

AÑO 1992  
N.º 1

# 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 Llavera  
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 Figuero  
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: El síndrome de Asperger (Avatares de un concepto) ...</b>	2
<i>F.J. Mendiguchia Quijada</i>	
<b>Estudio de seguimiento de niños con Trastornos del Aprendizaje .....</b>	7
<i>F. Monjas Martín y cols.</i>	
<b>Consumo de Alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra comunitaria de Adolescentes .....</b>	12
<i>A.J. Torres Iglesias; M.D. Domínguez Santos; D. Ferreiro Díaz; R. Rodríguez López</i>	
<b>Rasgos de personalidad en el adolescentes fóbico y obsesivo .....</b>	18
<i>J.M. Velilla Picazo; M.T. Alcalde Lapiedra; J. López Olaso; A. Pueyo Usón</i>	
<b>Asma infantil y acontecimientos vitales .....</b>	26
<i>M.J. Mardomingo; M.S. Gallego</i>	
<b>Depresión y factores asociados en niños con puntuaciones extremas en el CDI .....</b>	39
<i>L. Ezpeleta; N. de la Osa; LL. Gratacos; D. Pons</i>	
<b>Variables psicológicas en la evolución de la fibrosis quística de páncreas .....</b>	50
<i>N. Bassas; M. Trias; B. Oliva; J. Tomas; N. Cobos</i>	
<b>Modificación del locus de control en niños hospitalizados .....</b>	61
<i>O. Lizasoain; A. Polaino-Lorente</i>	
<b>Uso de fluoxetina en adolescentes con trastorno depresivo .....</b>	69
<i>P. Rodríguez Ramos; M.A. Fernández Alvarez</i>	
<b>Agenda .....</b>	74

## Comentario breve

# El síndrome de Asperger (Avatares de un concepto)

F.J. Mendiguchia Quijada

*Madrid*

En el mes de Septiembre de 1988 se publica una nueva versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la ICD-10, continuación y modificación de las anteriores ICD-8 y ICD-9 (en la ICD-8 aparecen por primera los trastornos infantiles) que han servido como clasificación oficial de la OMS en todo el mundo.

En su Capítulo V, Trastornos Mentales, de la Conducta y del Desarrollo y en el apartado «Trastornos del Desarrollo» (F80-F89) aparece un grupo de trastornos con el número F84 a los que denomina Trastornos generalizados (pervasivos) del Desarrollo, en el que, junto con el «Autismo Infantil (F84.0)», el «Autismo Atípico (F84.1)», el «Síndrome de Rett (F84.2)», «otros Trastornos desintegrativos de la Infancia (F84.3)» en el que se incluyen la psicosis desintegrativa, el síndrome de Heller, la demencia infantil y la psicosis simbiótica y el «Trastorno hiperactivo asociado con retardo mental y movimientos estereotipados (F84.4)», figura el «Síndrome de Asperger (F84.5)» al que describe como:

«Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de deterioro de la interacción social que tipifica el autismo, junto con un repertorio de actividades e

intereses restringidos, estereotipados y repetidos. Difiere del autismo primario en el hecho de que no hay un retardo en el desarrollo cognitivo o del lenguaje. La mayor parte de los individuos son de inteligencia general normal, pero es común en ellos ser marcadamente torpes. Este trastorno sucede predominantemente en varones (en una proporción de 8 a 1). Parece sumamente probable que algunos casos representan variedades moderadas de autismo, pero no es cierto que esto sea así en todos ellos. Existe una fuerte tendencia a persistir hasta la adolescencia ó la edad adulta y parece que representan características individuales que no son afectadas grandemente por influencias ambientales. Pueden ocurrir episodios psicóticos ocasionalmente en una fase temprana de la vida de adulto.

Incluye: Psicopatía autística. Trastorno esquizoide de la infancia.

Lo curioso es que, como tal síndrome, es la primera vez que viene en una clasificación internacional (nivel gamma), pues en la ICD-9 sólo aparece, como algo más o menos cercano (299.8) ...«otras (formas peculiares de las psicosis infantiles) pueden mostrar algunas de las características, pero no todas, del autismo in-

fantil» y también la descripción del Trastorno esquizoide de la personalidad (301.2) que como hemos visto la ICD-10 incluye en el síndrome de Asperger.

Si nos referimos a las DSM elaboradas por la Asociación Americana de Psiquiatría, publicadas por primera vez en 1952 con las siglas DSM-I y que no contemplaba ningún trastorno específico de la infancia, vemos que en DSM-II ya con trastornos infantiles y en DSM-III (1980) y DSM-III-R (1987) no se hace mención alguna del síndrome de Asperger.

¿Qué ha sucedido? ¿Es qué se trata de un síndrome recientemente descrito como el síndrome de Rette que también aparece por primera vez?. Como sabemos, éste no es el caso, pues Asperger describió este cuadro clínico, al que denominó Psicopatía Autística, en la Viena de las postrimerías de la II Guerra Mundial, en 1944, es decir un año después que Leo Kanner describiera su Autismo Infantil Precoz. No lo sabemos exactamente pero, dadas las circunstancias históricas de aquellos años, lo más seguro es que uno y otro desconocieron sus trabajos respectivos.

En poco tiempo el Autismo de Kanner fue conocido en todo el mundo y las publicaciones sobre él se cuentan por cientos y quizás por miles, mientras que la Psicopatía Autística del vienés Asperger, a pesar de regentar el Servicio de Psiquiatría Infantil de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Viena, era prácticamente ignorado por todo el mundo, aunque siguió publicando trabajos sobre el síndrome por él descrito, apareciendo en 1961 su tratado de Pedagogía Curativa (Heilpädagogik. 3. Aufl. Wien) del que se dispuso una traducción al castellano en 1966 (Pedagogía Curativa Ed. Miracle) y todavía en 1968 publica otro trabajo en Acta Paedopsychiatrica. En castellano disponemos de otra descripción, no tan completa, del síndrome, en el capítulo que sobre las psicopatías escribe en la Enciclopedia Pediátrica de Opitz y Schmid.

Su sucesor en la cátedra de Viena, Spiel,

publica en 1960 su «Die endogenen des Kindes und Jugendalters» y trata en él del Síndrome de Asperger separándolo de la esquizofrenia infantil. Para Spiel se trata de una forma de psicopatía esquizoide; cambiando, palabra y concepto, psicopatía por personalidad (personalidad esquizoide) es una de las dos acepciones que la ICD-10 incluye en el síndrome de Asperger. El mismo Spiel en el IV Congreso Mundial de Psiquiatría, en la Sesión Plenaria dedicada al Pronóstico de las Neurosis y Psicosis Infantiles se refiere a él como: «... psicopatía autística esquizoide».

Así pues el síndrome tuvo la suficiente difusión como para ser tenido en cuenta o al menos para mostrar una disconformidad con la hipótesis de Asperger y sin embargo parece como si sobre él hubiese caído una cortina de silencio, sobretudo en lo que respecta a dos grandes escuelas paidopsiquiátricas: la norteamericana y la francesa. Ello se explica quizás, en la primera, por la preponderancia de Leo Kanner en la misma y para todos los psiquiatras y pediatras de Estados Unidos no había mas autismo que el «Early Infantile Autism» kanneriano (Bender, Spitz, Chess, Shyrley, Finch etc.) y ésta debió de ser la razón por la que el síndrome de Asperger no ha figurado en ninguna de las sucesivas DSM, II, III y III-R, veremos que sucede en la IV que deberá aparecer en 1993.

En cuanto a la psiquiatría infantil francesa, es abrumador que tratándose de una psiquiatría europea haya ignorado olímpicamente el síndrome de Asperger ya desde las últimas ediciones de los viejos tratados de Michaux y Heuyer, pasando por la Psiquiatría del niño y del adolescente de Mazet y Houzeld, la Introducción a la Psicopatología Infantil de Lang hasta el más moderno tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente de Lebovici, Diatkine y Soule. Asimismo ignora el síndrome, a pesar de lo exhaustivo de su contenido y de su bibliografía, la Encyclopedie Medico-Chirurgicale, en su capítulo Psicosis Infantiles escrito por Moniot y Misés en 1970.

¿Cómo se puede explicar esta doble contumacia en reconocer un síndrome que, al final, ha terminado por serlo en la más importante clasificación mundial, la reconocida por la OMS? Quizás, y esto ya son elucubraciones del autor de este comentario, no fue sólo el peso de Kanner en la paidopsiquiatría norteamericana, sino también el nombre con que Asperger bautizó el cuadro clínico por él descrito, «psicopatía autística» pues justo a partir de la II Guerra Mundial el concepto de psicopatía empezó a declinar por su carácter constitucional y el pesimismo terapéutico que ello conllevaba y que motivó a su vez el rechazo del psicoanálisis que no ha aceptado nunca este síndrome que no ha sido explicado en todos estos años desde una concepción psicodinámica freudiana.

Veamos ahora que suerte corrió el síndrome en la paidopsiquiatría alemana. La mayoría de los autores alemanes lo acogieron en sus tratados pero no desarrollaron el nuevo concepto ni su aportación casuística fué relevante. Pongamos como ejemplos dos paidopsiquiatrías, una de la Alemania del Oeste y otra de la del Este. La primera es la «Kinder und Jugend-psychiatrie» de Harbauer, Lemp, Nissen y Strunk que tiene un capítulo denominado «Síndrome Autístico» en el que incluyen los siguientes cuadros: I Autismo psicogénico; II Síndrome de Asperger; III Síndrome de Kanner; IV Autismo somatogénico. La segunda es la de Göllnitz «Neuropsychiatrie des Kindes-und Jugendalters» que en su capítulo XXVIII «Síndromes psicopatológicos especiales» describe, en el apartado E «Autismus»: 1) La psicopatía autística. 2) El autismo precoz.

¿Qué pasó con los paidopsiquiatras suizos, de antigua tradición en la especialidad?. Los viejos tratados de Tramer, de la Universidad de Berna, de Hanselman y Lutz (Zurich), Benjamin, Isserlin (Munich) y Ronald (Viena), aunque vertidos al español en 1946 y 1947 eran anteriores a la descripción de Asperger, pero en 1961 aparece la «Kinderpsychiatrie» de Jacob Lutz, traducida al castellano en 1968

de su 2.<sup>a</sup> Edición de 1964, que ya en su prólogo habla de su «estrecha vinculación» con Asperger y que en su apartado Autismo Infantil, describe el autismo de Kanner, la psicopatía autística de Asperger y la psicosis simbiótica de Mahler, diciendo de ésta última que «es un trastorno raro y sin aclarar», cosa que no dice del Asperger, al que considera una psicopatía auténtica. Como vemos todos los citados son de lengua alemana pero ¿y los de lengua francesa?. Tenemos que el «Manuel de Psychiatrie de l'enfant» de J. de Ajuriaguerra, escrito en su etapa de profesor de la Facultad de Medicina de Ginebra, describe, ya en su 1.<sup>a</sup> Edición de 1970, al comienzo del capítulo de Psicosis Infantiles en I: Historia y clasificación, y casi de pasada, el síndrome de Asperger (después no le cita en su bibliografía), relacionándolo con la concepción de van Krevelen «trastorno del contacto y carencia de intuición y de empatía», de Burns «autopatía» y de Spiel «subgrupo de la psicopatía esquizoide». Podríamos considerar su postura como intermedia entre la escuela francesa y la alemana.

Si pasamos a la paidopsiquiatría inglesa vemos que extrañamente, dada su vinculación a la norteamericana de la que se encuentra más cerca que de la centroeuropea, el síndrome de Asperger ha tenido una amplia acogida como veremos enseguida. Creemos que la clave de ello está en las palabras que Burns (Birmingham) pronunció en la presentación de dos casos en el II Congreso Europeo de Paidopsiquiatría celebrado en Roma en 1963: «Un artículo del Dr. van Krevelen en Acta Paedopsychiatrica en 1962 trajo la noticia a los psiquiatras de habla inglesa de la existencia de un grupo de niños que fueron descritos por primera vez por Asperger en 1944 como «psicópatas autistas». En esta misma sesión de trabajo Burns, a la vista del trabajo de van Krevelen en el que éste asegura que realmente estos niños ni son autistas propiamente dicho ni son psicópatas dice: «dado que en Inglaterra no podemos llamarles psicópatas, ya que este término ha sido fuerte-



mente restringido y tiene un significado de antisocial, y sin embargo tienen un comportamiento autístico y un componente esquizoide, sugiero que pueda ser llamado autopatía». Como se ha visto posteriormente el término no ha tenido aceptación y la psicopatía autística ha acabado llamándose Síndrome de Asperger.

La aceptación del síndrome por la psiquiatría del Reino Unido la comprobamos en el Tratado de Psiquiatría Infantil de Rutter y Hersov de 1979 en el que se describe el síndrome de Asperger con el nombre de psicopatía autística y en el que se cita el trabajo de Mnukhin e Isaev. Posteriormente, en la Psiquiatría Infantil de Philip Graham, se describe en su apartado 48, y completamente separado del autismo infantil precoz, como un trastorno de la personalidad dedicándole dos paginas y del que dice «este cuadro es descrito algunas veces como personalidad esquizoide o como psicopatía autística» es decir como en la ICD-10; a este respecto hay que decir que Graham formaba parte de los 50 psiquiatras que participaron en la redacción del primer borrador de esta clasificación. Este autor cita, creo que por primera vez, la frecuencia del síndrome (1 a 2 por 10.000 niños) y cita también un trabajo de Wing sobre el síndrome de 1981 y otro de Wolfg y Chick de seguimiento de niños esquizoides.

Muy cercano a nosotros, no sólo geográficamente sino también por su relación con nuestra Sociedad, citaremos al Prof. Victor Fontes que, como moderador de la mesa redonda que sobre Catamnesis de las psicosis infantiles, tuvo lugar en el II Congr. de la UEP celebrado en Roma en 1963, citó al síndrome como objeto de estudio en dicha mesa.

Por último y de una manera muy especial nos referiremos al Prof. Arn van Krevelen que, como hemos visto a lo largo de esta exposición, contribuyó de una forma definitiva al reconocimiento internacional del síndrome descubierto por Asperger, no sólo por la difusión de los trabajos de éste sino también por

sus propios estudios sobre la psicopatía autística, viendo que el trastorno central del síndrome era la incapacidad de la percepción intuitiva, una hipertrofia de los sectores intelectivos y un defecto de los tímicos. En su relación con el autismo kanneriano describió tres parejas de hermanos en las que uno presentaba el cuadro de la psicopatía autística y el otro uno de autismo infantil precoz. De su interés por el síndrome de Asperger dan fé sus numerosas publicaciones.

¿Y en España? Creemos que la primera noticia escrita del síndrome de Asperger aparece en las Actas de la IV Reunión de nuestra Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil celebrada en Zaragoza en 1955, en la que el propio van Krevelen presentó una comunicación titulada «Problemática del Autismo Infantil» en la que analiza el autismo infantil precoz y la psicopatía autística y expone que «... la perturbación del psicópata es menos central que la del niño autista... pertenece al tipo del psicópata esquizoide de Kretschmer... (aparece) a la edad de 2-3 años cuando las funciones corticales comienzan a hipertrofiarse a costa de los instintos... tienen aspecto de viejos, dicharacheros, sabihondos y maliciosos».

La siguiente referencia la encontramos en las Actas de la XIII Reunión de nuestra Sociedad celebrada en Málaga-Torremolinos en 1967 en las que Agustín Serrate en su Contribución especial a la ponencia «Psicosis Infantiles» describe detalladamente el cuadro subrayando su diferencia fundamental con el autismo infantil precoz en el que «el otro» no existe, pero que rehuye el psicópata.

En otra Reunión de nuestra sociedad, la XVIII, celebrada en Las Palmas en 1974 volvimos a tratar del autismo infantil en una Mesa Redonda y en la misma participé desarrollando el tema de «Autismo no psicótico» que versó principalmente sobre el síndrome de Asperger.

