dos vías de administración (LCI: 73%, LCE: 27%); las vías más nombradas son las siguientes: anal, ocular, nasal e intravenosa. El 13% de los sujetos ofrece hasta cuatro vías de administración (LCI: 60%, LCE: 40%).

El 56% de los sujetos responde que la mis-

ma medicina puede tener distintos colores (LCI: 54%, LCE: 46%); el 56% de los niños responden que una misma medicina puede tener distintas formas de presentación (LCI: 71%, LCE: 29%). Sólo el 2% de la muestra responde que las medicinas y las drogas son lo mismo (LCI: 100%), mientras que otro 2% responde que no sabe (LCI: 100%).

El 56% de los niños demuestra tener conocimiento de la existencia de efectos secundarios en algunos medicamentos (LCI: 68%, LCE: 32%). El 66% afirma que puede ser peligroso tomar una medicina durante mucho tiempo (LCI: 61%; LCE: 39%). El 86% responde que puede ser peligroso tomar algunas medicinas sin consultar al médico (LCI: 54%, LCE: 46%).

El 36% de los niños responde que sabe siempre para qué es cada medicina que toma (LCI: 56%, LCE: 44%). El 50% responde que las vitaminas que necesitan los niños de su edad están todas en la comida (LCI: 60%, LCE: 40%). El 70% de los niños responde que escucha con atención cuando el médico le receta medicinas (LCI: 51%, LCE: 49%).

El 52% de los niños encuestados opina que no todos los medicamentos son buenos para la salud (LCI: 73%, LCE: 27%), y un 8% responde que no sabe si todos los medicamentos son buenos para la salud (LCI: 25%, LCE: 75%).

El 70% de los niños indica que tomar medicinas sin estar enfermo no previene las enfermedades (LCI: 54%, LCE: 46%); el 10% responde que no sabe (LCI: 40%; LCE: 60%).

El 18% de los niños considera que los adultos toman demasiados medicamentos (LCI: 67%, LCE: 33%); el 70% considera que toman la cantidad correcta (LCI: 54%, LCE: 46%); y el 12% considera que toman demasiado pocas (LCI: 33%, LCE: 67%). El 10% de los niños encuestados considera que los niños de su edad toman demasiadas medicinas (LCI: 60%, LCE: 40%); el 78% considera que toman la cantidad correcta (LCI: 51%, LCE: 49%); y el 12% considera que toman demasiado pocas (LCI: 67%, LCE: 33%).

## **Atribución Infantil de la Eficacia de los Medicamentos**

El 58% de los niños encuestados atribuye la eficacia de los medicamentos al tamaño de estos (LCI: 45%, LCE: 55%); el 66% atribuye la eficacia del medicamento a su sabor (LCI: 42%, LCE: 58%); el 98%, al lugar de adquisición (LCI: 53%, LCE: 47%); el 70% responde que las medicinas que recetan los médicos son mejores que otras medicinas (LCI: 51%, LCE: 49%); el 74% responde que los medicamentos que prescriben los médicos ayudan siempre a recuperar la salud (LCI: 51%, LCE: 49%); el 44% opina que los medicamentos que se adquieren en la farmacia ayudan siempre a recuperar la salud. El 34% de la muestra consultada indica que tomando un mayor número de medicamentos cuando están enfermos recuperarán antes la salud (LCI: 29%, LCE: 71%).

## **Actitudes Infantiles con Respecto al Consumo de Medicamentos**

En las preguntas que reflejan las actitudes de los niños con respecto al consumo de medicamentos, se observa lo siguiente: el 82% de los niños de la muestra nunca ha sugerido a las madres que compren medicamentos que han visto anunciados en la televisión (LCI: 59%, LCE: 41%); y el 92% informa que sus madres no adquieren para ellos medicamentos anunciados en la televisión sin que ellos se los pidan (LCI: 54%, LCE: 46%). El 30% de los niños no recuerda ninguna medicina anunciada en la televisión (LCI: 33%, LCE: 67%); un 4% recuerda haber visto anunciados hasta cuatro medicamentos (LCI: 50%, LCE: 50%), nombrando algunos por sus nombres comerciales y otros por los nombres genéricos tales como «pastillas para la tos» y «pastillas para el dolor». El porcentaje más alto (40%) corresponde a los sujetos que recuerdan un medicamento anunciado por la televisión (LCI: 60%, LCE: 40%). Los medicamentos que los niños de la muestra nombraron con más frecuencia son: Vicks Vaporub, Aspirina, Aspirina masti-

cable, Aspirina efervescente, Aspirina infantil, Biodramina, Caramelos Victors y Reflex.

El 68% y el 60% de los niños, respectivamente, informaron que el color y la forma de los medicamentos no influyen en que estos les gusten más o menos (LCI: 65% y 57%, LCE: 35% y 43%). El 92% de los niños respondieron que el sabor es lo que hace que un medicamento les guste más que otro (LCI: 52%, LCE: 48%); el 8% restante expone los efectos del medicamento como la primera respuesta en la misma pregunta (LCI: 75%, LCE: 25%). El sabor más señalado es la fresa (63%), seguido del limón (15%) y la menta (11%). Las preferencias de los niños encuestados con respecto a la forma terapéutica del medicamento son las siguientes: líquido: 36% (LCI: 56%, LCE: 44%), tableta: 32% (LCI: 37,5%, LCE: 62,5%), sobre: 16%, gotas: 4%, cápsula: 2%, supositorio: 2%, e inyección: 2%.

El 50% de los sujetos responde que no le molesta tener que tomar medicamentos (LCI: 32%, LCE: 68%); al 28% le molesta tener que tomar medicamentos (LCI: 64%, LCE: 36%); al 14% le molesta a veces tener que tomar medicamentos (LCI: 86%, LCE: 14%); y, el 8% responde que «depende del sabor» (LCI: 100%).

Ante un caso de estreñimiento, el 54% de los niños encuestados informa que prefiere tomar medicamentos (LCI: 41%, LCE: 59%), mientras el 44% prefiere tomar ciruelas (LCI: 73%, LCE: 27%).

El 70% de los sujetos cree que es necesario consultar siempre al médico para tomar una medicina (LCI: 54%, LCE: 46%). Sin embargo, preguntados acerca de qué medicinas creen ellos que se pueden tomar sin necesidad de ir al médico, sólo un 12% responde que ninguna (LCI: 67%, LCE: 33%); el 34% nombra un medicamento (LCI: 35%, LCE: 65%); el 26% nombra dos (LCI: 62%, LCE: 38%), el 12% nombra tres (LCI: 83%, LCE: 17%); y, el 14% contesta que no sabe (LCI: 57%, LCE: 43%). Los productos más nombrados son los siguientes: Aspirina: 56%, jarabe: 16%, supositorios: 10%, y Clamoxil: 8%.

El 92% de los niños responde en favor de la

adherencia al tratamiento con respecto a cuándo tomar las medicinas (LCI: 50%, LCE: 50%); el 76% responde que se preocupan si no tomaron el medicamento a la hora señalada por el médico (LCI: 55%, LCE: 45%). El 68% de los niños responden que ellos recuerdan a sus padres la hora a la que tienen que tomar el medicamento, siguiendo la prescripción facultativa (LCI: 53%, LCE: 47%).

### **Expectativas de Uso de Medicamentos**

El 66% de los niños encuestados demuestra tener expectativas altas de consumo de medicamentos (LCI: 48%, LCE: 52%).

En los items que miden las expectativas de consumo de medicamentos se observan discrepancias entre items con el mismo contenido. Por ejemplo, en los items «me gusta tomar medicinas» y «odio tomar medicinas» hay discrepancia en el 15% de los niños encuestados (LCI: 20%, LCE: 80%); en los items «las medicinas me pueden ayudar cuando estoy triste» y «las medicinas me pueden ayudar cuando estoy deprimido», la discrepancia es del 27% (LCI: 55%, LCE: 45%).