Asimismo y para obviar el término «psicopatía», en nuestro tratado de Psiquiatría Infantil de 1980 describimos el cuadro (p.672) como «conductopatía autística».

Como última cita de un psiquiatra español haremos la de Alberca Llorente, que en el ya comentado IV Congreso Mundial de Psiquiatría de Madrid (1966), describe el síndrome de Asperger en su intervención como ponente en la sesión plenaria sobre Pronóstico de las neurosis y psicosis infantiles.

No queremos terminar este comentario sobre el Síndrome de Asperger sin hacer patente el que, a pesar de haber sido bastante difundido con las excepciones antes citadas, la casuística es muy pobre (por ejemplo: revisando todas las actas de Nuestra Sociedad de Psiquiatría no aparece un sólo caso del síndrome); esperemos que con su inclusión en la ICD-10 aparezcan publicados mas casos en los tiempos venideros.

## Bibliografía

1. AJURIAGUERRA, J.: *Manuel de Psychiatrie de l'enfant* Ed Masson Paris 1970.
2. ASPERGER H.: *Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter*. Arch. Psychiat. Nervenkr. 117-1. 1944.
3. ASPERGER H.: *Psychopathie*. En: Benachteiligte Kinder. Lambertus Verl. 1953.
4. ASPERGER H.: *Autistisches Verhalten in Kindesalter*. Jahrb. F. Jugendpsychiatrie II Bern Huber. 1960.
5. ASPERGER H.: *Heilpädagogik*. 3. Aufl. Wien. (trad. Esp. Ed. Miracle 1966). 1961.
6. ASPERGER H.: *Zur Differentialdiagnose des Kindlichen Autismus*. Acta Paedopsychiat. 35. 1968.
7. ASPERGER H.: *Psicopatía*. En: Enciclopedia Pediátrica de Optiz y Schmid VIII/1 Morata. Madrid. 1971.
8. BURNS C.: *Autopatía*. Actas II Congr. U.E.P. II 145-150. Roma. 1963
9. FONTES V.: *Tamnesis de las psicosis infantiles*. Actas II Congr. U.E.P. I. 292 Roma. 1963.
10. GOLLNITZ G.: *Neuropsychiatrie des Kindes-und Jugendalters*. XXVIII. Autismus. 364. G. Fischer Verl. Jena. 1975.
11. GRAHAM PH.: *Child Psychiatry*. A «develop, mental» Approach. 4.8.2. 166. Oxford Med. Pub. 1986.
12. HARBAUER, LEMP, NISSEN Y STRUNK.: *Kinder und Jugend-psychiatrie*. Autismus. Springer Verl. 1976
13. VAN KREVELEN A.: *Leerboek der Speciele Kinderpsychiatrie*. I Leiden. Stenfort-Kroese. 1952.
14. VAN KREVELEN A.: *Problemática del autismo infantil*. Actas IV Reunión Soc. Esp. Neuropsiquiat. Infant. 97-105. Zaragoza. 1955.
15. VAN KREVELEN A.: *Autismus infantum*. Acta Paedopsychiat. 27. 97-107. 1960.
16. VAN KREVELEN A.: *Autismus infantum and autistic personality*. Jap. J. Child Psychiat. 3. 135. 1962.
17. VAN KREVELEN A.: *On the relationship between early infantile autism and autistic psychopathy*. Acta Paedopsychiat. 30. 303.323. 1963
18. VAN KREVELEN A.: *Early infantile autism and autistic psychopathy*. J. Child. Schiz. 1. 82-86. 1971.
19. VAN KREVELEN Y KUIPERS CH.: *The psychopathology of autistic psychopathy*. Acta Paedopsychiat. 29. 1-22. 1962.
20. LUTZ J.: *Kinderpsychiatrie*. 3.ª Ed. Rotapfel. Zurich. 1968. (Versión española Ed. Gredos. Madrid. 1968)
21. MENDIGUCHIA F.: *Psiquiatría Infanto Juvenil*. 19 Conductopatías Ed. del Castillo. Madrid. 1980.
22. MNUKIN SS. E ISAEV D.: *On the other organic nature of some forms of schizoid or autistic psychopathy*. J. Autism Child Schiz 5. 99-18 (cit. Rutter). 1975.
23. RUTTER M. Y HERSOV L.: *Child and adolescent psychiatry, modern approaches*. Blackwells Scient. Pub. Oxford. 1985.
24. SERRATE A.: *Psicosis infantiles. Contribución especial*. Actas XIII Reunión Soc. Esp. Neuropsiquiat. Infant. Málaga. 1967.
25. SPIEL W.: *Die endogenen Psychosen des Kindes und Jugendalters*. Basel: Karger. 1960.
26. SPIEL W.: *Sobre el curso y pronóstico de la esquizofrenia infantil*. Actas IV Congr. Mundial de Psiquiatría. 4-5 Madrid. 1966.
27. WING L.: *Asperger's syndrome: a clinical account*. Psych. Med. 11. 115-129. 1981.
28. WOLFF S. Y CHICK J.: *Schizoid personality in children: a control trolled follow-up study*. Psychol. Med. 10. 85-100. 1980.
29. I.C.D. 10: *Draft of Chapter V. F84.5 Asperger syndrome*. 182. 1988.

# Estudio de seguimiento de niños con Trastornos del Aprendizaje

F. Monjas Martin; y cols

*Albacete*

## RESUMEN

Existe poca claridad en relación con los Trastornos del Aprendizaje, concepto impreciso y mal definido desde el punto de vista clínico, que constituye un problema de grandes dimensiones sociales y que origina frecuentes demandas a los Servicios de Psiquiatría Infantil.

En este trabajo se estudia una población de 116 niños, de edades comprendidas entre 5 y 11 años, pertenecientes a los tres primeros cursos de la EGB, que fueron diagnosticados de Trastornos del Aprendizaje durante los años 1976 a 1980.

Se recogen primero un conjunto de datos que puedan proporcionar información sobre los diversos factores cuya influencia en la

etiología es generalmente aceptada. En segundo lugar, y durante el primer semestre del año 1986, cinco años después, como mínimo, de la fecha del diagnóstico, se realiza una entrevista familiar destinada a conocer la evolución de los niños y especialmente su situación actual (escolar, mental, socioprofesional), separando tres grupos: los que fueron tratados correctamente y se recuperaron, los que recibieron el mismo tratamiento y no llegaron a recuperarse y los niños que no fueron tratados.

La impresión final más importante es que, no obstante observar una elevada frecuencia de problemas perinatales en los antecedentes personales de estos niños, los Trastornos del Aprendizaje tienen poca entidad clínica, tienden a la recuperación espontánea y se deben entender desde un punto de vista evolutivo, definidos principalmente por el conjunto de las demandas (educacionales, sociales, familiares) que concluyen en una edad determinada.

**Palabras clave:** Trastornos del Aprendizaje. Tratamiento. Evolución.

---

F. Monjas; E. Serna; P. Toledo; I. Cuellar; J. Campayo; M.D. García; R. Abad.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Albacete.

Colaboración: Cátedra de Psiquiatría. Universidad de Murcia.

## INTRODUCCIÓN

Lo Trastornos de Aprendizaje constituyen motivo de frecuentes demandas a los Servicios de Psiquiatría Infantil, incrementadas en los últimos años por razones como el nivel sociocultural alcanzado, los mayores índices de escolarización, la orientación y las exigencias de los programas educativos, las expectativas familiares en relación con el aprendizaje... etc. Se estima que afectan aproximadamente al 12% de la población infantil en edad escolar, cifra que da idea de las dimensiones de este problema, considerado desde el punto de vista social y educativo y que justifica la preocupación del MEC y la creación del dispositivo para la Educación Especial.

No obstante su elevada frecuencia y la posible repercusión sobre la salud mental futura del niño, el concepto de T. del Aprendizaje continúa siendo confuso, lo mismo si se revisa la literatura reciente como desde la práctica diaria, y se confunde o se mezcla con otros cuadros de la patología mental infantil (Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome de Hiperactividad, Trastornos por Déficit de Atención, Dislexia, Inadaptación Escolar, Trastornos de Conducta), lo que muchas veces viene determinado por la especialización y por el criterio de los diferentes profesionales (Neurólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Peditras, Pedagogos... etc.) que ven a estos niños.

Actualmente los T. del Aprendizaje se reconocen como una entidad bastante homogénea, en la que destaca la discrepancia entre el rendimiento escolar que se espera y el que se obtiene realmente y que es diferenciable de los cuadros antes señalados, aunque ellos comporten entre sus síntomas dificultades en el aprendizaje y retraso escolar.

Para nosotros el niño tipo con Trastornos del Aprendizaje es un escolar de los tres primeros cursos de la Educación General Básica, que tiene de seis a nueve años y que acude al Servicio aconsejado por los profesores porque su rendimiento es nulo o muy bajo en relación con la edad y se debe principal-

mente a dificultades en el lenguaje oral y a una notoria incapacidad para el aprendizaje de la lectoescritura, y en el que no aparecen deficiencia mental, daño cerebral objetivable, trastornos sensoriales ni alteraciones emocionales o afectivas capaces de justificar los síntomas.

## MATERIAL

### 1. MUESTRA

De un total de 410 historias clínicas de nuestro archivo, correspondientes a niños que fueron vistos en los años 1976 a 1980 y diagnosticados de Trastornos del Aprendizaje, se seleccionaron previamente aquellos casos que podían ser incluidos con una mayor precisión en este diagnóstico, de acuerdo con la significación, bastante más delimitada y más restrictiva, que para nosotros tiene el concepto de Trastornos del Aprendizaje, tal como antes se quiso expresar. Separamos de esta manera 207 historias clínicas y citamos a los padres. Respondieron y fueron entrevistados 116.

### 2. METODOLOGÍA

Con los datos de la historia clínica y con los obtenidos en la entrevista se rellenó un cuestionario que nos parece adecuado en un doble sentido:

1.ª Proporciona información acerca de los diversos factores cuya influencia en la génesis de los Trastornos del Aprendizaje es generalmente aceptada (antecedentes familiares y personales, circunstancias sociales, ambiente familiar, alteraciones en el desarrollo... etc.). 2.ª Nos permite conocer la evolución de estos niños y especialmente su situación actual.

**RESULTADOS**

A continuación se reflejan algunos de los datos que nos han parecido de mayor importancia:

	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS
	116	Nº %	Nº%
<b>Edad</b>		89-76%	27-24%
		5-11 a.	6-10 a.
<b>Procedencia</b>			
Urbana	97-84%	74-63%	23-19%
Rural	19-16%	15-13%	4-3%
<b>Clase Social</b>			
Alta	12-10%		
Media	78-67%		
Media-Baja	26-22%		
<b>Número de hermanos</b>			
Más de cuatro	29		
Cuatro	30		
Menos de cuatro	57		

La edad que figura en el cuadro se refiere a la primera entrevista. La mayor parte de los niños se encontraban, en el momento del diagnóstico, en los cursos primero, segundo y tercero de la Enseñanza General Básica.

Dos hechos destacan a primera vista: 1.º El elevado porcentaje de niños (76%) en relación con las niñas (24%). 2.º La desproporción entre los niños que proceden del medio urbano (84%) y los que proceden del medio rural (16%). El primero podría deberse principalmente a un mayor interés y a un más alto nivel de expectativas familiares en cuanto al aprendizaje y al rendimiento intelectual de los niños. El segundo de los datos se relaciona en parte con la diferencia cultural que existe a favor del medio urbano, se trata fundamentalmente de un fenómeno sociológico general, aunque más propio (y más acusado) de provincias como la nuestra, de gran extensión geográfica y de enorme dispersión poblacional (las dos terceras partes residen en núcleos rurales muy diseminados), en las que se da un notable desequilibrio en todos los aspectos, y de manera especial en el sanitario, entre el área urbana de la capital y las zonas rurales.

Este desequilibrio se manifiesta en las diferencias de infraestructura sanitaria, en las dificultades de acceso a los servicios especializados, en las dificultades — igualmente graves — para la extensión y para la entrega de estos mismos servicios... etc.

Más interés, a los fines del presente trabajo, tienen los datos que se refieren a los antecedentes familiares (entre los 116 niños hemos encontrado antecedentes familiares en 83, lo que supone el 71,5%) y a los antecedentes personales:

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Zurdería .....	45	38%
Enfermedades Mentales .....	34	29%
Trastornos de la Pronunciación .....	28	24%
Enfermedades Neurológicas .....	27	23%
Retraso Mental .....	16	13%

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Problemas Perinatales .....	44	38%
Zurdería .....	13	11%
Convulsiones .....	5	4%
TCE .....	4	3%
Trastornos Sensoriales .....	3	2%
Inflamaciones Encefálicas .....	0	0%

Entre los antecedentes personales cabe señalar la elevada frecuencia de problemas perinatales, incluyendo aquí a todos los factores cuya influencia en la provocación de algún tipo de daño cerebral es aceptada, tales como: sufrimiento fetal, ictericia neonatorun, prematuridad, peso superior a 4500 gr., parto gemelar, vueltas de cordón, expulsión difícil y/o prolongada, fórceps, ventosa, reanimación, oxígeno, incubadora... etc.

Un estudio electroencefalográfico ha sido llevado a cabo en 68 niños y se han encontrado anomalías en 31, es decir, en el 45,5%. Estas anomalías consisten siempre en: inestabilidad, signos de disfunción, de inmadurez bioeléctrica, asimetrías, escasa o mala diferen-

ciación topográfica y predominio de ondas lentas.

El nivel de Inteligencia de los niños (en todos los casos la media de varias determinaciones) estaba incluido en alguno de los grupos siguientes:

C.I. entre 90 y 110 .....	86	(74,5%)
C.I. superior a 110 .....	18	(15,5%)
C.I. inferior a 90 .....	12	(10,0%)

Las anomalías más importantes observadas en la **exploración psicológica**, presentes en la inmensa mayoría de los niños, eran: trastornos temporoespaciales, del esquema corporal, de la lateralidad y del lenguaje oral. El test de Bender, método que hemos empleado casi sistemáticamente, ha mostrado hallazgos patológicos (EMV inferior al menos en un año a la correspondiente a la edad cronológica) en 90 (84%) de los 107 niños que fueron sometidos a esta prueba.

De los 116 niños estudiados, 76 (66%) recibieron un tratamiento correcto (pedagogía terapéutica) en aulas de enseñanza especial de los colegios públicos o en centros privados. Cuarenta niños (34%) no fueron tratados. La duración del tratamiento osciló entre uno y dos cursos académicos para las aulas de educación especial y entre tres meses y cinco años para los centros privados.

De aquellos 76 niños que fueron tratados correctamente, se recuperaron 59 (77,6%) y no se recuperaron 17, lo que supone el 22,3%. Hablamos de que un niño se ha recuperado cuando en sucesivos controles psicológicos ha superado todas o la mayoría de las alteraciones que presentaban y/o se ajusta a las exigencias escolares y su aprendizaje es normal (aunque en el examen psicológico persistan algunas alteraciones).

Tratados	76	Recuperados	59	(76,6%)
A.E. Especial	18	A.E. Especial	13	(72,2%)
C. Privado	58	C. Privado	46	(79,3%)

Vemos pues que el porcentaje de niños que se recuperan es algo superior en los centros privados que en las aulas de enseñanza especial de los colegios estatales.

## EVOLUCIÓN

En el primer semestre del año 1986, a los cinco años como mínimo de la fecha del diagnóstico, y teniendo entonces aquellos niños una edad que oscila entre los once y los veinte años, su situación, con los datos obtenidos en la entrevista hecha a los padres, es la que se señala a continuación.

Recuperados	Estudiante	Trabajan	Desocupados	Trat. psiquiátrico
59	47 (79,6%)	8 (13,5%)	1 (1,6%)	3 (5%)
No Recuperad.				
17	9 (52,9%)	5 (29,4%)	3 (17,6%)	0 (0%)
No Tratados				
40	29 (72,5%)	6 (15,0%)	5 (12,5%)	0 (0%)

Puede apreciarse, seguramente como detalles más significativos, la poca diferencia entre el grupo de niños recuperados y el de niños no tratados por lo que se refiere al número de los que continúan estudiando y al de los que trabajan, así como al hecho de que tres del primer grupo estén en tratamiento psiquiátrico, mientras que no lo está ninguno del grupo de los que quedaron sin tratamiento. Igualmente es destacable que el porcentaje de los que dejan los estudios y trabajan sea mas alto en el grupo de los niños tratados y no recuperados que en el grupo de los niños no tratados. También en el grupo de los niños que recibieron tratamiento y no se recuperaron es mayor el porcentaje de los que permanecen desocupados (sin estudiar y sin un trabajo).

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

No se pretendía con este trabajo llegar a ninguna conclusión válida en un tema tan poco claro como es el de los Trastornos del Aprendizaje. sin embargo, nuestra experiencia y el análisis de los datos expuestos permite, al menos, aventurar algunas impresiones. Estas son:

1.<sup>a</sup> La alta frecuencia de problemas obstétricos y de anomalías EEC, sugiere la existencia de relaciones entre probabilidad de daño cerebral perinatal y trastornos del aprendizaje.

2.<sup>a</sup> Las alteraciones perceptivas y el retraso en la maduración visomotora son hallazgos prácticamente constantes en la exploración psicológica de los niños con trastornos del aprendizaje.

3.<sup>a</sup> Lo señalado más arriba acaso deba obligar a un estudio neurológico y psiquiátrico de

entrada en los niños con problemas en el aprendizaje, tal como se ha venido haciendo y todavía es una práctica bastante común. No obstante, parece más lógico incluir este campo en las competencias de la pedagogía especializada y proceder a una inversión del procedimiento diagnóstico.

4.<sup>a</sup> Parece posible sostener que los Trastornos del Aprendizaje, y las alteraciones en ellos subyacentes, tienden a regresar espontáneamente y que su influencia en el posterior rendimiento intelectual y en la integración laboral y social sea de muy poca consideración. El concepto de Trastorno del Aprendizaje vendría a definirse, más que por su propia entidad clínica, por las repercusiones sobre el progreso escolar en una edad determinada y, por tanto, por el conjunto de demandas (educacionales, sociales y familiares) que confluyen en esa misma edad.

# Consumo de Alcohol y antecedentes psiquiátricos en una muestra comunitaria de Adolescentes

A.J. Torres Iglesias; M.D. Domínguez Santos; D. Ferreiro Díaz; A. Rodríguez López

*Santiago de Compostela*

## RESUMEN

Tomando como base una muestra comunitaria y representativa de la población adolescente de Galicia formada por 2523 sujetos de 12 a 18 años, los autores de plantean como objeto de estudio, el análisis de las posibles repercusiones de ciertos factores familiares (antecedentes de enfermedad mental en la familia de primer grado) y personales (historia previa de patología psíquica y/o de tratamiento psiquiátrico) sobre los niveles y pautas de consumo de alcohol en la adolescencia, así como la distribución de dichas variables en función de parámetros sociodemográficos. El material utilizado se integra dentro de un Cuestionario General de Evaluación elaborado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, para su aplicación en un proyecto de investigación sobre la Salud

Mental de los jóvenes de la Comunidad Autónoma Gallega.

**Palabras clave:** Alcohol. Antecedentes Psiquiátricos. Adolescentes. Galicia.

## INTRODUCCIÓN

En 1987, España ocupaba el tercer puesto en las estadísticas internacionales en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas<sup>1</sup> con 12,7 litros de alcohol puro per cápita anual. Esta situación se debe en gran parte al hecho de que, durante siglos, el consumo de alcohol en nuestro país ha jugado un importante papel en la celebración de actos religiosos y sociales<sup>2</sup>, constituyendo un fenómeno cultural profundamente enraizado; a ello hay que unir el peso económico que representa la producción y comercialización de bebidas alcohólicas. En este contexto no es sorprendente que el alcohol constituya la droga más frecuentemente utilizada por los sectores jóvenes de la población, según datos de diferentes estudios<sup>3-6</sup>.

Si el uso y abuso de alcohol en la adolescencia constituye un problema sanitario de primera magnitud, también lo es la identifica-

---

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina.  
Universidad de Santiago de Compostela.  
Santiago de Compostela. La Coruña

María Dolores Domínguez Santos  
Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Galicia.  
C/ Galeras s/n 15705 Santiago de Compostela. La Coruña



ción de los factores asociados a dicho consumo<sup>7, 8</sup> por cuanto permitiría, de un lado, conocer a las denominadas «poblaciones de riesgo»<sup>9</sup>, y de otro, planificar programas de prevención.

El presente trabajo se integra en un proyecto de investigación más amplio centrado en la obtención de datos sobre morbilidad psiquiátrica entre los jóvenes de la Comunidad Autónoma de Galicia. El objetivo concreto que se persigue en este estudio es la valoración de las posibles correlaciones existentes entre uso de alcohol (frecuencia y tipo de consumo) en adolescentes y: 1) Antecedentes personales de enfermedad mental, 2) Antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico y, 3) Antecedentes psiquiátricos en la familia de primer grado.

## MATERIAL Y MÉTODO

### 1. MUESTRA

La muestra sobre la que se realiza esta investigación está constituida por 2.523 sujetos de 12 a 18 años de edad, extraídos de un universo constituido por los 298.548 jóvenes de la Comunidad Autónoma Gallega.

Dicha muestra fué distribuida en forma proporcional según el sexo, edad y hábitat, de acuerdo con las proporciones establecidas para estos parámetros en la población total objeto de estudio (muestreo aleatorio estratificado empleando un criterio de afijación proporcional).

### 2. METODOLOGÍA

Desde el punto de vista epidemiológico, esta investigación pertenece al modelo de estudios epidemiológicos de tipo transversal<sup>10</sup>, efectuados sobre una muestra representativa de la población estudiada. El trabajo de campo fué realizado por un equipo de encuestadores profesionales durante los meses de noviembre y diciembre de 1988, y enero

de 1989. Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos mediante la técnica de entrevista personal, utilizando como soporte el Cuestionario General de Evaluación elaborado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela para la puesta en marcha del estudio comunitario al que se hacía mención en la introducción de este trabajo. Según diferentes estudios<sup>11, 12</sup>, esta técnica de recogida de datos aporta una información fiable sobre consumo de alcohol y drogas en adolescentes. De la versión original del Cuestionario General constituido por 89 ítems, hemos recogido las respuestas de aquéllos que se refieren a las variables personales y familiares objeto de estudio, y a pautas (cantidad y frecuencia) de consumo de alcohol.

El procesamiento estadístico de los datos se realiza mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales "SPSS/PC+" (versión 3.1). En particular, las correlaciones entre las variables se analizan en base a Tablas de Contingencia y la Prueba del Chicuadrado.

## RESULTADOS

En el análisis de los resultados, hemos tenido en cuenta dos categorías de frecuencia de consumo bien diferenciadas: el consumo en días laborables, y el consumo en fines de semana (en este caso tomamos como referencia el consumo en sábados, por ser este el día con mayor índice de ingesta). Asimismo, y en lo que respecta a cantidad de alcohol consumido, consideramos cuatro grados:

— 0: Abstemio

— 1: Bebedor moderado (1-40 cc. alcohol puro/día)

— 2: Bebedor excesivo (41-100 cc. alcohol puro/día)

— 3: Bebedor sospechoso de alcoholismo (>101 cc. puro/día)

La conversión de bebidas alcohólicas en cc. de alcohol puro se llevó a cabo de acuerdo con la Tabla I, de equivalencias, tomada de Enriquez de Salamanca<sup>13</sup>.

TABLA I

EQUIVALENCIA DE BEBIDAS  
ALCOHOLICAS Y CC. DE ALCOHOL

	Volumen (cc.)	Alcohol puro (cc.)
1) <i>Vinos de mesa y espumosos:</i> <i>Graduación media 12°</i>		
Chato	50	6
Vaso de vino	100	12
Vaso grande	200	24
1/2 botella	500	60
Una botella	750	90
2) <i>Sídra: Graduación media 5°</i>		
Vaso pequeño	100	5
Vaso grande	200	10
1 litro	1000	50
3) <i>Cerveza: Graduación media 5°</i>		
Corto	100	5
Caña	170	8,5
Botellín	200	10
Doble	280	14
Botella de 1/3	333	14
Vaso grande	200	10
4) <i>Aperitivos y vinos generosos (vermouth bitter, jerez, manzanilla, oporto...):</i> <i>Graduación media 17°</i>		
Copa	70	11,9
Vaso	70	11,9
Combinado	79	11,9
5) <i>Brandy y licores (brandy, ginebra, ron, anís...):</i> <i>Graduación media 43°</i>		
Copa	45	18
Combinados	70	28
6) <i>Whisky: Graduación media 43°</i>		
Medio	40	17
Entero	70	30
Doble	130	56
7) <i>Aguardientes (vodka, de hierbas...):</i> <i>Graduación media 50°</i>		
Copa	45	22,5

## 1. RESULTADOS GLOBALES

En la Tabla II se exponen, de una forma resumida, los resultados globales expresados

en porcentaje, y referentes a las correlaciones obtenidas entre antecedentes psiquiátricos y consumo de alcohol en adolescentes.

El primer dato de interés a resaltar es la mayor frecuencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares, encontrada en los sujetos bebedores comparado con los abstemios. Este predominio es estadísticamente significativo para el caso de los antecedentes psiquiátricos familiares en consumidores de días laborables ( $p < 0,01$ ), y para las tres variables estudiadas en el caso de los bebedores de fin de semana.

De los que consumen alcohol en días laborables ( $N=382$ ) han padecido algún trastorno psiquiátrico previo el 10%, y han recibido tratamiento psiquiátrico el 9%; una situación bastante similar ocurre entre los bebedores de fin de semana ( $N=964$ ), entre los cuales los antecedentes de enfermedad mental son positivos en el 11% (cifra ligeramente superior a la considerada anteriormente, pero no significativa), y han recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico en el mismo porcentaje que antes (9%). Al comparar ambas categorías de consumo (en días laborables y en fines de semana) en función de las tres variables analizadas, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas únicamente para los antecedentes psiquiátricos en la familia de primer grado ( $X^2=4,725$ ;  $p < 0,10$ ; 2 g.l.), que por otro lado ha sido la variable que muestra las mayores frecuencias para ambos grupos. Así, el mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos familiares se registra entre los abstemios y bebedores de días laborables, siendo entre estos últimos (los bebedores) donde aparece la frecuencia más elevada (21%).

## 2. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y GRADO DE CONSUMO

Tal y como muestra las Tablas III-A y III-B, hemos valorado la distribución de los ante-

TABLA II

**CONSUMO DE ALCOHOL Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS:  
RESULTADOS GLOBALES (%)**

	CONSUMO DIAS LABORABLES			CONSUMO SABADOS		
	Abstemios (N=2.141)	Bebedores (N=382)	$\chi^2$	Abstemios (N=1.559)	Bebedores (N=964)	$\chi^2$
Antecedentes personales Enfermedad mental	8	10	0,98	7	11	12,56 <sup>a</sup>
Antecedentes personales Tratamiento psiquiátrico	7	9	1,65	7	9	2,99 <sup>c</sup>
Antecedentes psiquiátricos Familiares	16	21	9,32 <sup>a</sup>	15	19	6,46 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> p<0,01  
<sup>b</sup> p<0,05  
<sup>c</sup> p<0,1

TABLA III-A

**ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS Y GRADO DE CONSUMO EN DIAS LABORABLES (%)**

	Grado 0 (N=2.141)	Grado 1 (N=269)	Grado 2 (N=96)	Grado 3 (N=17)	$\chi^2$
Antecedentes personales Enfermedad Mental	8	10	9	18	NS
Antecedentes personales Tratamiento psiquiátrico	7	7	16	18	S (p<0,01)
Antecedentes psiquiátricos Familiares	16	19	24	41	S(p<0,025)

cedentes en función del grado cuantitativo de consumo, tanto en días laborables como en sábados. A la vista de los resultados podemos afirmar que, a excepción de los antecedentes personales de enfermedad mental en el grupo de consumo en días laborables, en el resto de los casos la frecuencia de antecedentes es significativamente más alta cuanto mayor es el nivel de consumo de alcohol. Así por ejemplo, vemos que los antecedentes positivos de tratamiento psiquiátrico van desde el 7% en bebedores moderados de días laborales al 18% en sospechosos de alcoholismo, o del 6% en los que beben moderadamente en sábados al

11% en los que lo hacen de forma excesiva en ese mismo día.

Con respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares, la situación sería similar, pero con porcentajes más elevados: la frecuencia de antecedentes familiares obtenida para los niveles más bajos de consumo de alcohol en días laborales es del 19%, aumentando al 41% para el mayor grado de consumo; en fines de semana, las diferencias de frecuencia de antecedentes entre bebedores moderados (16%) y excesivos (21%) son también significativas.

TABLA III-B

## ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y GRADO DE CONSUMO EN SABADOS (%)

	Grado 0 (N=526)	Grado 1 (N=438)	Grado 2 (N=526)	$\chi^2$
Antecedentes personales Enfermedad mental	7	10	13	S (p<0,05)
Antecedentes personales Tratamiento psiquiátrico	7	6	11	S (p<0,01)
Antecedentes psiquiátricos Familiares	15	16	21	S (p<0,025)

### 3. CONSUMO DE ALCOHOL, ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y PARÁMETROS SOCIODEMOGRÁFICOS

El último análisis de este estudio se refiere a la influencia de los parámetros sociodemográficos (edad, sexo y hábitat) en la presencia de antecedentes psiquiátricos a nivel de los adolescentes consumidores de alcohol. Únicamente hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para los antecedentes personales de enfermedad mental según el sexo de los bebedores de fin de semana; existe un claro predominio de dichos antecedentes en el sexo femenino (17%) frente al masculino (8%).

### DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los principales hallazgos de este estudio pueden esquematizarse de la siguiente forma:

1. En la muestra comunitaria de adolescentes que hemos estudiado, se obtiene una correlación positiva entre antecedentes psiquiátricos (personales y familiares) y consumo de alcohol.

2. Los antecedentes psiquiátricos en la familia de primer grado predominan significativamente entre los sujetos que beben en días laborables.

3. La frecuencia de antecedentes psiquiátricos es significativamente más alta cuanto mayor es el nivel cuantitativo de consumo de alcohol.

4. Los antecedentes personales de enfermedad mental predominan estadísticamente en mujeres bebedoras de fin de semana.

Los resultados globales de este trabajo concuerdan con los datos obtenidos por otros autores<sup>14-16</sup> que encuentran una relación directa entre presencia de antecedentes personales de patología psiquiátrica y consumo de alcohol en adolescentes. Asimismo, la mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos familiares obtenida en los sujetos consumidores de nuestra muestra apoya la hipótesis formulada por Winokur<sup>17</sup> y Penick et al.<sup>18</sup> entre otros, según la cual dicha variable podría constituir un factor de riesgo para el uso y abuso de alcohol en sujetos jóvenes.

### Bibliografía

1. PYORALA, E.: *Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s*. Br. J. Addictions, 85: 469-477, 1990.
2. RODRIGUEZ, M.E. Y ANGLIN, M.D.: *The epidemiology of alcohol consumption in Spain*. Int. J. Soc. Psychiatry, 34/2: 102-111, 1988.
3. CALAFAT, A., AMENGUAL, M., FARRÉS, C. Y MONSERRAT, M.: *Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de enseñanza media de Mallorca*. Drogalcohol, 8/4: 155-174, 1983.