Las respuestas de los niños sugieren que tienen expectativas de consumo de medicamentos más altas cuando tienen catarro, a continuación, por orden decreciente, cuando tienen fiebre, les duele la cabeza, les duele el estómago, tienen problemas para dormir, se sienten débiles, están estreñidos, nerviosos, tienen problemas para estar despiertos, tienen hambre, están cansados, y deprimidos. Por grupos, las respuestas variaron mínimamente entre los sujetos con LCI y LCE, así como entre los sujetos con expectativas de uso de medicamentos altas y bajas.

### **Lugar de control, conocimientos, actitudes y expectativas de consumo de medicamentos**

Se observan ciertas coincidencias y discrepancias en las respuestas intrasujetos, para items

similares o relacionados. Así, por ejemplo, el 52 y el 54% de los sujetos, respectivamente, muestran discrepancia en las respuestas a preguntas acerca de si una misma medicina puede tener distintos colores y formas de presentación (LCI: 62%, LCE: 38%; LCI: 48%, LCE: 52%, respectivamente).

El 46% de los niños indican que es necesario consultar siempre al médico para tomar una medicina, pero mencionan al menos una medicina que se puede tomar sin necesidad de ir al médico (LCI: 48%, LCE: 52%).

El 76% de los niños considera que todas las medicinas son buenas para la salud, pero hay medicinas que pueden tener efectos secundarios (LCI: 75%, LCE: 25%). El 22% de los sujetos opina que todas las medicinas son buenas para la salud, pero puede ser peligroso tomarlas durante mucho tiempo (LCI: 45%, LCE: 55%). Por último, el 32% opina que todas las medicinas son buenas, pero puede ser peligroso tomar algunas sin consultar al médico (LCI: 37,5, LCE: 62,5).

El 10% de los sujetos considera que las personas mayores y los niños toman demasiadas medicinas (LCI: 67%, LCE: 33%). El 83% opina que ambos grupos toman la cantidad correcta de medicinas (LCI: 44%, LCE: 56%); y, el 7% considera que ambos grupos no toman suficientes medicinas (LCI: 50%, LCE: 50%). El 16% indica que los adultos consumen demasiadas medicinas, mientras que los niños consumen la cantidad correcta (LCI: 75%, LCE: 25%). Sólo el 2% de los niños opina que los adultos toman la cantidad correcta, mientras que los niños toman demasiadas medicinas (LCI: 100%).

El 82% de los niños coincide en las respuestas a dos preguntas similares acerca de si se preocupan cuando no toman la medicina a la hora señalada por el médico (LCI: 67%, LCE: 33%). El 68% indica que escucha atentamente las instrucciones del médico para la medicación y las sigue (LCI: 47%, LCE: 53%). El 60% escucha las instrucciones del médico y se preocupa si no las sigue (LCI: 47%, LCE: 53%). El 56% de los niños responde que escucha las instrucciones y le recuerda a sus padres

la hora de la medicación (LCI: 46%, LCE: 54%); mientras que el 10% no escucha las instrucciones y no le recuerda a sus padres la hora de la medicación (LCI: 60%, LCE: 40%). El 34% escucha las instrucciones y sabe siempre para qué es cada medicina que toma (LCI: 41%, LCE: 59%). El 22% no escucha las instrucciones y no sabe siempre para qué son las medicinas que toma (LCI: 64%, LCE: 36%). El 40% de los niños responde que saben siempre para qué son las medicinas que toman, y las toman siempre a la hora señalada por el médico (LCI: 45%, LCE: 55%); por otro lado, el 6% de los niños no sabe siempre para qué son las medicinas que toman, y no las toman siempre a la hora prescrita (LCI: 100%). El 66% de los sujetos toma siempre la medicina a la hora señalada y se lo recuerda a sus padres (LCI: 45%, LCE: 55%).

El 24% de los niños muestra discrepancia en las respuestas a dos ítems similares en los que se les pregunta si les gusta tomar medicinas (LCI: 50%, LCE: 50%). El 12% de los sujetos señala que le molesta tomar medicinas y le gusta más tomarlas si tienen colores bonitos (LCI: 67%, LCE: 33%); al 20% de los niños no le molesta tomar medicinas y le gusta más tomarlas si tienen colores bonitos (LCI: 30%, LCE: 70%). Al 32% le molesta tomar medicinas y manifiesta que todas las medicinas no son buenas para la salud (LCI: 87,5%, LCE: 12,5%). El 28% opina que no le molesta tomar medicinas y señala que todas las medicinas son buenas para la salud (LCI: 29%, LCE: 71%). Al 6% de los niños no le molesta tomar medicinas y piensa que tomar medicinas sin estar enfermo previene enfermedades (LCI: 33%, LCE: 67%). Al 24% de los niños le molesta tener que tomar medicinas y considera que es necesario consultar siempre al médico para consumirlas (LCI: 76%, LCE: 24%); mientras que al 18% no le molesta tener que tomar medicinas y no considera necesario consultar siempre al médico para consumirlas (LCI: 44%, LCE: 56%). El 28% responde que le molesta tomar medicinas y prefiere tomar ciruelas ante un caso de estreñimiento (LCI: 86%, LCE: 14%); mientras que el 32% señala

que no le molesta tomar medicinas y prefiere tomar medicinas ante un caso de estreñimiento (LCI: 31%, LCE: 69%).

Al 38% de los niños del estudio le molesta tomar medicinas, pero escuchan atentamente las instrucciones del médico para la medicación (LCI: 74%, LCE: 26%); mientras que al 34% no le molesta tomar medicinas y escucha al médico acerca de la prescripción (LCI: 29%, LCE: 71%). Al 42% de los sujetos le molesta tomar medicinas y sigue la prescripción (LCI: 74%, LCE: 26%); mientras que al 48% no le molesta tomar medicinas y sigue la prescripción (LCI: 33%, LCE: 67%). Al 34% de los niños le molesta tomar medicinas, pero le recuerda a sus padres que tiene que tomarlas (LCI: 76%, LCE: 24%); mientras que al 38% no le molesta tomar medicinas y le recuerda a sus padres que tiene que tomarlas (LCI: 26%, LCE: 74%). Al 38% le molesta tomar medicinas, pero le preocupa no seguir la prescripción (LCI: 79%, LCE: 21%); mientras que al 36% no le molesta tomar medicinas y se preocupa si no sigue la prescripción (LCI: 33%, LCE: 67%).

El 24% de los sujetos responde que le molesta tomar medicinas y las prefieren en líquido (LCI: 83%, LCE: 17%); al 16% le molesta tomar medicinas y las prefiere en tabletas (LCI: 62,5%, LCE: 37,5%). Al 20% no le molesta tomar medicinas y las prefiere en líquido (LCI: 40%, LCE: 60%); mientras que al 16% no le molesta tomar medicinas y las prefiere en tabletas (LCI: 37,5%, LCE: 62,5%).

De los niños con mayor disposición hacia el consumo de medicamentos, el 39% considera que todas las medicinas son buenas para la salud (LCI: 15%, LCE: 85%) y el 48% considera que no todas las medicinas son buenas para la salud (LCI: 81%, LCE: 19%). El 35% de los niños con menor disposición hacia el consumo de medicamentos considera que todas las medicinas son buenas para la salud (LCI: 67%, LCE: 33%) y el 59% considera que no todas las medicinas son buenas para la salud (LCI: 60%, LCE: 40%).

Con respecto a las actitudes frente al consumo de medicamentos cabe señalar que al 45%

de los niños con expectativas altas de consumo de medicamentos le molesta tomar medicamentos (LCI: 67%, LCE: 33%), mientras que al 53% de los niños con expectativas bajas de consumo de medicamentos le molesta tomar medicamentos (LCI: 89%, LCE: 11%). Además, el 42% de los niños con expectativas altas de consumo de medicamentos prefieren tomar ciruelas ante un caso de estreñimiento (LCI: 64%, LCE: 36%), frente al 55% que prefiere tomar medicamentos. El 47% de los niños con expectativas bajas de consumo de medicamentos prefiere tomar ciruelas (LCI: 87,5%, LCE: 12,5%), frente al 53% que prefiere tomar medicamentos (LCI: 33%, LCE: 67%).