4. GARCIA J.L., MARTIN, L., CARVAJAL, A. ET AL.: *Estudio del consumo de drogas en una muestra de estudiantes de enseñanza media de Valladolid*. *Drogalcohol*, 10/2: 65-71, 1985.
5. TORRES, M.A., GISBERT, M.S. Y GISBERT-CALABUIG, J.A.: *El consumo de drogas de abuso en la población estudiantil de bachillerato superior de la provincia de Valencia*. *Drogalcohol*, 10/1: 15-20, 1985.
6. VEGA, A.: *El consumo de alcohol en el País Vasco: Problemática y respuestas*. *Rev. Esp. Drogodependencias*, 12/1: 35-40, 1987.
7. ZIMMERMAN-TRAUSELLA, C.H., DOMINI, S., CIOMMEI, A.M. et al: *Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse, and minor psychiatric morbidity in the community*. *Comprehensive Psychiatry*, 29/5: 460-466, 1988.
8. JOHNSON, S. LEONARD, K.E. Y JACOB, T.: *Drinking, drinking styles and drug use in children of alcoholics and controls*. *J. Stud. Alcohol*, 50/5: 427-431, 1989.
9. MARTI-TUSQUETS, J.L. Y MURCIA-GRAU, M.: *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Edit. Herder, pág. 157, Barcelona 1987.
10. VAZQUEZ-BARQUERO, J.L.: *Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica: los estudios epidemiológicos transversales en dos fases de la comunidad*. *Rev. Psiquiatría y Psicología Med.*, XIV/7: 153-162, 1988.
11. ROUSE, B.A., KOZEL, N.J. Y RICHARDS, L.G. (Eds.): *Self-report methods of estimating drug use: meeting current challenges to validity*. NIDA Research Monograph 57, DNHS No. (ADH): 85-1402, Washington, Government Printing Office, 1985.
12. SINGLE, E., KANDEL, D. Y JOHNSON, B.D.: *The reliability and validity of drug use responses in a large longitudinal survey*. *Drug Issues*, 5: 426-433, 1975.
13. ENRIQUEZ DE SALAMANCA: *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol en la población adulta española*. *Encuesta ICSA-Gallup*. Dirección General de la Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Diciembre 1980.
14. GOODWIN, D.W., SCHULSINGER, F., HERMANSEN, L. ET AL.: *Alcoholism and the hyperactive child syndrome*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 160: 349-353, 1975.
15. DEYKIN, E.Y., LEVY, J.C. Y WELLS, V.: *Adolescence, depression, alcohol and drug abuse*. *Am. J. Public Health*, 77/2: 178-182, 1987.
16. CHRISTIE, K. A., BURKE, J.D., REGIER, D.A. ET AL.: *Epidemiologic evidence for early onset of mental disorder and higher risk of drug abuse in young adults*. *Am. J. Psychiatry*, 145: 971-975, 1988.
17. WINOKUR, G.: *Alcoholism and depression in the same family*, en Goodwin, D.W. y Wrickson, C.J. (Eds.): *Alcoholism and Affective Disorders: Clinical, Genetic and Biochemical Studies*. Jamaica, NY, Medical and Scientific Books, 1979.
18. PENICK, E.C., POWELL, B.J., BINGHAM, S.F. ET AL.: *A comparative study of familial alcoholism*. *J. Stud. Alcohol*, 48/2: 136-140, 1987.

# Rasgos de personalidad en el adolescente fóbico y obsesivo

J.M. Velilla Picazo; M.T. Alcalde Lapiedra; J. López Olaso; A. Pueyo Usón  
Zaragoza

## RESUMEN

Se ha realizado un estudio de un grupo de adolescentes que han acudido a las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, en cuya sintomatología apreciamos un cuadro obsesivo o fóbico.

Para ello se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, fratría, tiempo de evolución del cuadro obsesivo hasta la primera consulta, sintomatología acompañante, antecedentes personales y familiares, circunstancias ambientales, características del cuadro obsesivo y diagnóstico.

El estudio psicopatológico se ha centrado en el cociente intelectual, el estudio de personalidad por medio del cuestionario EPQ-J de Eysenck y la adaptación familiar, a la salud, social y emocional por medio del cuestionario de Bell para adolescentes.

Con los datos recogidos se ha realizado un perfil de personalidad de adolescentes con sintomatología obsesivo-fóbica.

**Palabras clave:** Trastorno fóbico-obsesivo. Cuestionarios. Rasgos de personalidad. Adaptación.

## INTRODUCCIÓN

Si bien las fobias, en el niño, son bastante frecuentes, hasta el punto que fueron denominadas por Freud<sup>6</sup> «la neurosis normal de la infancia», su descripción concuerda bastante con la forma adulta, aunque con matizaciones importantes, por ejemplo, para Midenet y Favre<sup>12</sup>, habría en estas edades precoces, una mayor diversidad en cuanto a objetos fóbicos y las conductas de evitación serían menos perfeccionadas que en el adulto. La fobia es, para Freud<sup>6</sup>, madre de las neurosis que tiene menos necesidad de predisposiciones particulares para manifestarse.

Según Diatkiné y Simon<sup>3</sup>, no es posible establecer una cronología ni una regla evolutiva, en función del objeto fobógeno haciéndose el desplazamiento en función de un símbolo determinado por la cultura y el lenguaje.

Para estos autores, desde el punto de vista evolutivo, se sabe que un gran número de

---

Departamento de Psiquiatría. Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

fobias se curan espontáneamente con la evolución del niño, tal vez porque a lo largo de los años infantiles, las descargas pulsionales pueden expresarse más fácilmente.

No obstante, nos recuerda Ajuriaguerra<sup>1</sup> que, en los años cercanos a la adolescencia las fobias pueden preceder a la aparición de una neurosis obsesiva o incluso de un psicosis, insistiendo Shaw<sup>14</sup>, en que la esquizofrenia puede ser erróneamente diagnosticada en el niño neurótico «que sufre crónicamente de ansiedad y que puede ser preocupadizo, obsesivo y lleno de fobias».

Según Ajuriaguerra<sup>1</sup>, en la noción de obsesión encontramos la idea de estar asediado y en la noción de compulsión, la idea de apremio. La una y la otra, no pueden ser comprendidas más que en relación a un YO, que se siente limitado en la libre utilización de la expresión de su pensamiento o de su representación o en sus actos.

Gran número de autores admiten que el síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad, aunque la anamnesis en las observaciones de adultos obsesivos, revela que las primeras experiencias en tanto que síntoma patológico son precoces.

Para Midenet y Favre<sup>12</sup>, cerca de la pubertad se desarrollan las neurosis obsesivas, cuya descripción concuerda con la de los adultos, siendo su sintomatología especialmente aguda en el momento de la adolescencia, pudiéndose prolongar su evolución a lo largo de la vida adulta.

Hay una discordancia entre el número de síndromes obsesivos descritos en el niño, y la gran frecuencia de estos trastornos encontrados en los antecedentes de obsesivos adultos, y esto, para Michaux<sup>11</sup>, se explicaría porque en el niño las obsesiones y fobias claramente individualizadas y estructuradas son raras, porque las obsesiones del niño toman a menudo el aspecto de fobias y son consideradas como aprehensiones lógicas.

Según Kennedy<sup>8</sup>, aunque las conductas obsesivas parecen ser frecuentes en el repertorio de los niños, raramente son motivo

de consulta, excepto si están directamente implicadas en la conducta fóbica. Aportando este autor el dato de que, en los últimos 25 años en la Psychology Teaching Clinic, de la Universidad del estado de Florida, no se habían producido consultas de niños obsesivo-compulsivos sin otra patología. Para Ajuriaguerra<sup>1</sup>, es en el curso de la pubertad o de la adolescencia, cuando el síndrome obsesivo toma las características del que ha sido descrito en el adulto, con sus diversos aspectos clínicos:

— Las «obsesiones ideativas», que están centradas sobre la «locura de la duda» y que se caracterizan por la rumiación, las preguntas que llevan a temas metafísicos y religiosos, la vida y la muerte, el bien y el mal, el problema del porvenir y del pasado, del paso del tiempo.

— Las «obsesiones fóbicas», que pueden ser fobias a objetos, a lugares, fobia a la muerte, obsesión fóbica por la suciedad y la enfermedad, etc.

— Las «obsesiones compulsivas», que comprenden, temor a cometer un acto absurdo, pronunciar palabras y actos reprobables, temer el poder cometer un robo o una agresión, todo esto yendo a la par con una lucha ansiosa que llega, la mayoría de las veces, a evitar el cumplimiento del acto.

La conciencia mórbida y el subterfugio para defenderse son claros, hay una puesta en juego de todo un mecanismo de prevencciones que se convierten en verdaderos ritos, hay una reducción de actividad, aislamiento por temor a contaminación, reducción de la lectura por temor a encontrar palabras inductoras, etc.

Según Lebovici y Diatkine<sup>9</sup>, la entrada en la neurosis obsesiva del adulto, se produce en unas condiciones particulares. Con frecuencia se trata de niños turbulentos, oposicionistas, que llegan ansiosos a la pubertad, llenos de dudas, escrupulosos, que presentan manifestaciones fóbicas diversas: miedo a los microbios con lavado compulsivo de manos, miedo a la enfermedad, a una muerte repenti-

na, etc.

De una manera esquemática, estos autores afirman que, el sujeto afecto de obsesiones vive su angustia de una manera muy diferente al fóbico, en el que toda la angustia es desplazada y eliminada, mientras que en el obsesivo, se mantiene a distancia aunque siempre presiona. Recordando que las transiciones entre la fobia y la obsesión son frecuentes, Widlöcher<sup>15</sup> destaca que el estudio de las formas de comienzo de la neurosis obsesivas, muestra que los actos compulsivos pueden preceder largo tiempo a las obsesiones ideativas razonadas.

Por otra parte, resaltan Leonard y Rapoport<sup>10</sup> que, en los últimos años se ha producido un marcado incremento del interés clínico e investigador sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, en el niño y en el adolescente, hecho condicionado por la demostración de que su prevalencia es mayor de la que se creía y por el desarrollo de nuevas intervenciones farmacológicas. Pudiendo resumir pues que el trastorno obsesivo-compulsivo infantil, se manifiesta de la misma manera que el del adulto y con una prevalencia significativa superior a la inicialmente estimada en nuestras consultas psiquiátricas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado el estudio de 26 pacientes de edades comprendidas entre 11 y 17 años, que han acudido al servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza en los cinco últimos años (1986-1991), y en los que se ha detectado sintomatología obsesivo-compulsiva, fóbica o ambas.

Se han recogido de las historias clínicas de estos pacientes las variables de edad, sexo, tiempo de evolución de la sintomatología hasta que acuden a la consulta, sintomatología obsesivo-compulsiva, sintomatología fóbica y sintomatología acompañante.

Desde el punto de vista psicométrico se ha

valorado el cociente intelectual mediante el test de matrices progresivas de Raven<sup>13</sup>, y se ha estudiado su personalidad y adaptación al entorno mediante los cuestionarios EPQ-J de Eysenck<sup>4</sup>, y cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell<sup>2</sup>.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Si pasamos a analizar las distintas variables estudiadas en nuestro grupo de pacientes, nos encontramos con que a la hora de buscar significaciones estadísticas tenemos la limitación de lo relativamente reducida que es la muestra, y decimos relativamente porque en la bibliografía consultada, los grupos de adolescentes estudiados por presentar sintomatología fóbica y obsesiva son reducidos, y así, por ejemplo Leonard y Rapoport<sup>10</sup> describen una casuística de 19 casos de 6 a 18 años, y en nuestro país Ferrer y Tomas<sup>5</sup> hacen referencia, en un trabajo reciente sobre fobias y obsesiones infantiles, a un grupo de 14 adolescentes de 13 a 18 años.

En primer lugar, hay que destacar que en todos los casos, la sintomatología se ha iniciado coincidiendo con la pubertad y el comienzo de la adolescencia.

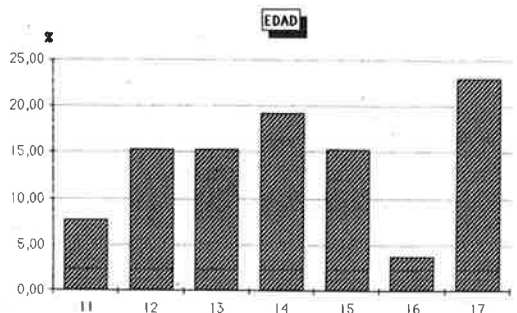


Gráfico 1



Si recordamos que, en esta etapa evolutiva, podían iniciarse los cuadros obsesivo-fóbicos del adulto, podemos comprender lo reducido de la casuística, muy diferente de lo que ocurre en la infancia en la que las fobias son mucho más frecuentes, pero la mayoría reversibles y sin una significación clínica.

Llama la atención el que, de los 26 pacientes, 21 son varones y solamente 5 hembras, si bien, como dato curioso cuatro de ellas presentan sintomatología fóbica y sólo en un caso obsesiva.

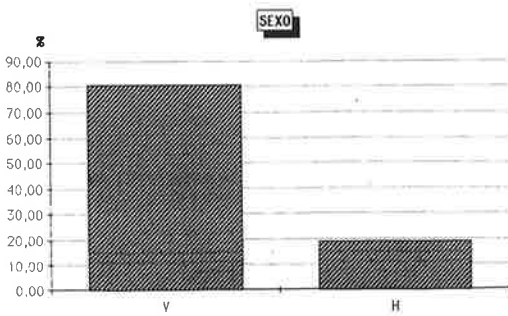


Gráfico 2

Este claro predominio de los varones aunque es lo más normal en psicopatología infantil, en la adolescencia esta diferencia intersexos tiende a equilibrarse en ciertos trastornos psiquiátricos, e incluso algunos, como las depresiones, se hacen más frecuentes en el sexo femenino, por lo que, la alta frecuencia de síndromes obsesivo-fóbicos en varones, es un dato a destacar, ya que en otros trabajos publicados no hay un predominio tan claro, si bien, en cuanto a edades, son grupos más heterogéneos. Sí que existe coincidencia con otros autores, en cuanto a lo prolongado del tiempo entre la aparición de la sintomatología y hasta que consultan.

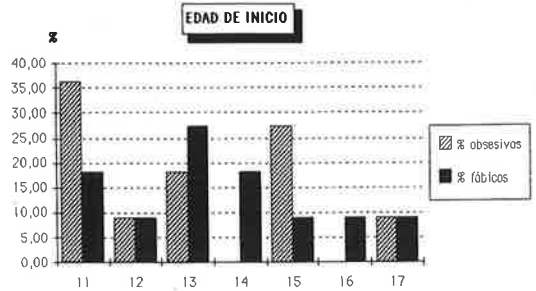


Gráfico 3

Existe un promedio de 10,84 meses de evolución hasta la primera consulta, tal vez porque en las primeras semanas de la evolución, estos síntomas pueden ser interpretados como «manías» o «rarezas» que pueden ser pasajeras y todavía no resultan lo suficientemente invalidantes.

Respecto a la sintomatología, lo obsesivo-compulsivo y las fobias se reparten en un porcentaje prácticamente similar.

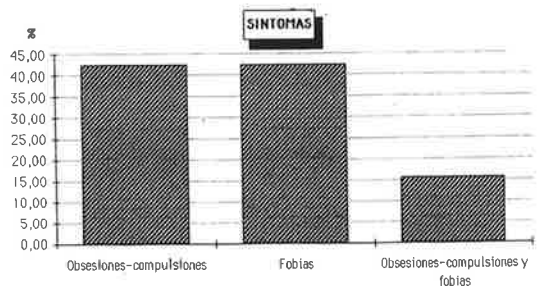


Gráfico 4

Lo que nos vuelve a confirmar que estamos ante cuadros diferentes de los que se presentan en los niños, en los que el trastorno obsesivo-compulsivo, sería prácticamente inexistente, y las fobias mucho más frecuentes para luego ir disminuyendo con la edad, conforme se va «manejando» mejor el entorno.

Los síntomas obsesivos más frecuentes son las «compulsiones de repetición» y los «rituales de orden y limpieza».

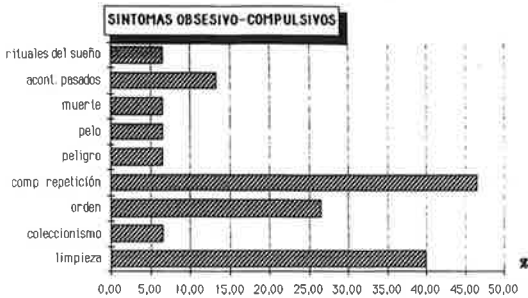


Gráfico 5

Lo que coincide con las descripciones hechas, entre otros, por Ajuriaguerra<sup>1</sup>, Michaux<sup>11</sup>, Lebovici y Diatkine<sup>9</sup>, en el sentido de que a partir de la prepubertad se pueden encontrar comportamientos compulsivos del tipo de «manía» de lavado, actividades de orden, necesidad de tocar o no según que objetos, y, en definitiva, con obsesiones fóbicas hacia la suciedad y la enfermedad. Para estos autores, desde una perspectiva psicodinámica, muchos de estos síntomas se podrían interpretar como formas defensivas, ante la emergencia de pulsiones, deseos y fantasmas sexuales agresivos unidos a la angustia y culpabilidad, si bien, estos rasgos obsesivos se presentarían como eflorescencias transitorias y podrían ceder más o menos fácilmente cuando los padres y los educadores adoptan actitudes comprensivas.

Las fobias más frecuentemente detectadas en nuestro grupo, han sido la nosofobia, lo que encajaría con las interpretaciones anteriormente expuestas, y, por otro lado, la agorafobia y la fobia escolar.

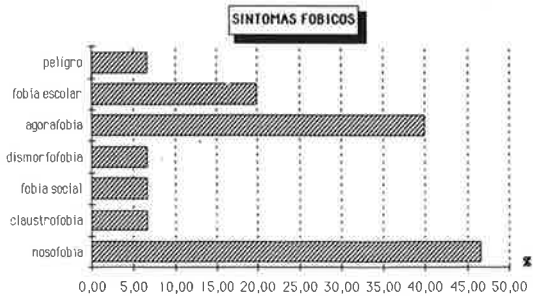


Gráfico 6

Que como señala Kennedy<sup>8</sup>, serían las fobias más debilitadoras en estas edades y que implicarían mayor cantidad de problemas crecientes a causa de las alteraciones de la escolaridad y de la relación social.

En cuanto a la sintomatología acompañante, es lógico que la ansiedad y el mal rendimiento escolar sean frecuentes.

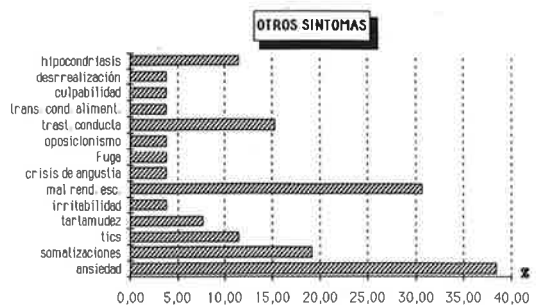


Gráfico 7

Pero queremos resaltar el que, prácticamente el 40% de nuestros pacientes, presentan sintomatología depresiva, en especial aquéllos con trastorno obsesivo-compulsivo.

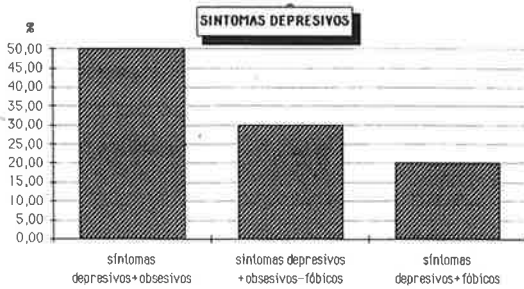


Gráfico 8

Nos parece oportuno recordar que, en los últimos años se insiste en un modelo neurobiológico para explicar la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo, postulando una hipótesis serotoninérgica, basada en la eficacia específica de los bloqueantes de la recaptación de serotonina, como la clorimipramina, fluoxetina o fluvoxamina, aunque para Leonard y Rapoport<sup>10</sup>, la acción antiobsesiva de la clorimipramina parece ser independiente de su efecto antidepressivo.

Pasando a analizar los resultados de las pruebas psicométricas, hay que señalar en primer lugar, que más del 80% de nuestro grupo de pacientes tienen una inteligencia superior al término medio.

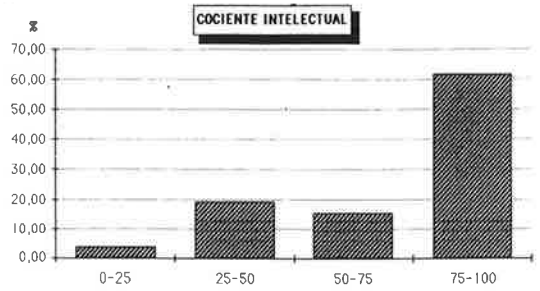


Gráfico 9

Dato que contrasta con otros trabajos, en los que la capacidad intelectual se reparte siguiendo una curva de Gaus sin diferencias con la población general. Esta buena inteligencia contrasta con los malos resultados escolares, lo que se explicaría por el bloqueo intelectual que sufren estos pacientes debido a su ideación obsesiva o fóbica, con dificultad para concentrarse en los estudios.

En el cuestionario de personalidad de Eysenck<sup>4</sup>, nos llama la atención, en primer lugar, el que en el «neuroticismo», (es decir, la inestabilidad emocional, la constante preocupación por cosas o acciones que puedan resultar mal, junto con un fuerte componente de ansiedad a causa de estos pensamientos) no predominan los centiles por encima de la media.

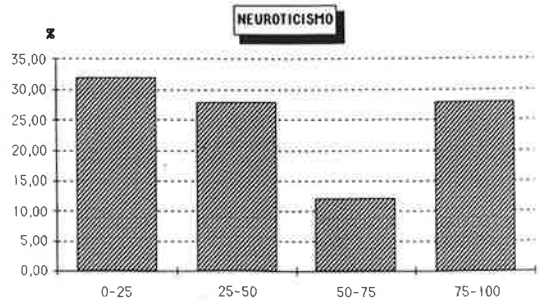


Gráfico 10

Lo que se podría interpretar, en estos pacientes, como una tendencia al «acostumbramiento» o «resignación» ante lo persistente y cotidiano de sus síntomas.

Este hallazgo paradójico en lo que respecta a la situación emocional, se confirma en el cuestionario de adaptación de Bell<sup>2</sup>.

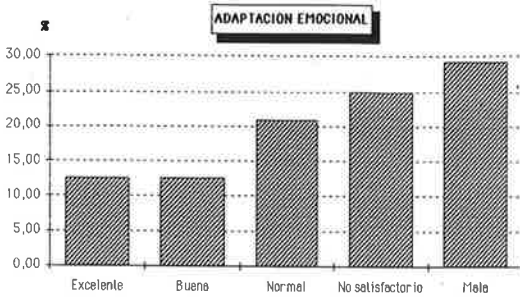


Gráfico 11

En el que aproximadamente la mitad de los pacientes presentan una adaptación emocional «buena» o «normal».

Por otra parte, es evidente la marcada tendencia a la «introversión», en el EPQ-J, nada menos que en el 75% del grupo.

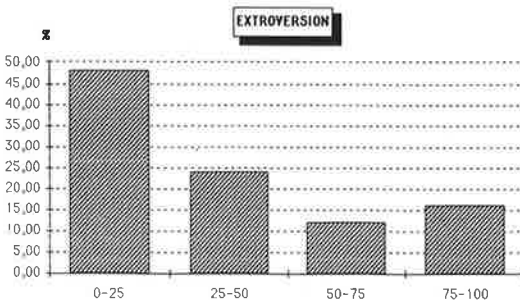


Gráfico 12

Y una «conducta antisocial» anormalmente baja, tratándose de adolescentes.

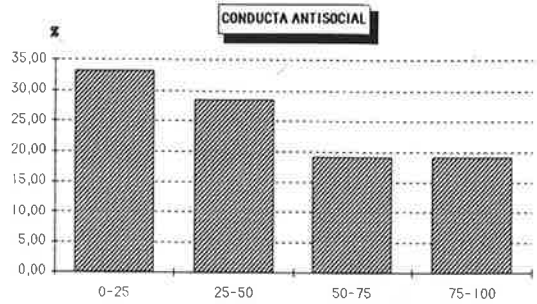


Gráfico 13

En los que son frecuentes los comportamientos oposicionistas, como via hacia una mayor autoafirmación y autonomía.

Estos resultados en el cuestionario de personalidad, se vuelven a confirmar en el de adaptación, ya que en éste, podemos comprobar como en la «adaptación familiar» y en la «adaptación social» las puntuaciones obtenidas tienden a estar dentro de los rangos «normal» o «buena».

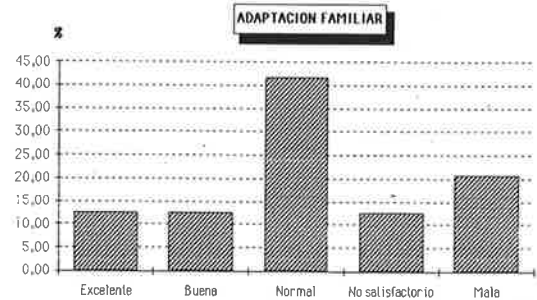


Gráfico 14

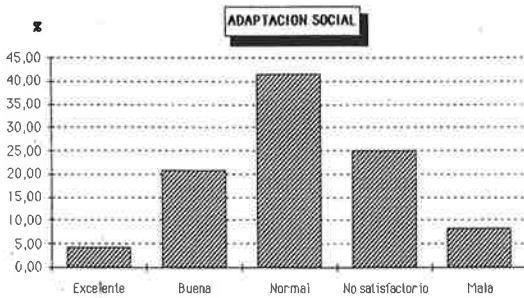


Gráfico 15

En contraste con lo que hemos observado en anteriores trabajos nuestros<sup>7</sup>, con población adolescente normal o con algún tipo de psicopatología.

Todo lo anterior, nos confirma el que nos encontramos ante un tipo de adolescente excesivamente dependiente, hiperadaptado, conformista, con dificultades de integración social y de expresión de la agresividad.

Ya SHAW<sup>14</sup> describía a estos niños y adolescentes fóbicos y obsesivos como aprisionados en una red de deformaciones y de exceso de reacciones emocionales, de la que intentan escapar pero no pueden, sufriendo la inhibición de la agresión y adoptando una actitud pasiva, muchas veces provocada por unos padres, y en especial una madre, sobreprotectores, pudiendo aparecer la «ansiedad de separación» en según que situaciones vitales, sobre todo al inicio de la escolaridad, en forma de «fobia escolar».

Serían asimismo, los niños y adolescentes que Ajuriaguerra<sup>1</sup> describe con comportamiento de «pequeño adulto», demasiado obedientes y sensatos, meticulosos en sus actos, con falta de «libertad para la expresión», muy apreciados por los mayores y afectados de cierta pedantería.

A modo de **CONCLUSIONES** de todo lo anteriormente expuesto, según nuestra experiencia clínica, si tuvieramos que dar un «perfil-tipo» de adolescente obsesivo-fóbico, sería el siguiente:

Poco frecuente de ver en la consulta, se

trataría de un varón que desde hace varios meses viene presentando «sintomatología obsesiva» con compulsiones de repetición o rituales de orden y limpieza, o bien, «sintomatología fóbica» compatible con nosofobia o agorafobia. Acompañaría a este cuadro una distimia de fondo con componente ansioso.

En el estudio de personalidad destacarían, como rasgos más característicos, una buena inteligencia, una marcada introversión con dificultades de integración social y, asimismo, presentaría una conducta excesivamente conformista y adaptada al medio, tanto familiar como social.

## Bibliografía

1. AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson S.A. Barcelona 1973
2. BELL, H.M.: *Cuestionario de adaptación para adolescentes*. Ed. Herder. Barcelona 1987
3. DIATKINE, R.; SIMON, J.: *Etude nosologique, à propos de trois cas de phobies chez des adolescents*. Psychiat. Infant. 1966. 9-2 Pags 289-339.
4. EYSENCK, H.I.: *EPQ-J, cuestionario de personalidad*. Ed. TEA. Madrid. 1981
5. FERRER, R.; TOMAS, J.: *Psicofarmacología en los síndromes obsesivos*. Rev. de Neuropsiquiat. Infantil. Año 1984. Nº 4. Vol. 2 Pags 35-39
6. FREUD, S.: *Obras completas* Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973
7. GARCIA, J.; CAMPOS, R.; VELILLA, J.M.: *Utilidad del cuestionario de adaptación de Bell en los adolescentes con trastornos de conducta*. Rev. Esp. de Psiquiat. Infantojuvenil. 1991. 2. 134-147
8. KENNEDY, W.A.: *Psicopatología Infantil*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. Pags. 1988 380-389
9. LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.: *Les obsessions chez l'enfant*. Rev. Franç. Psychanal. 1957. 21-5. Pags. 647-681.
10. LEONARD, H.L.; RESPOPORT, J.L.: *Pharmacotherapy of childhood obsessive-compulsive disorder*. Psychiatr. Clin. North. Am. 1989. Vol. 12. Pags 963-970.
11. MICHAUX, L.: *Etude clinique de la névrose obsessionnelle de l'enfant*. Rev. Neuropsychiat. Infant. 1957. 9-10. Pags. 467-493.
12. MIDENET, M.; Favre, J.P.: *Manual práctico de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1976.
13. RAVEN, J.C.: *Matrices progresivas*. Ed. MEPSA. Madrid. 1956.
14. SILAW, R.: *Psiquiatría Infantil*. Ed. Interamericana, S.A. México. 1969.
15. WIDLOCHER, D.: *Le développement de la pensée obsessionnelle chez l'enfant*. Rev. Neuropsychiat. Infant. 1967. 9-13.

# Asma infantil y acontecimientos vitales

M.J. Mardomingo\* y M.S. Gallego\*\*

Madrid

## RESUMEN

Los autores aportan un trabajo en la línea de los acontecimientos vitales como vector de detonante, a través de una muestra de 50 niños seleccionando los efectos de asma. De ello se desprende que el grupo de asmático posee un nivel de acontecimientos vitales y reactividad a éstos más elevada que en otros grupos.

**Palabras clave:** Asma infantil. Acontecimiento vitales.

## INTRODUCCIÓN

La interacción del dualismo soma-psyque en la génesis de las enfermedades viene siendo una constante a lo largo de la Historia. Numerosos autores han opinado al respecto pero la mayoría de las teorías emitidas care-

cen de fundamento científico.

Desde que Hans Selye en 1936 descubriera el «Síndrome General de Adaptación», como desencadenante del estrés, este concepto adquirió tal divulgación que supuso el inicio de una etapa de investigaciones y desarrollo de la teoría a escala internacional tanto en ramas de la medicina como, posteriormente en las ciencias sociales.

En la obra «Stress Without distress», Selye manifiesta que las tensiones mentales, las frustraciones, la inseguridad y la ausencia de objetivos, figuran entre los factores de estrés más nocivos y los estudios psicomáticos han demostrado la influencia que tienen en el origen de muchas enfermedades, y entre ellas el asma.

El asma bronquial ha sido una de las primeras entidades considerada como psicomática. Las sensaciones de miedo, pánico y ansiedad a menudo precipitan la aparición de síntomas asmáticos. Para Creer<sup>11</sup> se instauraría un círculo vicioso entre el estado de ansiedad y el asma con lo cual éste tendería a perpetuarse.