Acerca de los conocimientos infantiles de las medicinas, las respuestas indican que el 61% de los niños con expectativas altas de consumo de fármacos considera que una pastilla puede tener distintos colores (LCI: 70%, LCE: 30%), frente al 47% de los niños con expectativas bajas de consumo (LCI: 62,5%, LCE: 37,5%). Por otro lado, el 55% de los niños con expectativas altas de consumo indican que la misma medicina puede tener distintas formas de presentación (LCI: 67%, LCE: 33%), frente al 59% de los niños con expectativas bajas de consumo (LCI: 80%, LCE: 20%).

De los niños con mayor disposición hacia el consumo de medicamentos, el 6% considera que la mayoría de los niños toma demasiadas medicinas (LCI: 50%, LCE: 50%); el 85% indica que los niños toman la cantidad correcta (LCI: 50%, LCE: 50%); y el 9% considera que la mayoría de los niños toma demasiado pocas medicinas (LCI: 66,5%, LCE: 33,5%). De los niños con menor disposición hacia el consumo, el 18% considera que la mayoría de los niños toma demasiadas medicinas (LCI: 66,5%, LCE: 33,5%); el 65% indica que los niños toman la cantidad correcta (LCI: 54,5%, LCE: 45,5%); y el 17% considera que la mayoría de los niños toma demasiado pocas medicinas (LCI: 66,5%, LCE: 33,5%).

El 36% de los niños con una actitud más favorable hacia el consumo de medicamentos

considera que tomar medicamentos sin estar enfermo previene las enfermedades (LCI: 17%, LCE: 83%); y el 29% de los niños con una actitud menos favorable hacia el consumo de medicamentos opina que tomar medicamentos sin estar enfermos previene las enfermedades (LCI: 60%, LCE: 40%).

## DISCUSIÓN

El lugar de control interno no está generalizado en la muestra de niños de 7 y 10 años con la que se trabajó en el presente estudio. En el análisis individual de las respuestas se observa que los niños consideran que la madre es quien controla su salud en mayor grado, incluso por encima de los propios niños. Sin embargo, en el análisis por bloques, las respuestas indican que los niños se sienten responsables de su salud, seguido de la suerte (2ª puntuación más alta) y otras personas significativas.

El porcentaje de niños que demuestra un mayor lugar de control interno de la salud (54%), así como la falta de coherencia entre las respuestas de un mismo bloque sugiere que el lugar de control interno de la salud infantil no está generalizado y no es estable, por lo que los programas de educación para la salud que favorezcan el aprendizaje y refuerzo del lugar de control interno parecen altamente recomendables.

Un porcentaje alto de los niños demuestra tener conocimiento de la finalidad del consumo de medicamentos y de las vías de administración. Aproximadamente la mitad de la muestra tiene conocimientos acerca de las formas de presentación, la existencia de efectos secundarios en algunos medicamentos y las vitaminas.

La mayoría de los niños señala que no saben para qué son todas las medicinas que toman y que tomar medicinas sin estar enfermo no previene las enfermedades.

En general, los niños con mayor control interno saben más acerca de los medicamentos y perciben en menor grado el beneficio de los mismos, si bien consideran que consumen una cantidad apropiada de fármacos.

El estudio demuestra la actitud generalmente racional y responsable de los niños ante el uso y consumo de medicamentos. Esta actitud es más clara en los niños con lugar de control interno.

La publicidad televisiva parece tener una escasa influencia en la conducta infantil de consumo de medicamentos. El sabor, más que el color y la forma de presentación de los medicamentos, es el factor que influye en la preferencia del niño por los medicamentos. Un porcentaje alto de la muestra refleja una actitud favorable a la adherencia al tratamiento, así como una actitud activa ante el consumo de tales sustancias, de modo que se preocupan si no han tomado el medicamento a la hora señalada por el médico y le recuerdan a sus padres que tienen que tomarlo.

El estudio resalta que, en general, los niños tienen expectativas altas de consumo de medicamentos para el tratamiento de problemas comunes de salud. Esta disposición favorable al uso de medicamentos es más alta para problemas tales como el catarro y la fiebre, y más baja para problemas tales como el cansancio y la depresión. Las expectativas infantiles de uso de medicamentos son ligeramente más altas en aquellos sujetos con lugar de control interno.

El análisis de las respuestas a ítems similares y relacionados resalta la existencia de numerosas coincidencias y discrepancias que afectan a los sujetos con lugar de control interno y externo, así como a los sujetos con expectativas altas y bajas de consumo de medicamentos. Este hecho refleja la inestabilidad que caracteriza al conjunto de conocimientos, actitudes y expectativas de uso y consumo ante los medicamentos en la infancia. Esta falta de estabilidad podría ser explicada por la edad y el nivel de maduración de los sujetos de la muestra, así como por la falta de educación en aquellos temas relacionados con la salud, y en concreto con los medicamentos.

Los resultados del estudio coinciden en líneas generales con los obtenidos en estudios llevados a cabo en Estados Unidos. Estos resultados serán ampliados a una muestra mayor y tratados estadísticamente una vez finalice la

investigación de la que forma parte el presente estudio.

## CONCLUSIÓN

Los niños con lugar de control de la salud interno tienen más conocimientos acerca de los medicamentos y una actitud más racional con respecto al consumo y a las expectativas de uso de los medicamentos. Puesto que las conductas implicadas en el uso y consumo de medicamentos son también educables, una educación para la salud que comprenda el tema del consumo de medicamentos es altamente recomendable. Los programas de educación para la salud deben partir del análisis de la formación y modificación de las actitudes respecto a la salud, la enfermedad y la toma de medicamentos.

## Bibliografía

1. ALCÁNTARA, J.A.: «Cómo educar las actitudes». Barcelona: CEAC, 1988.
2. ARAMBURUZABALA, P. Y POLAINO-LORENTE, A.: «Conducta infantil y consumo de medicamentos». Bordon, 43, 339-347, 1991.
3. ATKIN, C.K.: «Effects of drug commercials on young viewers». *Journal of Communication* 28, 71-79, 1978.
4. BANDURA, A.: «Social learning theory». New Jersey. Prentice-Hall, 1977.
5. BANDURA, A.: «Pensamiento y acción. Fundamentos sociales». Barcelona: Martínez Roca, 1987.
6. BUSH, P.J. (en imprenta): «The socialization of children into medicine use». En D.J. Trakas y E. Sanz (eds.), «Studying childhood and medicines».
7. BUSH, P.J. Y DAVIDSON, F.R.: «Medicines and "drugs" What do children think?» *Health Education Quarterly* 9, 113-128, 1982.
8. P.J. Y HARDON, A.P.: «Towards rational medicine use: Is there a role for children?» *Social Science and Medicine* 31, 1.043-1.050, 1990.
9. BUSH, P.J. Y IANNOTTI, R.J.: «The development of children's health orientations and behaviors: Lessons for substance use prevention». En C.L. Jones y R.J. Battjes (Eds.), «Etiology of drug abuse: Implications for prevention» (pp. 45-74). E.E.U.U. Department of Health and Human Services, 1985.
10. BUSH, P.J. Y IANNOTTI, R.J.: «Origins and stability of children's health beliefs relative to medicine use». *Social Science and Medicine* 27, 345-352, 1988.
11. BUSH, P.J. Y IANNOTTI, R.J.: «A Children's Health Belief Model». *Medical Care* 28, 69-86, 1990.
12. BUSH, P.J.; IANNOTTI, R.J. Y DAVIDSON, F.R.: «A longitudinal study of children and medicines». En D.D. Breimer y P. Speiser (eds.), «Topics in Pharmaceutical Sciences» 391-403, 1985.
13. Amsterdam: Elsevier Science.
14. BUSH, P.J.; PARCEL, G.S. Y DAVIDSON, F.R.: «Reliability of a shortened children's health locus of control scale». Presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Psicología. Washington, D.C., Agosto, 1982.
15. CAMPBELL, J.D.: «Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness». *Child Development* 46, 92-100, 1975.
16. INHELDER Y PIAGET.: «The growth of logical thinking from childhood to adolescence». Nueva York. Basic Books, 1958.
17. LEWIS, C.E. Y LEWIS, M.A.: «The impact of television commercials on health-related beliefs and behaviors of children». *Pediatrics* 53, 433-435, 1974.
18. LEWIS, C.E. Y LEWIS, M.A.: «Children's health-related decision making». *Health Education Quarterly* 9, 129-141, 1982.
19. LEWIS, C.E. Y LEWIS, M.A.: «Educational outcomes and illness behaviors of participants in a child-initiated care system: A 12-year follow-up study». *Pediatrics* 84, 845-850, 1989.
20. MECHANIC, D.: «The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior». *Pediatrics* 33, 444-453, 1964.
21. O'BRIEN, R.W.; BUSH, P.J. Y PARCEL, G.S.: «Stability in a measure of children's health locus of control». *Journal of School Health* 59, 161-164, 1989.
22. PARCEL, G.S. Y MEYER, M.P.: «Development of an instrument to measure children's health locus of control». *Health Education Monographs* 6, 149-159, 1978.
23. ROSSITER, J.R. Y ROBERTSON, T.S.: «Children's dispositions toward proprietary drugs and the role of television drug advertising». *Public Opinion Quarterly* 44, 317-329, 1980.
24. SACHS, L.: «The symbolic role of drugs in the socialization of illness behaviour among Swedish children». *Pharmaceutisch Weekblad Scientific edition* 12, 107-111, 1990.
25. ZUCKERMAN, D.M. Y ZUCKERMAN, B.S.: «Television's impact on children». *Pediatrics* 75, 233-240, 1985.