En algunos pacientes el poder de sugestión actúa como estímulo condicionado provocando la crisis, tal como demuestra Macken-

---

\* Jefe Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Gral. Gregorio Marañón.

\*\* Licenciada en Medicina y Cirugía.

zie<sup>18</sup>.

Durante años se ha observado que los síntomas de algunos niños asmáticos cedían o remitían cuando se les separaba de sus familias. Peshkin en 1968 ideó el término «Parentectomía» para referirse al tratamiento del asma mediante la separación del paciente de su núcleo familia<sup>22</sup>. La efectividad de este tipo de tratamiento se puso de manifiesto en su experimento realizado en Denver, donde los niños asmáticos eran enviados al National Asthma Center, sin embargo las causas del éxito fueron tergiversadas.

Purcell et al en 1969 realizaron un experimento similar obteniendo unos resultados beneficiosos ya que la frecuencia de los ataques de asma disminuyó considerablemente.<sup>23</sup>.

Los rasgos de la personalidad también han sido estudiados. Así, Creer apunta que los sujetos asmáticos presentan una marcada hipersensibilidad y sobreprotección con una agresividad latente y manifiesta pasividad<sup>11</sup>.

Los estudios psicofisiológicos han producido resultados más contundentes. Las observaciones clínicas demuestran que los ataques de asma parecen ser resultado de un estrés emocional<sup>13</sup>. Ciertamente estados de intensa ansiedad han provocado la aparición de síntomas asmáticos. Esto se ha comprobado en experimentos que utilizan fórmulas estresantes para el paciente tales como películas perturbadoras (Weiss, Lynees, Molk y Riley, 1976) o la sugestión bajo hipnosis de una discusión (Clarke, 1970) pero con ello sólo se han producido cambios en el patrón respiratorio o en los flujos ventiladores pero no se han desencadenado ataques asmáticos propiamente dichos.

Resulta ya clásico el estudio de Ress en 1964 que demostró la importancia de considerar el asma como una enfermedad multicausal en donde el factor emocional se presenta como causa dominante en el 37% de los casos.

En 1976, Tal A. realizó un interesante experimento en niños asmáticos encontrando que el volumen de aire espirado en el primer

segundo de una espiración forzada (F.E.VI) aumentaba tras la relajación y disminuía tras estados de ansiedad, agitación y temor hasta un 20% en el 38% de los sujetos<sup>26</sup>.

Los aspectos socioculturales educacionales y medioambientales fueron puestos de manifiesto por Ballambathu y col. en 1978 que encontraron una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la gravedad de los síntomas asmáticos en la población infantil, así cuantos menores eran los ingresos familiares mayor era la intensidad del asma y menor su respuesta al tratamiento.

Uno de los trabajos más recientes ha sido el de Yujiro et al en 1982. Los resultados muestran que los niños asmáticos que estaban en remisión completa de la enfermedad se sentían más aceptados por sus madres que los niños que no habían experimentado cambios en la evolución y que se sentían rechazados y dominados por sus madres<sup>27</sup>.

Afirman también que la ansiedad, la tensión y las emociones reprimidas pueden incrementar la sensibilidad bronquial bien estimulando el sistema nervioso parasimpático o inhibiendo el sistema nervioso simpático.

La relación existente entre el nivel de estrés y las hospitalizaciones pediátricas la estudió Kashani en 1981 encontrando mayor número de factores estresantes en los niños hospitalizados que en la población general<sup>17</sup>. Sin embargo Aagaard<sup>1-2</sup> enfatiza que los factores sociales no son suficientes para predecir futuras hospitalizaciones.

La incidencia y epidemiología de las enfermedades psicósomáticas o psicofisiológicas en la infancia no se conoce bien. Según Pless y Roghmann un niño de cada diez sufre una enfermedad crónica antes de los diez años, siendo la más frecuente el asma. El objetivo del presente trabajo es encontrar la relación o influencia que ejercen los acontecimientos vitales en la aparición de determinadas enfermedades, en concreto el asma, en la población infantil.

El asma es una entidad que se caracteriza por su alta incidencia en la infancia, por sus

repercusiones en la vida diaria del niño y por tener unas características etiopatogénicas especialmente idóneas para este tipo de estudio.

Se establecen también comparaciones con otros tipos de enfermedades pediátricas tales como los trastornos gastrointestinales, las infecciones respiratorias, los procesos oncohematológicos y los traumatismos ya que son muy escasos los trabajos en los que se estudia la influencia de estrés en la aparición de estas enfermedades.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra comprende 50 niños de ambos sexos, 27 varones y 23 hembras, de edades comprendidas entre los 6 y 14 años (media = 9.9 años) que acudieron al servicio de Urgencias del Instituto de Pediatría y Puericultura del Hospital Provincial de Madrid.

El criterio de selección de los niños integrantes de la muestra fue, en principio, a través del diagnóstico de presunción que después fue confirmado por un diagnóstico definitivo. Se incluyeron niños que presentaban síntomas referidos a alguna de las enfermeda-

des objeto de estudio tales como disnea, dolor abdominal, diarreas, vómitos, fracturas óseas, fiebre persistente y adenomegalias entre muchos otros síntomas.

Las enfermedades estudiadas se dividieron en los siguientes grupos:

- I. Asma
- II. Traumatismos
- III. Trastornos gastrointestinales
- IV. Enfermedades oncohematológicas
- V. Trastornos respiratorios de etiología infecciosa

En el grupo II se incluyen tanto los accidentes de tráfico como los accidentes caseros y escolares.

En el grupo III se incluyen las gastroenteritis agudas y los dolores abdominales agudos idiopáticos.

El grupo IV lo integran los linfomas de Hodgkin, y Leucemias Linfoblásticas Agudas.

La distribución de la muestra según edad y sexo en cada uno de los cinco grupos diagnósticos se expresa en la Tabla I.

Con el fin de establecer el nivel de estrés a que estaba sometido cada paciente se utilizó

TABLA I

### DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EDAD Y SEXO EN CADA GRUPO DE ENFERMEDAD

	GRUPOS					Total Grupos (n=50)
	Inf. Respiratorias (n=9)	Alt. Abdominales (n=12)	Traumatismos (n=7)	Enf. Oncohematol. (n=11)	Proc. Asmáticos (n=11)	
Edad (media= $\bar{X}$ )	10,8	9,7	9	10	10	9,9
Varones (n)	3	7	1	9	7	27
Hembras (n)	6	5	6	2	4	23



la Escala de Acontecimientos Vitales, (Mardomingo et al 1986) que consta de cuarenta situaciones o cambios vitales referidos tanto al área escolar como familiar y personal y que son capaces de originar estrés. Cada situación va acompañada de un valor medio o puntua-

ción que expresa el grado de influencia de ese acontecimiento en la aparición de una enfermedad<sup>19</sup>. Estos valores están representados en la Tabla II.

A cada niño se le preguntó si había experimentado o no cada uno de los acontecien-

TABLA II

**ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES ADAPTADA A LA  
POBLACION INFANTIL ESPANOLA (MARDOMINGO ET AL 1986)**

ACONTECIMIENTOS VITALES .....	PUNTUACION
Muerte de uno de los padres .....	90
Separación o divorcio de los padres .....	77
Abandono del hogar de uno de los padres .....	82
Abuso sexual del menor .....	84
Muerte de un hermano/a .....	79
Condena a prisión de uno de los padres por un año o más .....	67
Enfermedad grave del niño con necesidad de tratamiento hospitalario .....	65
Descubrimiento de ser adoptado .....	60
Nuevo matrimonio de uno de los padres .....	55
Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres .....	64
Enfermedad grave de uno de los padres que necesita tratamiento hospitalario .....	70
Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año .....	54
Cambio de popularidad del niño entre los amigos .....	49
Muerte de un amigo íntimo o familiar .....	53
Comienzo de la escolarización .....	42
Aumento de las discusiones entre los padres .....	52
Suspensión de la escolarización .....	45
Aumento de las discusiones con los padres .....	54
Nacimiento de un hermano/a .....	47
Muerte de un abuelo .....	47
Pena de prisión inferior a 30 días de uno de los padres .....	42
Problemas con un profesor o materia escolar .....	45
Cambio de trabajo del padre con menos tiempo en el hogar .....	38
Cambio de colegio .....	51
Abandono del hogar de un hermano/a .....	46
Incorporación de la madre al trabajo a tiempo completo .....	46
Incorporación de un tercer adulto a la familia .....	31
Pérdida del trabajo de uno de los padres .....	42
Grave enfermedad de un hermano/a con necesidad de tratamiento hospitalario .....	50
Excelente éxito personal .....	39
Aumento de las discusiones con los hermanos .....	36
Embarazo de una hermana soltera .....	33
Cambio de nivel económico de los padres .....	44
Traslado a un domicilio nuevo .....	35
Descenso del número de discusiones entre los padres .....	24
Descenso del número de discusiones con los padres .....	23
Descenso del número de discusiones con los hermanos .....	22
Alcoholismo del padre o de la madre .....	79
Toxicomanía de un miembro de la familia .....	75
Separación del niño de los padres pasando a vivir con otras personas o instituciones .....	90

tos de la escala en los dos años previos al diagnóstico de su enfermedad.

Otros datos recogidos de los pacientes y que conforman el apartado de Factores Asociados fueron:

- Nivel socioeconómico.
- Existencia de aislamiento social.
- Ausencia de la figura paterna antes de los dos años previos al inicio de la enfermedad.
- Interferencias en la educación del niño de personas distintas a los padres.

El nivel socioeconómico se valoró en función de la profesión de los padres como:

- Nivel I: Profesionales con estudios universitarios o de grado medio.
- Nivel II: Obreros cualificados.
- Nivel III: Obreros no cualificados.

Se consideró que existía aislamiento social en los casos en que el núcleo familiar era cerrado y tenía escaso contacto con su entorno social.

Para el estudio estadístico se han utilizado métodos estandarizados como son el análisis de la varianza y el test de la *t* de student para la comparación de medias entre grupos y el test de la mínima diferencia significativa.

Estos métodos se han utilizado tanto para el estudio de las frecuencias de respuestas positivas a los acontecimientos vitales como para el estudio de valores totales una vez aplicada la escala en cada grupo de enfermedad.

Asimismo, el estudio de la influencia de los factores asociados (edad, sexo, nivel socioeconómico, aislamiento social, ausencia de la figura paterna e interferencia educacional) se ha realizado mediante el análisis de la varianza.

Posteriormente, las diferencias entre los grupos considerados se constató mediante la comparación de los grupos dos a dos.

El procesamiento de datos ha sido elaborado por medio de un paquete estadístico estandarizado en un ordenador Hewlett-Packard 9826.

## RESULTADOS

### 1 — ESTUDIO DE LAS FRECUENCIAS OBTENIDAS PARA CADA ACONTECIMIENTO VITA L

Las frecuencias en el valor absoluto así como las frecuencias relativas (expresadas en porcentajes) para cada una de las preguntas realizadas se expresan en la Tabla III.

Examinando dicha tabla se observa que los sucesos más comúnmente referidos han sido el «deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año» y «el excelente éxito personal» (cada uno con un 30% de respuestas afirmativas).

La muerte de personas más o menos allegadas también obtiene una frecuencia elevada. Así, la «muerte de un familiar o amigo íntimo» obtuvo respuesta afirmativa en el 24% de los niños estudiados y la «muerte de un abuelo» en el 20%.

Asimismo, han sido frecuentes las respuestas relacionadas con el cambio de situación laboral de los padres, bien expresadas como «pérdida del trabajo de uno de los padres» (20% de respuestas afirmativas), o bien como «cambio de trabajo del padre con menos tiempo en el hogar» (también con un 20% de respuestas afirmativas).

La frecuencia de respuestas afirmativas obtenidas para los acontecimientos vitales relacionados con el mundo escolar ha sido también considerable, aparte del deficiente rendimiento escolar, ya comentado, «Los problemas con un profesor o materia escolar» existían en un 20% de los niños estudiados, mientras que en un 16% se encontró el antecedente de «cambio de colegio».

Todas estas respuestas, que en conjunto constituyen más de la mitad de las respuestas afirmativas obtenidas, tienen una valoración muy similar en la Escala de Acontecimientos Vitales, encontrándose todas ellas dentro de un rango muy estrecho (entre 54 y 38 con una media de 46 dentro de una escala que oscila entre los 90 y 22).

TABLA III

## FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ACONTECIMIENTOS VITALES POSITIVOS

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	FRC. SI	% SI
Muerte de uno de los padres .....	0	0
Separación o divorcio de los padres .....	1	2
Abandono del hogar de uno de los padres .....	2	4
Abuso sexual del menor .....	0	0
Muerte de un hermano/a .....	2	4
Condena a prisión de uno de los padres por un año o más .....	0	0
Enfermedad grave del niño con necesidad de tratamiento hospitalario .....	4	8
Descubrimiento de ser adoptado .....	0	0
Nuevo matrimonio de uno de los padres .....	0	0
Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres .....	3	6
Enfermedad grave de uno de los padres que necesita tratamiento hospitalario .....	7	14
Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año .....	15	30
Cambio de popularidad del niño entre los amigos .....	4	8
Muerte de un amigo íntimo o familiar .....	12	24
Comienzo de la escolarización .....	4	8
Aumento de las discusiones entre los padres .....	9	18
Suspensión de la escolarización .....	3	6
Aumento de las discusiones con los padres .....	4	8
Nacimiento de un hermano/a .....	2	4
Muerte de un abuelo .....	10	20
Pena de prisión inferior a 30 días de uno de los padres .....	0	0
Problemas con un profesor o materia escolar .....	10	20
Cambio de trabajo del padre con menos tiempo en el hogar .....	10	20
Cambio de colegio .....	8	16
Abandono del hogar de un hermano/a .....	0	0
Incorporación de la madre al trabajo a tiempo completo .....	4	8
Incorporación de un tercer adulto a la familia .....	5	10
Pérdida del trabajo de uno de los padres .....	10	20
Grave enfermedad de un hermano/a con necesidad de tratamiento hospitalario .....	6	12
Excelente éxito personal .....	15	30
Aumento de las discusiones con los hermanos .....	3	6
Embarazo de una hermana soltera .....	0	0
Cambio de nivel económico de los padres .....	6	12
Traslado a un domicilio nuevo .....	5	10
Descenso del número de discusiones entre los padres .....	3	6
Descenso del número de discusiones con los padres .....	1	2
Descenso del número de discusiones con los hermanos .....	0	0
Alcoholismo del padre o de la madre .....	3	6
Toxicomanía de un miembro de la familia .....	2	4
Separación del niño de los padres pasando a vivir con otras personas o instituciones .....	0	0

Frc. Sí: Frecuencia de respuestas positivas para cada acontecimiento en la muestra (n=50) expresada en valor absoluto.

% Sí: Frecuencia de respuestas positivas para cada acontecimiento en la muestra (n=50) expresada en porcentajes.

Por el contrario de las respuestas cuya valoración en la escala es extremadamente alta (80-90 puntos) o extremadamente baja ((20-30 puntos) resultaron afirmativas en muy pocos casos.

En efecto, considerando los acontecimientos estudiados en intervalos, de acuerdo con su puntuación, los porcentajes de resultados afirmativos obtenidos para cada intervalo sobre el total de respuestas afirmativas obtenidas (n=173), estos resultados se reflejan gráficamente en la Figura 1, donde se observa la agrupación de respuestas en torno a las puntuaciones de estrés que podrían considerarse de un valor medio.