# Características de las estrategias terapéuticas desarrolladas en el CAPIP de Lleida

C. Tello Casany\*

Lleida

## RESUMEN

Los autores discuten sobre las diversas estrategias en función de la demanda asistencial en los CAPIPs, los motivos de consulta y los recursos terapéuticos.

**Palabras clave:** Organización asistencial en psiquiatría infantil. Estrategias terapéuticas.

## INTRODUCCIÓN

El CSA (CENTRE SOCIAL D'ASSISTÈNCIA) nació en 1974 como un servicio de medicina y psicología. Ha estado organizado en tres áreas: psiquiatría infanto-juvenil, psiquiatría adultos, y pedagogía y logopedia.

A lo largo de todos estos años, el CSA ha seguido una trayectoria de cambio orientada hacia la constitución de una institución que tuviera un compromiso con la salud mental de la comunidad de Lleida y su provincia.

Desde abril/1990 el área Infanto-Juvenil del CSA pasó a ser el CAPIP de Lleida, integrándose dentro de la sectorización psiquiátrica del ICS (Instituto Catalán de la Salud). El equipo asistencial del CAPIP lo componen: 2 psiquiatras, 3 psicólogos y una ATS. Atiende a la

población comprendida entre 0 y los 18 años. Sus funciones comprenden los aspectos: diagnósticos, orientativos y terapéuticos. Su hospital de referencia es la URPI del Htal de S. Joan de Déu de Barcelona.

## ORGANIZACIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

La discriminación de la demanda en el proceso diagnóstico favorece la aplicación de las estrategias terapéuticas y su continuidad. La utilización de la sesión diagnóstica de familia, con la imprescindible inclusión del padre, permite una visión de conjunto del problema. La experiencia en el CAPIP de Lleida es que: si se obtiene un mínimo de compromiso con la problemática motivo de consulta, las posibilidades de abordaje terapéutico mejoran. De este modo se produce una primera selección natural de demandas efectuadas más por la presión del profesional que la deriva, que por deseo de los directamente afectados. En la población infantil asistida es frecuente encontrar una mayor resistencia en los padres.

Los pacientes que deben ser derivados por falta de recursos terapéuticos estarían incluidos en los grupos psicopatológicos que describimos:

**A. Psicosis:** afectaría a los pacientes en crisis agudas que precisan un ingreso psi-

\*Psicóloga. Coordinadora CAPIP Lleida

quiátrico, y son derivados a la URPI. Una vez finalizada la etapa crítica, normalmente la URPI vuelve a derivarle al CAPIP para continuar la terapéutica que se considere más oportuna o siguen tratamiento en la UTE de la URPI.

**B. Psicopatías:** dadas las características de estos pacientes, nuestra experiencia nos hace plantear la necesidad de que deban ser atendidos desde Centros cerrados, con personal especializado en psiquiatría. Desde un servicio ambulatorio como el CAPIP, es imposible controlar a estos pacientes, al carecer de un medio familiar que pueda ayudar a contener y elaborar su alto nivel de «acting-out». No obstante, queda abierta la posibilidad de ampliar los abordajes terapéuticos con este tipo de pacientes, en función de las posibilidades que tenga la red de asistencia psiquiátrica infanto-juvenil y el papel que el CAPIP pueda jugar en este completo tipo de tareas asistenciales.

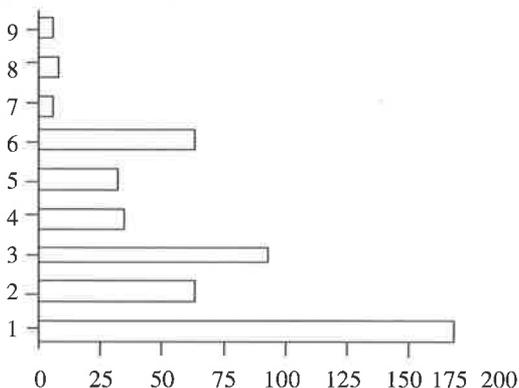
**C. Psicosociales:** este tipo de pacientes plantean unas dificultades muy complejas, con graves desorganizaciones sociofamiliares, que difícilmente pueden seguir un mínimo abordaje terapéutico individualizado. Estos pacientes suelen ser derivados por los Servicios Sociales de Base, Bienestar Social o Justicia. La función del CAPIP es coordinar y cohesionar a los profesionales que intervienen en la atención y asistencia de estas familias en los momentos críticos.

**E. Deficientes mentales:** se derivan a escuelas y centros especializados. Efectuamos una orientación de los padres. En algunos pacientes se puede indicar una psicoterapia de familia, según el grado de desorganización familiar o de la patología detectada.

**F. Trastornos del lenguaje:** dado que la logopedia no se contempla dentro de las funciones asistenciales de los CAPIPs, se atienden sólo los trastornos psicoafectivos derivados de los mismos.

nado con los trastornos del aprendizaje, seguido de problemas de conducta y trastornos de expresión somática.

**Gráfico 1. Motivos de consulta**



Muestra de 473 pacientes del periodo Abril/1990-Nov/1991

- 1-Trastornos del aprendizaje
- 2-Trastornos relacionales/personalidad/emocionales
- 3-Trastornos conductuales
- 4-Trastornos del lenguaje
- 5-Enuresis
- 6-Trastornos de expresión somática
- 7-Trastornos psicomotrices
- 8-Encopresis
- 9-Otros

La motivación que lleva a los padres a pedir consulta difiere en la mayoría de los pacientes, y está relacionada con el mayor o menor grado de conciencia de enfermedad.

Otro elemento a tener en cuenta es que no necesariamente coincide la demanda con la patología real del paciente. En el gráfico 2 los diagnósticos de Trastornos neuróticos y patología de la personalidad nos indican que muchas veces el motivo manifiesto de demanda enmascara una problemática diferente.

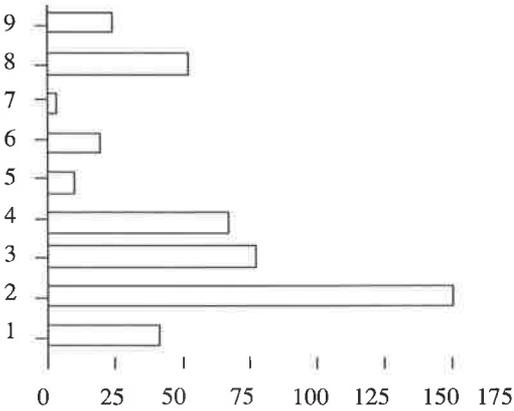
## MOTIVOS DE CONSULTA

Como se puede observar en el Gráfico 1, el motivo que genera más demanda es el relacio-

## PLANIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

En el proceso diagnóstico se suelen establecer las bases que permitirán que las estrategias

**Gráfico 2. Diagnóstico pacientes**



Muestra de 473 pacientes del periodo Abril/1990-Nov/1991

**Códigos CIM-9**

- 1-Psicosis 299,0 - 299, - 299,8 - 299,9
- 2-Trastornos neuróticos 300,0 - 300,1 - 300,2 - 300,3 - 300,4 - 300,8 - 300,9
- 3-Patología de la personalidad 301,2 - 301,7 - 301,7 - 301,8 - 301,9; 302, - 302,2 - 302,6 - 302,7 - 302,8
- 4-Trastornos reaccionales 309
- 5-Deficiencias mentales 317 - 317 - 319
- 6-Trastornos de las funciones instrumentales 307,0 - 307,2 - 307,23 - 307; 314; 315, - 315,1 - 315,3 - 315
- 7-Trastornos ligados al consumo de drogas y alcohol 292 - 303 - 304
- 8-Trastornos de expresión somática y/o comportamental 306 - 307,1 - 307,4 - 307,5 - 307,6 - 307,7 - 307,9; 15,8
- 9-Variaciones dentro de la normalidad 313 - 315,2

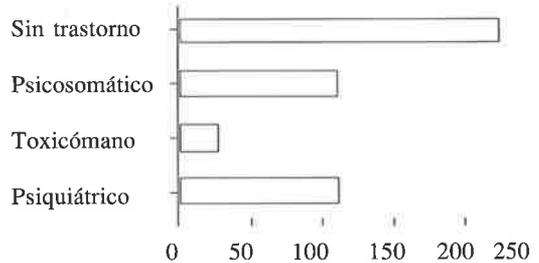
terapéuticas puedan llevarse a cabo. En psiquiatría, igual que en cualquier especialidad médica, es necesaria la colaboración del paciente. En caso de la población infanto-juvenil, los padres son una variable muy importante a controlar, si se quiere obtener resultados positivos.

El ser humano se origina, nace y se desarrolla en el seno de un grupo humano. El deseo de los padres, sus propias dificultades no resueltas, generan una sutil red patológica donde el

paciente identificado resulta tan atrapado como la mosca en la tela de la araña.

Solemos encontrar con mucha frecuencia, que el paciente identificado suele ser el menos enfermo. En el gráfico 3 podemos observar el alto índice de patología detectada en las familias de la muestra de pacientes.

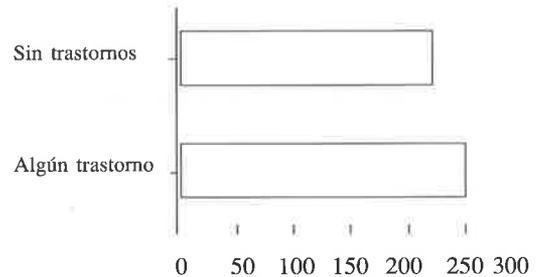
**Gráfico 3. Patología detectada en los familiares de los pacientes**



Muestra de 473 pacientes del periodo Abril/1990-1991

Como podemos observar en el gráfico 4 el 53% de las familias de los pacientes presentan algún tipo de trastorno, respecto del 47% que no fue detectado.

**Gráfico 4. Patología detectada en los familiares de los pacientes atendidos**



Muestra de 473 pacientes atendidos durante el periodo Abril/90-Nov/91

A modo de ejemplo, exponemos a continuación cuatro casos tipo de pacientes atendidos y la terapéutica indicada.

**Caso 1:** Sara es una niña de 10 años que presenta anorexia. Nos fue derivada por un servicio hospitalario, después de un ingreso

debido a dicha problemática. En ese momento, la hermana, de 15 años, (también había presentado episodios de tipo anoréxico), sufría una fuerte depresión que la tenía recluida en casa, sin salir y sin amigos. El padre, un hombre de 42 años presentaba fobias de impulsión. La estrategia terapéutica consistió en: inclusión de Sara en un grupo psicoterapéutico y sesiones de psicoterapia familiar. Las sesiones de familia pusieron de manifiesto la patología del padre, lo que dio como resultado el que él mismo pidiera un tratamiento psicoterapéutico individual.

**Caso 2:** María es una adolescente de 15 años. Nos fue derivada por la URPI. Presentaba una gran agitación, pensamiento confusional e hiper-expresividad verbal y emocional. La madre había seguido un tratamiento por un episodio depresivo grave. La estrategia terapéutica seguida fue: separación temporal de María de su familia (15 días), farmacología, inclusión en un grupo psicoterapéutico, psicoterapia de familia y tratamiento psicoterapéutico y farmacológico de la madre.

**Caso 3:** Elena es una niña de 13 años que presentaba fracaso escolar sintomatología depresiva. La madre, una mujer de 31 años, había sido recientemente operada de un cáncer de ovarios. La estrategia terapéutica seguida fueron sesiones madre-hija, en las que se pudieron elaborar los aspectos angustiosos de ambas. Al poder bajar los niveles de ansiedad de Elena por las fantasías de «muerte inminente de la madre», el fracaso escolar se solucionó con mucha rapidez, volviendo a los resultados de la etapa anterior a la enfermedad de la madre.

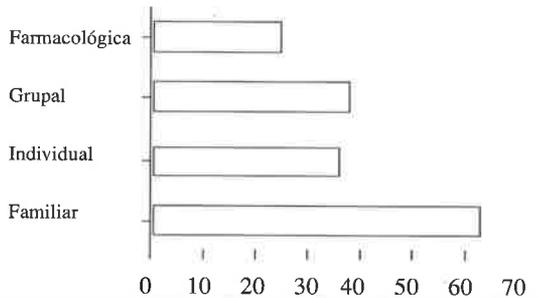
**Caso 4:** Antonio es un niño de 8 años que presenta graves trastornos comportamentales y fracaso escolar. La madre es tratada por una depresión reactiva a la muerte del esposo. El padre murió ahogado intentando salvarle la vida a Antonio. La estrategia terapéutica fue de psicoterapia familiar. El accidente mortal del padre generó una fuerte situación traumática, en la que todos los componentes de la familia se encuentran complicados.

Hablamos siempre de patologías que han sido comunicadas directamente por los padres. El conflicto surge cuando hay una total negación

a poder comprender que la sintomatología del paciente identificado no es aislada y que no puede tratarse aisladamente.

En el gráfico 5 el porcentaje de tratamientos más alto es el de Psicoterapia familiar, pero hay que tener en cuenta que también en las otras tres modalidades se efectúan entrevistas terapéuticas familiares. En el gráfico 6 se muestra el diagnóstico de los pacientes en tratamiento.

**Gráfico 5. Tipos tratamiento**



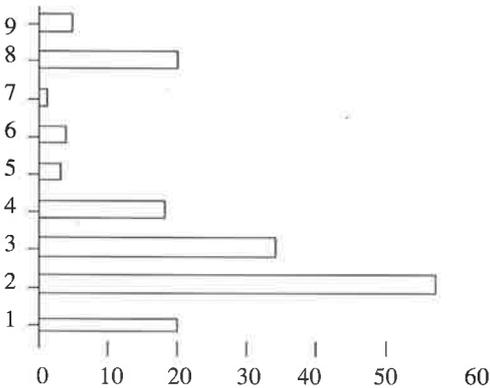
Total pacientes = 182 (Nov/1991)

## ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

No pretendemos explicar las técnicas sino el por qué de la elección de estas estrategias. Las técnicas de PSICOTERAPIA DE FAMILIA Y GRUPOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES se empezaron a emplear en el CSA en 1984, como resultado de un intento de responder al desafío que presentaba un servicio privado que intentaba paliar la nula asistencia pública en la psiquiatría infantil de Lleida y su provincia.