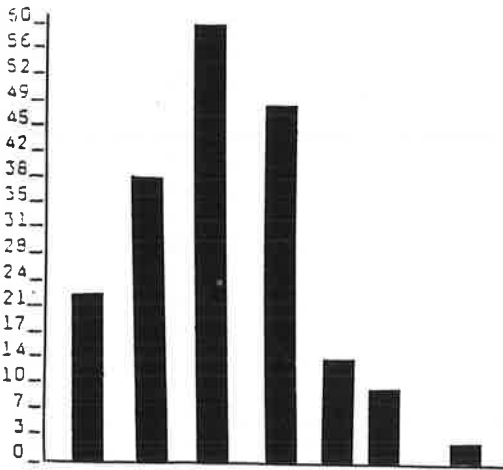


Fig. 1 — Representación gráfica de la relación entre frecuencia de respuestas positivas e intervalos de puntuación de la Escala

## 2 — ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES EN LAS ENFERMEDADES CONSIDERADAS

El número de acontecimientos vitales presentados en cada tipo de enfermedad se refleja en la Tabla IV donde queda expresada la media y el error estándar para cada grupo

de enfermedad, así como el número de casos considerados para cada uno de los grupos.

TABLA IV

### MEDIA DE FRECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS, ERROR ESTANDAR PARA CADA GRUPO Y NIVEL DE SIGNIFICACION

GRUPOS DE ENFERMEDAD	N	X	S.E.
Procesos asmáticos	11	55	06
Trastornos gastrointestinales	12	28	05
Traumatismos	7	24	06
Enfermedades oncohematológicas	11	28	05
Infecciones respiratorias	9	32	08
SIGNIFICACIÓN	F=33	P<0.05	

n = Número de sujetos en muestra.

X = Media de frecuencia absolutas de acontecimientos positivos.

S.E. = Error estándar.

El análisis de la varianza ha demostrado que existe una influencia estadísticamente significativa del nivel de estrés, cuantificado por la frecuencia absoluta de acontecimientos vitales, sobre el tipo de enfermedad ( $P < 0.05$ ).

En concreto destaca la elevada media de factores estresantes que posee el grupo de los procesos asmáticos ( $5.5 \pm 0.8 = \text{Media} \pm \text{Error estándar}$ ) siendo además la media de este grupo significativamente diferentes a la de los traumatismos, trastornos gastrointestinales y enfermedades oncohematológicas. Por el contrario entre los restantes grupos no se han podido demostrar diferencias estadísticamente significativas.

Comparando el número de acontecimientos vitales en cada grupo de enfermedad y analizados éstos dos a dos se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de los asmáticos y el de los traumatismos, trastornos gastrointestinales y enfermedades oncohematológicas, no pudiendo demostrar diferencias significativas entre grupos restantes tal como se recoge en la Tabla V.

TABLA V

**COMPARACION ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ENFERMEDAD DEL NUMERO DE ACONTECIMIENTOS EXPRESADOS EN NIVEL DE SIGNIFICACION**

	ASMA	TRAUMAT	GASTROINTES.	ONCOHEMATOL.	I. RESPIR.
Asma					
Traumatismos	P<0.025				
Trs. gastrointest.	P<0.01	N.S.			
Enf. Oncohematológ.	P<0.01	N.S.	N.S.		
Infecciones respirat.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	

N.S.: No significativo.

Además cabe destacar que todos los casos de respuestas afirmativas al acontecimiento «Alcoholismo del padre o de la madre», se encuadran en el grupo de los pacientes asmáticos. Igualmente, el porcentaje de respuestas afirmativas referidas al cambio de nivel económico de los padres es significativamente superior ( $P<0.01$ ) entre el grupo de los asmáticos (36%) que en el resto de la muestra (2%).

También se ha estudiado la influencia del nivel de estrés en la enfermedad pero cuantificado por medio de la Escala de Acontecimientos Vitales, mostrando el análisis de la varianza un alto nivel de significación estadística ( $P<0.0001$ ).

El análisis de la comparación entre los gru-

pos de enfermedad se realizó mediante el Test de la Mínima Diferencia Significativa que mostró un valor de 96,9 que corresponde a una ( $P<0,05$ ).

De nuevo destaca una elevada media de puntuación en el grupo de los procesos asmáticos  $286.5 \pm 47 = \text{Media} \pm \text{Error estándar}$ , como se refleja en la Tabla VI

Comparando los medios de puntuación en los grupos dos a dos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los asmáticos y el de los traumatismos, trastornos gastrointestinales y enfermedades oncohematológicas; sin embargo entre éstos no han podido demostrarse diferencias estadísticamente significativas, tal y como se recoge en la Tabla VII.

TABLA VI

**MEDIA Y ERROR ESTANDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA (E.A.V.) PARA CADA GRUPO DE ENFERMEDAD Y NIVEL DE SIGNIFICACION**

GRUPO DE ENFERMEDAD	N	X	S.E.
Procesos asmáticos	11	286.5	47
Trastornos gastrointestinales	12	129.5	24.9
Traumatismos	7	106.2	28.9
Enfermedades oncohematológicas	11	129.8	25.7
Infecciones respiratorias	9	158.5	42.6
Significación	F=4.29	P<0.01	

n = Número de sujetos en la muestra.

x = Media de las puntuaciones obtenidas en la escala.

S.E. = Error estándar.

TABLA VII

COMPARACION ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ENFERMEDAD DEL NIVEL DE ESTRES EXPRESADA EN NIVEL DE SIGNIFICACION

	ASMA	TRAUMATI.	T. GASTROINTES.	ONCOHEMATOL.	V. RESPIR.
Asma					
Traumatismos	P<0.025				
Tnos. gastrointest.	P<0.01	N.S.			
Enf. Oncohematológ.	P<0.01	N.S.	N.S.		
Infecciones respirat.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	

N.S.: No significativo.

Los resultados gráficos del estudio comparativo entre las enfermedades se reflejan en la Figura 2.

PUNTUACIÓN

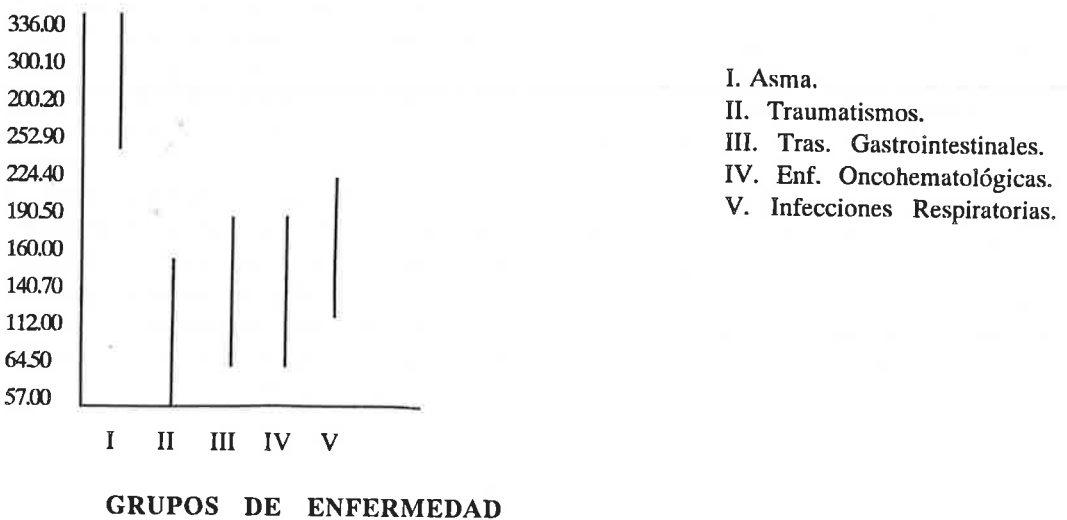


Fig. II — Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas en la escala de Acontecimientos Vitales para cada grupo de enfermedad.

3 — ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS

Con el fin de estudiar la relación existente entre los diferentes factores considerados y el nivel de estrés cuantificado por medio de la escala (E.A.V.) se utilizó el análisis de la va-

rianza que mostró un alto nivel de significación en las variables de nivel socioeconómico (P<0,01) y ausencia de la figura paterna (P<0,05), sin embargo las variables edad, sexo, aislamiento social e interferencia educativa no fueron estadísticamente significativas. Estos resultados se muestran en la Tabla VIII.

TABLA VIII

**MEDIA DE ACONTECIMIENTOS VITALES  
Y NIVEL DE SIGNIFICACION PARA  
CADA FACTOR ASOCIADO**

FACTORES	N	X	SIGNIFICACION
Edad: menor de 9	16	166.7	No significativo
9-11	20	133.9	
mayor de 11	14	221.4	
Sexo: Varones	27	176.6	No significativo
Hembras	23	153.7	
Nivel socio-económico			
I	5	93	F = 4.10 P < 0.01
II	23	139.5	
III	21	218.8	
Ausencia fig. paterna			
Si	6	274.3	F = 5.47 P < 0.05
No	44	151.3	
Interferencia educación			
Si	18	212.2	No significativo
No	32	140.1	

n = Número de sujetos en la muestra.

X = Puntuación media de estrés en la Escala de Acontecimientos Vitales.

Los resultados del análisis de los factores nivel socioeconómico y ausencia de la figura paterna se recogen gráficamente en las Figuras 3 y 4.

## DISCUSIÓN

Al intentar comparar los resultados obtenidos en este trabajo con los otros autores encontramos la primera dificultad en que la mayoría estudian poblaciones de edad adulta. La segunda dificultad reside en que no todos los estudios utilizan el mismo método de valoración de los acontecimientos vitales. Aunque la escala que hemos utilizado se basa en la de Coddington<sup>7,8</sup>, difiere sensiblemente de ésta ya que ha sido adaptada a la población infantil española.

Teniendo esto en cuenta se comprende que el acontecimiento más frecuente referido en nuestro estudio, que es el «deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año» no sea observado por la mayoría de los autores, tan sólo Greene<sup>13</sup> lo encuentra en un 33.9% de los casos frente al 30% que reporta nuestro estudio.

Este mismo porcentaje 30% lo alcanza «el excelente éxito personal» y aunque en principio resulte paradójico lo cierto es que en ambos casos, el estrés a que está sometido el niño es elevado y tiende a perpetuarse en un caso por no alcanzar el nivel de exigencia de los padres y en otro por mantenerlo o superarlo. Gillium<sup>12</sup> refiere el excelente éxito personal en el 28%, similar al 30% encontrado por nosotros.

Queda patente en el hecho de que los asmáticos son el grupo que presenta mayor frecuencia de discusiones entre los padres. Destacan también por ser los únicos que presentan la circunstancia de tener un padre alcohólico y, junto con los pacientes oncohematológicos de tener algún familiar adicto a las drogas.

En nuestro estudio encontramos que los niños asmáticos son los que con mayor frecuencia presentan un bajo rendimiento escolar y más cambios de colegio. Esto podría estar determinado por el ámbito donde se desarrolla el niño pues los estímulos intelectuales repercuten directamente en el éxito escolar de los hijos. En la bibliografía revisada no hemos encontrado datos que puedan contrastarse con nuestros resultados.

También predominan en los grupos de los asmáticos los problemas de índole laboral o financiera. Desde esta perspectiva nos adherimos a la opinión de Ballambattu<sup>4</sup> que relaciona directamente un nivel socioeconómico desfavorecido con una mayor gravedad de síntomas asmáticos y el fracaso del tratamiento médico.

El papel que desempeña el nivel socioeconómico como desencadenante de alteraciones ha sido puesto de manifiesto por Be-

dell<sup>6</sup> y Gillium<sup>12</sup>. Ambos sostienen que tanto los ingresos como la educación de los padres contribuyen, si son bajos, a incrementar el estrés.

En nuestro estudio el nivel socioeconómico más desfavorecido (el de los obreros no cualificados) es el que presenta una mayor incidencia de acontecimientos vitales. Asimismo, el grupo donde se detecta una mayor influencia de los bajos ingresos familia-

res es el de los niños asmáticos aunque no excluye que problemas de esta índole incidan en el resto de las enfermedades.

Es importante resaltar que las pérdidas afectivas en épocas tempranas de la vida son un factor determinante de las enfermedades crónicas que tendrán su expresión en la infancia o en la edad adulta; así, la ausencia de la figura paterna genera un mayor nivel de estrés en la población enferma estudiada.

### PUNTUACIÓN



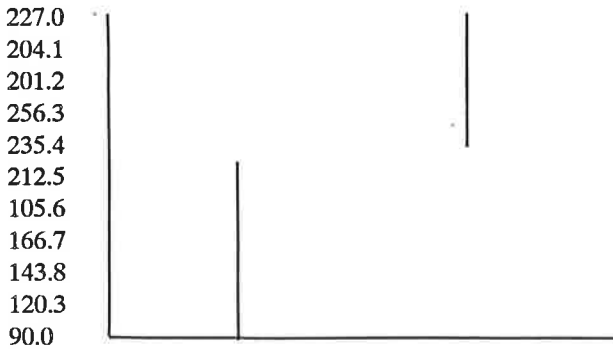
### NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Fig. 3 — Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Acontecimientos Vitales en relación con el nivel socio-económico

- I. Profesionales universitarios o de grado medio.
- II. Obreros cualificados.
- III. Obreros no cualificados.



## PUNTUACIÓN



## AUSENCIA FIGURA PATERNA

Fig. 4 — Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Acontecimientos Vitales en relación con la ausencia de la figura paterna del ámbito familiar.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se deducen las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Los acontecimientos vitales están íntimamente relacionados con la génesis y desarrollo de las enfermedades en la infancia.

2.<sup>a</sup> El asma es la entidad donde los conflictos emocionales derivados de cambios vitales ejercen una influencia significativa con respecto al resto de las enfermedades estudiadas.

3.<sup>a</sup> La alteración del núcleo familiar unido a los problemas de índole económica y a un deficiente rendimiento escolar son los factores que predominan entre los niños asmáticos y suelen preceder el inicio o la reagudización de los síntomas.

4.<sup>a</sup> Los pacientes afectados de traumatismos, trastornos gastrointestinales, enfermedades oncohematológicas e infecciones respiratorias presentan una moderada frecuencia de acontecimientos vitales que no elevan signifi-

cativamente el nivel de estrés antes de la aparición de los síntomas.

5.<sup>a</sup> El deficiente rendimiento escolar se configura como el factor ocasionante de un mayor nivel de estrés en la población enferma estudiada.

6.<sup>a</sup> Las diferencias de edad y sexo de los pacientes no influyen significativamente en la presentación de los acontecimientos vitales.

7.<sup>a</sup> La interferencia en la educación de los niños de personas distintas de los padres y el aislamiento social de la familia no elevan significativamente el nivel de estrés en la población estudiada.

8.<sup>a</sup> La ausencia de la figura paterna del medio familiar desde épocas tempranas de la vida se asocia a una mayor incidencia de conflictos emocionales y acontecimientos estresantes en la infancia y preadolescencia.

9.<sup>a</sup> Existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estrés del paciente ya que en los niveles socioeconómicos menos favorecidos la inciden-

cia de conflictos familiares y/o personales supera a la encontrada en los niveles más elevados.