Aunque el método teórico-clínico que orienta nuestra línea asistencial es el psicoanalítico, la aplicación del mismo sigue la filosofía del pragmatismo y la eficacia en el abordaje terapéutico.

La empezar la andadura como CAPIP, la experiencia acumulada durante los años trabajados en el CSA ha sido fundamental. Hacemos nuestras las palabras pronunciadas por S. Freud en el V Congreso Psicoanalítico Internacional celebrado en Budapest, en sept./1918: «Puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores dere-

**Gráfico 6. Diagnóstico pacientes en tratamiento**

Total pacientes = 162 (Nov/1991)

Códigos CIM-9

- 1-Psicosis 299,0 - 299, - 299,8 - 299,9
- 2-Trastornos neuróticos 300,0 - 300,1 - 300,2 - 300,3 - 300,4 - 300,8 - 300,9
- 3-Patología de la personalidad 301,2 - 301,7 - 301,7 - 301,8 - 301,9; 302, - 302,2 - 302,6 - 302,7 - 302,8
- 4-Trastornos reaccionales 309
- 5-Deficiencias mentales 317 - 317 - 319
- 6-Trastornos de las funciones instrumentales 307,0 - 307,2 - 307,23 - 307; 314; 315, - 315,1 - 315,3 - 315
- 7-Trastornos ligados al consumo de drogas y alcohol 292 - 303 - 304
- 8-Trastornos de expresión somática y/o comportamental 306 - 307,1 - 307,4 - 307,5 - 307,6 - 307,7 - 307,9; 15,8
- 9-Variaciones dentro de la normalidad 313; 315,2

chos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que la neurosis no constituye menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que ésta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis volverán más capaces de resistencia y más productivos hombre y mujeres. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo

antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. Cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso ajeno a todo partidismo».

## PSICOTERAPIA DE FAMILIA

La necesidad del abordaje de la familia como instrumento generalizado en el CAPIP de Lleida, proviene del hecho que el síntoma del niño es siempre la punta del iceberg de una conflictiva familiar más profunda, que lo desencadena y le hace colocarse en el lugar del portador de la enfermedad. Si bien es cierto que el síntoma le produce un padecimiento y por tanto debe ser atendido por ello, no es menos cierto que la práctica cotidiana nos ha demostrado que cuando este síntoma empieza a modificarse, la familia tiende a poner en marcha un sistema de defensa para mantener su homeostasis, aunque sea patológica, que provoca muchos de los abandonos de tratamientos de niños.

Si los padres se sienten comprometidos con el tratamiento, los resultados suelen ser muy positivos. Para ello es imprescindible la asistencia de ambos padres. No nos sirve el que la madre insista en que el padre no quiere venir o que es una especie de «bestia negra», dado que tiene que ver con vivencias inmaduras y que son el reflejo de las problemáticas de pareja de dichos padres. En la práctica vemos que, en la gran mayoría de los casos, la madre suele buscar una alianza con el profesional en contra del esposo. De hecho, el compromiso terapéutico de la familia favorece la resolución de la problemática del hijo.

Por tanto, consideramos que al tratar al paciente identificado, no podemos obviar el tipo de sistema familiar en el que se encuentra o corremos el riesgo de que nuestra intervención

psicoterapéutica parcializada pueda desorganizar todo el sistema familiar: el síntoma del hijo serviría a modo de dique contenedor para evitar una mayor desorganización. En la práctica es frecuente observar, que cuando hay una mejoría sintomática del paciente identificado, otro miembro de la familia empieza a presentar conflictos, hasta ese momento neutralizados en apariencia.

Son tratamientos sin límite de tiempo fijado, porque consideramos que es importante respetar el tiempo del paciente. Nuestra experiencia en tratamientos de pacientes con trastornos reactivos y neuróticos suelen tener un promedio de 2 años, aunque es muy difícil de predecir individualmente, por las múltiples variables que pueden intervenir en cada paciente.

## PSICOTERAPIA GRUPAL

El proceso grupal reproduce situaciones familiares, escolares y sociales del niño. La dinámica que se establece entre los integrantes del grupo y los terapeutas (consideramos importante que sean una pareja de hombre y mujer, para facilitar las identificaciones en el proceso terapéutico), permite que la dinámica que se genera, sea el vínculo donde el paciente puede entender y elaborar las formas patológicas de sus relaciones de objeto (tipos de vínculos afectivos que efectúan con las personas significativas de su entorno: padre, madre, hermanos, etc.). Es decir, le permite llegar a conocer el sentido y el significado de su sintomatología, tanto desde sus vivencias individuales como a través de las de los otros integrantes del grupo.

La inclusión de pacientes en el grupo viene dada por una selección previa. Tenemos en cuenta: etapa evolutiva, patología homogénea y exclusión de pacientes con psicopatías. Previamente a la inclusión se ha efectuado un trabajo terapéutico con el grupo familiar. En otros pacientes, la inclusión al grupo es posterior a un trabajo psicoterapéutico individual.

Del mismo modo que en los tratamientos de familia son grupos sin límite en el tiempo de duración.

## CONCLUSIÓN

Para que una estrategia terapéutica pueda conseguir sus objetivos curativos, consideramos imprescindible el que exista una buena coordinación entre todos los Servicios que de una u otra forma tiene que ver con la Infancia y la Adolescencia (Sanitat, Ensenyament, Benestar Social, Justicia y Treball). En la práctica, se observa que la descoordinación genera unas dificultades serias que afectan negativamente a todos: usuarios y profesionales.

Este breve resumen pretende ser una reflexión sobre los abordajes terapéuticos aplicados en el CAPIP de Lleida, que abra la posibilidad de intercambio y discusión científica y metodológica, habida cuenta la necesidad de ampliar los campos del conocimiento en psiquiatría infantil.

## Bibliografía

1. ANDOLFI, M.: «Terapia familiar». Ed. Paidós. Barcelona, 1985.
2. ANZIEU, BEJARANO, KAES, MISSENERD y PONTALIS.: «El trabajo psicoanalítico en los grupos». Ed. Siglo XXI. México, 1978.
3. ANZIEU.: «El psicodrama analítico en el niño». Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.
4. BION, ORNSTEIN y BION.: «Psicoterapia focal» Ed. Granía. Buenos Aires, 1986.
5. BION, WR. «Experiencias en grupos». Ed. Paidós. B. Aires, 1982.
6. FREUD, S. «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica». Obras Completas. Ed. Amorrortu. Vol. XVII, Buenos Aires, 1979, pág. 162-163.
7. GLASSERMAN y SIRLIN.: «Psicoterapia de grupo en niños». Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1974.
8. ONNIS, L.: «Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos». Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
9. MINUCHIN y FISCHMAN.: «Técnicas de terapia familiar». Ed. Paidós, Barcelona, 1894.
10. MINUCHIN, S.: «Psychosomatic families: anorexia nervosa in context». Cambridge University Press, 1978.
11. SCHAZER, S.: «Pautas de terapia familiar breve». Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
12. SIRLIN, M.: «Una experiencia terapéutica». Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1974.
13. WINNICOTT, D.: «Clínica psicoanalítica infantil». Ed. Paidós Horne. Buenos Aires, 1980.
14. WINNICOTT, D.: «El gesto espontáneo». Ed. Paidós. Barcelona, 1990.

# Caso clínico

F. León Ramos; M. Serrat Francesch

Barcelona

Consultan los padres de E.H.G. sobre su hija de 16 años de edad por presentar crisis agudas de ansiedad y sentimientos depresivos.

**Antecedentes personales:** A los 12 años de edad consultaron a un paidopsiquiatra por presentar trastornos de ansiedad, adaptación y tristeza a raíz de pasar un mes de verano en Inglaterra con su hermana mayor. El informe medico-psicológico describe unos antecedentes personales y cuadro clínico de infantilismo afectivo, descenso en el rendimiento escolar sobre todo desde que su hermana ya no va a su colegio, retraimiento, hábitos fóbicos ordenadistas y de escrupulosidad, dificultades de adaptación a los cambios, temor a lo desconocido, aislamiento y bloqueo emocional. El estudio psicológico mostraba un CI Global al WISC de 100 con un CI de 96 y 104 en las escalas verbal y manipulativa respectivamente. En el área emocional se informaba de rasgos de ambivalencia, dependencia, agresividad reprimida y culpabilizada, debilidad yoica, necesidad de control de sus impulsos. Se diagnosticó un trastorno de personalidad con una estructura fóbico-ansiosa.

Se aconsejó efectuar tratamiento psicoterapéutico, el cual realizó durante 6 meses, con éxito según los padres, ya que su hija mejoró su capacidad de relación social y comunicación tanto a nivel personal y familiar como escolar.

**Clínica actual:** Desde el inicio de curso actual, cursa 3º de BUP, hace 6 meses, presenta ansiedad, insomnio de conciliación y malestar físico en situaciones pre-exámenes. A raíz de un suspenso en una evaluación, crisis aguda de ansiedad, con palpitaciones, sensación de mareo, opresión precordial, sudoración y temblor.

Se asocia bulimia ansiosa con tendencia a la obesidad, temor al ridículo y al fracaso (se pasa el día estudiando pues cree que nunca se lo sabe), necesidad de competir y sobresalir en su equipo de basket donde juega, sensación subjetiva de que pierde o se le acaba el tiempo, fobia a los relojes, ideas nihilistas respecto a su futuro y sentimientos de autorreproche. No presenta dificultades de relación social.

**Historia familiar:** La familia está compuesta por sus padres de 45 y 43 años, ambos de Valencia y una hermana de 21 años de edad.

El padre trabaja de funcionario y dice que toda su vida se han sacrificado para que sus hijas tengan un nivel académico que él no tuvo y que ello le ha costado algunas «depresiones» que han hecho que comprenda perfectamente a su hija e intente quitarle presión, pero sin conseguirlo.

La madre hace labores domésticas y se declara sufridora y agobiante en ocasiones, con el fin de que su hija aproveche al máximo el esfuerzo que todos están haciendo.

La hermana estudia ingeniería industrial y tiene un gran éxito académico y social.

**Entrevista personal:** A lo largo de la entrevista se muestra tensa, pero con buena capacidad de expresión verbal.

Explica que ella es la que ha pedido ser llevada a un «psicólogo» porque no entiende que le den esos «achuchones»; los exámenes la bloquean y siempre piensa que decepcionará a sus padres que se esfuerzan y sacrifican por ella y su hermana, mientras que ésta siempre saca buenas notas y consigue lo que quiere. Asimismo no conseguirá satisfacer las expectativas de sus padres que estudie la carrera de

medicina, pues el esfuerzo se le hace insopor-  
table.

**Exploraciones complementarias: Estudio psicológico:**

– *Test de Inteligencia Wais*: Obtiene un CI global de 107, siendo de 103 y 107 las puntuaciones obtenidas en las escalas verbal y manipulativa respectivamente.

– *Test del dibujo de la familia de Corman*: Aparece inhibición, deseos regresivos, pasividad y falta de iniciativa con tendencia a replegarse en sí misma.

– *Test HTP*: Se aprecian rasgos depresivos, falta de confianza con temor a enfrentarse a las situaciones nuevas y refugio en la fantasía. Tendencia a la introversión. Ansiedad y excesiva dependencia de los demás.

– *Cuestionario de depresión CDS*: Obtiene una puntuación total depresiva centil 70.

– *Cuestionario de personalidad 16 PF de Catell*: Obtiene puntuaciones extremas en las escalas que reflejan aprensión, autocontrol, ansiedad y dependencia.

**Diagnóstico diferencial (según DSM-III-R):**

– 300.22 Trastorno por angustia (Panic disorder) sin agorafobia.

– 313.00 Trastorno por ansiedad excesiva (overanxius disorder).

– 300.40 Distimia (neurosis depresiva).

**Hipótesis diagnóstica:**

Dado los antecedentes personales, cuadro clínico, entrevista personal y estudio psicológico efectuados se elabora el siguiente diagnóstico:

**– 313.00 Trastorno por ansiedad excesiva (overanxius disorder)**

Ya que el eje central es la preocupación excesiva sobre el presente y futuro, sobre su capacidad personal, insomnio, y un sentimiento e incapacidad para relajarse.

No podemos plantear un trastorno por angustia, puesto aunque ha manifestado crisis agudas, éstas vienen determinadas por un factor desencadenante (situaciones pre-examen, suspenso).

Asimismo aunque encontramos un estado de ánimo deprimido, no reúne el criterio tiempo para el diagnóstico de distimia o neurósis de-

presiva de 1 año para adolescentes, y además parece más bien una consecuencia de los mecanismos de ansiedad ante su fracaso de adaptación.

**Tratamiento y evolución:** Se indicó efectuar tratamiento psicofarmacológico con alprazolán a dosis de 1,5 mg/día, propranolol a dosis de 40 mg/día y clorimipramina a dosis de 150 mg/día, consiguiéndose para este fármaco un nivel plasmático de 180 mcg/l. Progresivamente, en función de la evolución, se fue reduciendo la dosis, hasta eliminar la toma de alprazolán y propranolol. Y finalmente se está reduciendo la dosis de clorimipramina tomando en la actualidad 25 mg/día.

Asimismo se inició tratamiento psicoterapéutico que fue inicialmente en sesión individual y posteriormente de grupo.

Durante el transcurso de la psicoterapia se trabajaron los siguientes aspectos:

– *Conflicto de dependencia-independencia*: que generaba en ella una gran ambivalencia, combinándose una actitud regresiva y pasiva con intensos sentimientos de agresividad y culpa. Se fomentó la toma de decisiones, con un reforzamiento y apoyo, lo que originó una mayor autoafirmación y confianza en sí misma, disminuyendo los mecanismos de control sobre sus impulsos. Dicha situación creó ciertos enfrentamientos dentro del grupo familiar, sobre todo con la figura materna, apareciendo un empeoramiento sintomático de ésta, ante la mejoría de su hija.

– *Sentimientos de culpa*: debido a la reacción familiar fueron incrementándose y se convirtieron en la principal causa de inmovilización y retroceso en la terapia. Sin embargo, debido a la notable mejoría experimentada (disminución de la ansiedad) como consecuencia de la toma de decisiones (aplazar la decisión de hacer una carrera universitaria y empezar a trabajar) y a los controles realizados periódicamente a los padres, se mantuvo la evolución positiva, llegándose a modificar la rigidez estructural de su personalidad mediante la adquisición de mecanismos de reafirmación y compensación.

# Reseñas terapéuticas

**TERATOGENICIDAD DE LAS BENZODIACEPINAS.** Laegreid, 1. Dev. Pharmacol. Ther. 1990, 15:186-188.

Los riesgos teratogénicos de las benzodiazepinas son discutidos; algunas investigaciones clínicas encuentran una asociación entre el uso materno de benzodiazepinas al inicio del embarazo y el labio leporino y paladar hundido, mientras que otros autores no lo encuentran.

Desde 1984, Laegreid ha estudiado el tema presentando en éste artículo, brevemente, los resultados de sus estudios.

En el primer estudio describía 8 niños expuestos en útero a benzodiazepinas excesivamente (uso regular a dosis altas). 5 de las 8 madres reconocieron el uso regular de benzodiazepinas y en las otras tres el análisis de suero, del principio del embarazo, pudo ser analizado y encontrado positivo para benzodiazepinas y sus metabolitos. Todos los niños tenían unas características dismórficas similares. Las manifestaciones clínicas como: Apgar con puntuaciones bajas, necesidad de reanimación, síndrome de abstinencia neonatal con hipotonía y convulsiones frecuentes. Todos los niños tenían anomalías craneofaciales en grados variables (nariz corta con puente nasal bajo, ojos sesgados...) Uno tenía aplasia de un riñón, 2 paladar hundido, 2 hernia inguinal y 2 criptorquidea. Al seguimiento 2 niños presentaron microcefalia, 2 retraso mental severo, 5 con retraso mental leve y sólo uno con inteligencia normal.

En un segundo estudio, de caso control, de cuatro diagnósticos neonatales de malforma-

ciones congénitas, consideradas características de la exposición fetal de benzodiazepinas fueron tomados. Estos diagnósticos fueron: 1) Embriopatía y fetopatía (combinación de estigmas prenatales y alteración neurológica inespecífica) 2) Malformaciones congénitas inespecíficas del sistema nervioso. 3) Paladar hundido y labio leporino. 4) Malformaciones congénitas del sistema genito-urinario.

En 8 de 18 casos (44 %), las muestras sanguíneas del principio del embarazo fueron positivas para benzodiazepinas, frente a 2 positivas (3,3 %) de las 60 del grupo control. Demostrando así una significativa asociación entre los exámenes séricos positivos para benzodiazepinas al principio del embarazo con malformaciones congénitas concretas.

El consumo de benzodiazepinas al principio del embarazo se asocia con un incremento en 23 veces del riesgo de tener un niño con una o más malformaciones.

## LA SEDACIÓN Y LA ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (MIDAZOLAN).

Snodgrass, W.R. Selected aspects of pediatric intensive care unit clinical pharmacology. Current Opinion in Pediatrics 1991, 3: 314-319.

En esta revisión el autor, Snodgrass, describe aspectos relevantes concretos del uso de la sedación y la analgesia en la UCI pediátrica. Así señala la morfina y la nalbufina como dos analgésicos narcóticos potentes con un perfil farmacológico favorable para su uso en niños que precisan una analgesia significativa.

Respecto a la sedación plantea las desventajas que conlleva el hidrato de cloral: inducción de hiperalgias, inexistencia de antagonista y el riesgo de acidosis metabólica a largo plazo, inclinándose por las benzodiacepinas.

El Midazolán es una nueva benzodiacepina de vida corta (vida media en adulto es entre 1,5 y 4 horas) que parece ofrecer algunas ventajas para su uso como sedativo y amnésico en niños.

La preparación parental es acuosa permitiendo su administración intramuscular, compatible con solución de dextrosa (al 5%), solución salina isotónica, solución lactato Ringer, morfina y atropina. Accede rápidamente al Sistema Nervioso Central y dura su efecto, tras una dosis sencilla entre 30 y 45 minutos. Es metabolizada vía hepática casi totalmente lo que requiere reducción de dosis en caso de fallo hepático.

Es importante recordar que la solución de Midazolán para uso parenteral contiene un 1% (10 mg/ml) de alcohol benzílico por lo que es preferible su uso diluido para evitar el riesgo de cantidades tóxicas de alcohol benzílico (> 100 mg/Kg/día). Igualmente no se debe administrar como bolus intravenoso rápido por incrementar el riesgo de apnea. Debiéndose administrar lentamente entre 3 y 5 minutos.

La dosificación en perfusión para sedación en niños con ventilación mecánica está descrita entre 0,1 y 0,4 mg/kg/h.

Para sedaciones más profundas el autor ha utilizado dosis entre 0,5 y 3,5 mg/Kg/h. Advirtiéndose en el caso de perfusión continua de Midazolán del riesgo de aspirado pulmonar (aconsejando la monitorización) y de la posibilidad de dependencia física en caso de administración continua más de tres días.

## Agenda

- **DELIRIO EN EL ADOLESCENTE, IDEAS DELIRANTES**  
**SOCIETAT CATALANA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL**  
 Barcelona 26 Febrero 1993  
 Información: (93) 323 45 32

la hospitalización en psiquiatría infantil y adolescencia.  
 Comunicaciones libres  
 Secretaría: Unidad psiquiatría infantil;  
 Dres A. Agüero y M.A. Catalá; C/Flora 7;  
 Valencia 46010; telf.: (96) 393 24 72
  
- **XXXII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**  
 Valencia 7-8 Mayo 1993  
 Ponencia: Hospitalización en Psiquiatría infantil y adolescencia  
 Mesa redonda: Aspectos psicosociales de

– **XVII REUNIÓN NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA**  
 Tratamiento de los trastornos mentales, atípicos, resistentes y crónicos  
 Salamanca 16-19 junio 1993  
 Información: Geyseco, c/Mauricio Legendre Nº 2-9º, 28046 Madrid



**Nueva  
formulación**

**Comprimidos  
ranurados  
de liberación  
retardada**

Anafranil 75 mg  
20 comprimidos  
laqueados ranurados

**Anafranil  
75 mg**

Clomipramina (DCI),  
clorhidrato

**Geigy**



la dosis única diaria  
**doblemente adaptable**  
para el tratamiento de la depresión

**Composición:** Clorhidrato de clomipramina. **Indicaciones:** Depresión de cualquier etiología, sintomatología y gravedad. Síndromes obsesivos y fobias. Enuresis nocturna. Síndrome de narcolepsia con crisis de cataplejía. Crisis de angustia (panic attacks). **Posología:** La dosis y forma de administración se determinan individualmente. Adultos: en depresiones, obsesiones y fobias, 1 grag. de 25 mg. ó 1/2 comp. de 75 mg el primer día, aumentando gradualmente hasta unos 150 mg/día o más en caso necesario. Una vez obtenida la mejoría, reducir hasta 2-4 grag. de 25 mg ó 1 comp. de 75 mg/día. En casos graves empezar por vía inyectable (1-3 amp./día, y pasar luego a vía oral). En narcolepsia con cataplejía, la dosis oscila entre 25 y 75 mg/día. En crisis de angustia, 10 mg/día inicialmente, aumentando hasta 25-100 mg o incluso 150 mg/día. Geriátria: inicialmente 10 mg/día y aumentar gradualmente hasta 30-50 mg/día, que se mantendrán durante todo el tratamiento. Niños: inicialmente 10 mg/día, y aumentar en unos 10 días hasta 20 mg/día en niños de 5-7 años, 20-50 mg/día en los de 8-14 años y 50 mg/día para mayores de 14 años. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las dibenzazepinas, estado agudo del infarto de miocardio y uso concomitante de IMAO. **Precauciones:** Insuficiencia cardiocirculatoria, trastornos de la conducción, hipotensión ortostática, tendencia a las convulsiones, retención urinaria, glaucoma. Para prevenir una agranulocitosis, controlar cuadro hemático en caso de fiebre, infección gripal o anginas. Anafranil puede menoscabar la capaci-

dad de reacción (manejo de maquinaria, conducción de vehículos). Si aparecen reacciones alérgicas se retirará el tratamiento. Dejar 15 días después de retirar un IMAO. Las grageas de 10 y 25 mg contienen lactosa. **Embarazo y Lactancia:** Usar sólo en casos imprescindibles en los 3 primeros meses de embarazo y no administrarlo en el último mes. Prescindir de la lactancia natural. **Incompatibilidades e interacciones:** Anafranil puede reducir el efecto hipotensor de la guanetidina y potenciar los efectos de la noradrenalina, adrenalina y otros fármacos depresores del SNC y anticolinérgicos. Posible incremento de la secreción de prolactina. Reducción de la tolerancia al alcohol. **Efectos secundarios:** Inicialmente, reacciones anticolinérgicas pasajeras. Posibles reacciones cutáneas alérgicas. En casos aislados, trastornos de la conducción, arritmias, insomnio, confusión y aumento de la ansiedad. Raramente, trastornos hepáticos, hiperpirexia, convulsiones, agranulocitosis y trombocitopenia. **Intoxicación y tratamiento:** Síntomas: somnolencia, inquietud, ataxia, hipotensión y depresión respiratoria. Tratamiento: eliminación del fármaco, hospitalización y tratamiento sintomático. No existe antídoto específico. **Presentación y P.V.P. (IVA):** Comprimidos ranurados de 75 mg, envase calendario con 28, 1.444 ptas. **Otras presentaciones:** Ampollas de 25 mg (2 ml), envase con 6, 349 ptas. Grageas de 10 mg, envase con 50, 481 ptas.; de 25 mg, envase con 40, 654 ptas.

**GEIGY** División Farmacéutica  
Apartado 1626, Barcelona.