## Bibliografía

1. AAGAARD J. ET AL. *Social Factors and life events as predictor for children's health*. A one-year prospective study within a general practice. *Acta Paediatr. Scand.* 1983; 72 (2): 275-81.
2. AAGAARD J. *Social Factors and life events as predictor for children's health*. A one-year prospective study after discharge from hospital. *Scandin. J. Soc. Med.* 1982; 10 (3): 87-93.
3. AAGAARD J. *Social background and life events of children admitted to a pediatric department* *Acta Paediatr. Scand.* 1979; 68: 531-39.
4. BALLAMBATTU R. ET AL. *Study of social, educational environmental and cultural aspects of childhood asthma in clinic and private patients in the city of New York*. *An. Allergy* 1978; 41: 89-92.
5. BEAUTRAIS AL. ET AL. *Life events and childhood morbidity*. A prospective study *Pediatrics*. 1982; 70 (6): 953-40.
6. BEDELL JR, ET AL. *Life stress and the psychological and medical adjustment of chronically ill children* *J. Psychosom. Res.* 1977; 21: 237-41.
7. CODDINTONG RD. *The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children*. I.A. survey of professional workers. *J. Psychosom. Res.* 1972; 16: 7-18.
8. CODDINTONG RD. *The significance of Life events as etiologic factors in diseases of children II*. A study of a normal population. *J. Psychosom Res.* 1972; 16: 205-13.
9. CRAIG TK Y BROWN GN. *Goal frustrating aspects of life event stress in aetiology of gastrointestinal disorders*. *J. Psychosom. Res.* 1984; 28: 411-21.
10. CREED F. *Life events and psysical illness*. *J. Psychosom. Res* 1985; 29 (2): 113-23.
11. CREER TL. *ASTHMA THERAPY : A behavioral health care system for respiratory disorders*. New York: Springer 1979.
12. GILLIUM RF. ET AL. *Recent life events in school children: Race socioeconomic status and cardiovascular risk factors*. The Minneapolis Children's Blood Pressure Study. *J. Chronic. Dis.* 1984; 37 (11): 839-51.
13. GREENE JW. ET AL. *Stressful Life events and somatic complaints in adolescents*. *Pediatrics*. 1985; 75 (1): 19-22.
14. GUTENSOHN N. ET AL. *Childhood social environment and Hodgkin's disease*. *N. Engl. J. Med.* 1981; 304 (3): 135-40.
15. HAGGERTY RJ. *Life stress, illness and social supports*. *Dev. Med. Child. Neurolog.* 1980; 22 (3): 391-400.
16. HOOGES K. et al. *Life events occurring in families of Children with recurrent abdominal pain*. *J. Psychosom. Res.* 1984; 28 (3): 185-88.
17. KASHANI IJH. ET AL. *Life events and hospitalitation in children: A comparisom with a general population*. *Br. J. Psychiat.* 1981; 139: 221-25.
18. MCKENZIE JN. *The production of «rese asthma» by an artificial rose*. *J. Med. Sci.* 1886; 91: 45-57.
19. MARDOMINGO M.J. KLOPPE S. Y GALLEGO S. *Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población infantil española*. *Rev. Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990: 1: 32-39
20. MARDOMINGO M.J. GONZALEZ S. *Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años*. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990: 2: 123-134.
21. MATHE A.A. Y KNAPP PH. *Emotional and adrenal reactions to stress in bronchial asthma*. *Psychosom. Med.* 1971; 33: 323-38.
22. PESHKIN M.N. *Management of institutionalized child with intractable asthma*. *Ann. Allergy* 1960; 18: 75-79.
23. PUCCELL ET AL. *The effect of asthma in children of experimental separation from family*. *Psychosom. Med.* 1969; 31: 144-64.
24. SELYE H. *The stress of life*. McGraw-Hills. New York. 1956.
25. SULS J. ET AL. *Self attention, life stress and illness: a prospective study* *Psychosom. Med.* 1985; 47 (5): 469-81.
26. TAL A. Y MICKULICH DR. *Emotionally induced Decreased in Pulmonary Flow Rates in asthmatic children's*. *Psychosom. Med.* 1976. 38 (3): 190-99.
27. YUJIRO I. ET AL. *Self-control over stress*. *J. Psychosom. Res* 1982; 26 (1): 51-56.

# Depresión y factores asociados en niños con puntuaciones extremas en el CDI

L. Ezpeleta; N. de la Osa; LL. Gratacos y D. Pons

Barcelona

## RESUMEN

Se describen las características diferenciales de la población de niños con puntuaciones altas ( $\geq 19$ ) y bajas ( $\leq 5$ ) en el *Children's Depression Inventory* <sup>1</sup> a partir de la información de distintas fuentes. Se evaluaron 148 niños de 4º de EGB de los cuales 68 presentaban puntuaciones  $\leq 5$  y 80 presentaban puntuaciones  $\geq 19$ , respecto a nivel de depresión, estilo atribucional, variables cognitivas y rendimiento escolar. Los niños con puntuaciones altas *versus* los de puntuaciones bajas presentaban mayor severidad de la sintomatología depresiva, un estilo atribucional más depresógeno, menos rendimiento en los subtests de inteligencia que evalúan cierre perceptivo, formación de conceptos no verbales y comprensión de la lectura, su rendimiento escolar fue inferior, tuvieron más problemas de conducta según informaron los padres, eran menos felices según el profesor y menos populares y más deprimidos según sus compañeros.

**Palabras clave:** Children's Depression Inventory (CDI). Depresión infantil.

## ABSTRACT

The different characteristics of the population of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory (KOVACS, 1983) are described according to the information of different sources. 148 children in the fourth year of grammar school, 80 with CDI scores  $\leq 5$  and 68 with CDI  $\geq 19$ , were evaluated with regard to severity of depression, attributional style, cognitive variables and school achievement. Children with high scores «versus» children with low scores showed higher severity of depressive symptomatology, an attributional style more depressive, lower performance in the intelligence subtests that assess gestalt closure, non-verbal concept formation and reading comprehension, the school achievement was inferior, they presented more behavior problems according to the information of the parents, were less happy according to the teacher information and were more depressive following the information of the peers.

**Key words:** Children's Depression Inventory (CDI), Children depression.

## INTRODUCCION

El autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil es, sin ninguna duda, el *Children's Depression Inventory* (CDI)<sup>1</sup>. Las razones que han llevado a los investigadores a utilizar mayoritariamente este instrumento son diversas, y entre ellas podríamos citar el rango de edad para el que está diseñado, los síntomas depresivos que abarca, la simplicidad de su aplicación y corrección y sus buenas propiedades psicométricas,

Este cuestionario consta de 27 ítems, cada uno de los cuales ofrece al niño la posibilidad de elegir entre 3 alternativas que reflejan la severidad de cada síntoma.

Existe un número considerable de trabajos de investigación sobre depresión infantil que han utilizado este cuestionario como instrumento de evaluación y que simultáneamente se han ocupado de estudiar sus propiedades psicométricas.

Una parte de ellos presentan *datos normativos*. Así, en sujetos escolarizados de edades comprendidas entre 8 y 13 años, el rango de puntuaciones medias oscila entre 8.35 y 13.16<sup>2-4</sup>.

Un grupo extenso de trabajos ofrece datos sobre la *fiabilidad* del cuestionario<sup>1,4, 5-12</sup>. La estabilidad temporal en un intervalo comprendido entre una semana y un año oscila entre .38 y .83 y la consistencia interna entre .83 y .94.

La *validez* del CDI ha sido también una cuestión muy estudiada. Los resultados generales indican que el CDI es capaz de discriminar a los niños normales de los patológicos, pero no diferencia a los niños deprimidos de los niños con otros trastornos (generalmente trastornos de conducta)<sup>6,11, 13-15</sup>. Sólo los informes de Kovacs<sup>1,8</sup> presentan datos positivos sobre la capacidad del CDI para diferenciar a

grupos con distintas patologías. Otro bloque de trabajos presenta datos sobre la validez concurrente del CDI (1, 3, 8, 10, 11, 16-20). En estos estudios se valora la relación del CDI con otras medidas de depresión como el *Peer Nomination Inventory of Depression* (PNID;<sup>21</sup>), Kastan (22, 23), o *Child Behavior Checklist* (CBC;<sup>24</sup>). Las correlaciones del CDI con estas medidas oscilan entre .16 y .71.

Otros trabajos han *analizado factorialmente* el cuestionario<sup>6, 11, 25-27</sup>. Los resultados de estos estudios son contradictorios. Unos indican que el CDI es un instrumento unidimensional en muestras normales y multidimensional en muestras clínicas<sup>25, 26</sup>, mientras que otros no encuentran datos a favor de esta hipótesis<sup>11,27</sup>.

Finalmente, algunos autores han estudiado la forma para padres del CDI, tanto en poblaciones psiquiátricas<sup>18, 28</sup> como en población no clínica<sup>27</sup>.

La conclusión de todos estos trabajos es que el CDI presenta una óptimas propiedades psicométricas y que puede resultar útil para la investigación clínica de la depresión infantil. Ahora bien, la obtención de altas puntuaciones en este cuestionario no implica necesariamente que deban coexistir con un diagnóstico de depresión mayor y a la inversa<sup>30</sup>.

Los modelos cognitivo-conductuales han aportado bastantes pruebas en adultos de la importancia del estilo atribucional, las tareas cognitivas y la autoevaluación de la conducta sobre la depresión. Se han observado diferencias significativas entre niños deprimidos y no deprimidos con respecto al estilo atribucional<sup>17, 18, 31-33</sup>, evidenciándose que los deprimidos tienen una tendencia a presentar un estilo atribucional interno, global y estable para los acontecimientos negativos y externo, específico e inestable para los acontecimientos positivos. Sin embargo, no todas las investigaciones concuerdan en estos resultados<sup>33</sup>.

El objetivo de este trabajo consiste en describir las características diferenciales de la población de niños con puntuaciones al-

tas ( $\geq 19$ ) y bajas ( $\leq 5$ ) en el CDI a partir de la información del niño, los padres, el maestro y los compañeros. Se trata de un trabajo paralelo al de Strauss et al.<sup>20</sup>, que aportaba datos sobre la validez concurrente del CDI. La hipótesis de la que se parte es que los niños con puntuaciones más altas en el CDI se diferenciarán significativamente de los niños con puntuaciones más bajas en el sentido de la patología en todas las variables controladas en el estudio.

## MÉTODO

### Sujetos

Utilizando el CDI como instrumento de screening se ha efectuado un estudio epidemiológico de depresión infantil en 6 ciudades españolas<sup>34</sup>. Dentro de este estudio Ezpeleta<sup>35</sup> ha evaluado un total de 1121 niños y niñas de 4.º de EGB de la ciudad de Barcelona. Estos niños fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio por conglomerados entre toda la población escolarizada de este nivel de Barcelona-capital.

En una primera etapa, de los 1121 niños que contestaron el CDI, 191 obtuvieron puntuaciones iguales o inferiores a 5 y 80 obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 19. En una segunda etapa se valoraron en profundidad diferentes grupos de niños. Entre ellos se examinó la totalidad de los 80 niños con CDI  $\geq 19$  y una muestra de 68 niños con CDI  $\leq 5$  extraída al azar del total de 191 niños. La Tabla I recoge las distribuciones de sexo y edad de estos dos grupos.

La puntuación 19 es la sugerida por Kovacs<sup>36</sup> a partir de los resultados con una muestra de 875 niños normales escolarizados en Canadá<sup>37</sup>. Esta puntuación determinaba sintomatología severa de depresión. Asimismo, este valor ha sido utilizado en diversos trabajos<sup>20, 38-43</sup> y Smucker et al.<sup>4</sup>, en sus datos normativos para niños normales escolarizados, indican que por encima de este punto se situa-

ba el 10% de la distribución. En la muestra de Barcelona, esta puntuación correspondió al percentil 93, y la puntuación 5 correspondió al percentil 15.

TABLA I  
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD Y SEXO EN  
LOS DOS GRUPOS

SEXO	EDAD				TOTALES	
	8	9	10	11 + 12		
<5	V	0	20	8	1	29
	H	0	24	13	2	39
>19	V	1	29	10	1	41
	H	1	22	14	2	39
TOTALES	2	95	45	6		148

### Material

Para estudiar las posibles diferencias entre los grupos con puntuaciones extremas se ha recogido información sobre sintomatología depresiva de los propios niños, padres, maestros y compañeros, además de otros aspectos académicos, cognitivos y familiares.

**Información de los niños:** Además del CDI los niños contestaron otras pruebas de evaluación de la depresión como la entrevista semi-estructurada *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R; 44) y el cuestionario KASTAN o CASQ<sup>22, 23</sup>, y 4 subtests de la batería K-ABC (45): Cierre gestáltico, Lectura comprensiva, Triángulos y Analogías.

La CDRS-R cuenta con 14 ítems en los que el niño informa sobre su estado afectivo y 4 ítems en los que se observa la conducta del niño durante la entrevista. El rango de puntuación oscila entre 1 y 7 puntos en la mayoría de los casos. Poznanski et al.<sup>44</sup> obtuvieron una fiabilidad test-retest en un intervalo de 2 semanas de .86 y de .81 en un intervalo de 4 semanas. La fiabilidad entre entrevistadores y la validez de criterio alcanzaron niveles superiores a .85.

ficativamente más alto que las niñas del grupo de CDI bajo en las escalas de Retraimiento social, Depresión, *Internalizing*, Hiperactividad, Agresividad, Crueldad, Delincuencia y *Externalizing*. Ambos sexos obtuvieron una puntuación total de problemas de conducta significativamente más alta que el grupo con

CDI bajo ( $t=5.15$ ,  $p=.000$ ). En el resto de las escalas no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados indican que los sujetos con puntuaciones altas en el CDI, y especialmente las niñas, presentan, según sus padres, más problemas de conducta que los individuos con puntuaciones bajas.

TABLA II

## RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR EL NIÑO

	CDI $\leq$ 5 X $\pm$ D.E.	CDI $\geq$ 19 X $\pm$ D.E.	t	P
CDRS-R	20.9 $\pm$ 4.42	30.3 $\pm$ 8.03	8.83	0.000
KASTAN	7.3 $\pm$ 4.12	1.4 $\pm$ 3.66	8.96	0.000
Compuesto Positivo	13.9 $\pm$ 2.76	11.3 $\pm$ 2.63	5.88	0.000
Compuesto Negativo	6.6 $\pm$ 2.49	9.9 $\pm$ 3.01	6.86	0.000
K-ABC				
Cierre Gestáltico	11.8 $\pm$ 2.28	10.8 $\pm$ 3.59	2.01	0.046
Lectura Comprensiva	12.3 $\pm$ 3.31	10.9 $\pm$ 4.28	2.14	0.034
Triángulos	5.6 $\pm$ 2.05	4.7 $\pm$ 2.52	2.44	0.016
Analogías	13.3 $\pm$ 3.86	12.4 $\pm$ 4.75	1.30	n.s.

TABLA III

## RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR LOS PADRES

	CDI $\leq$ 5 X $\pm$ D.E.	CDI $\geq$ 19 X $\pm$ D.E.	t	P
<b>NIÑOS</b>				
Agresividad	7.7 $\pm$ 5.26	12.7 $\pm$ 7.11	2.96	0.005
Hiperactividad	4.4 $\pm$ 3.22	6.9 $\pm$ 3.36	2.81	0.007
Externalizing	12.3 $\pm$ 7.28	19.7 $\pm$ 8.93	3.32	0.002
Delincuencia	1.0 $\pm$ 1.49	1.6 $\pm$ 1.62	1.41	n.s.
Retraimiento social	1.4 $\pm$ 1.43	2.2 $\pm$ 2.22	1.57	n.s.
Esquiz.-Ansiedad	2.3 $\pm$ 1.80	2.3 $\pm$ 2.14	0.14	n.s.
Depresión	4.9 $\pm$ 2.77	6.0 $\pm$ 3.56	1.29	n.s.
Incomunicación	2.2 $\pm$ 1.80	3.3 $\pm$ 2.61	1.76	n.s.
Obsesiones-Compuls.	3.7 $\pm$ 3.32	5.0 $\pm$ 3.97	1.34	n.s.
Quejas somáticas	1.1 $\pm$ 1.20	1.0 $\pm$ 1.64	0.45	n.s.
Internalizing	11.3 $\pm$ 5.95	14.4 $\pm$ 8.93	1.50	n.s.
<b>NIÑAS</b>				
Depresión	4.8 $\pm$ 3.47	8.0 $\pm$ 4.62	2.65	0.011
Retraimiento social	2.9 $\pm$ 2.98	5.0 $\pm$ 3.33	2.28	0.027
Internalizing	8.2 $\pm$ 7.29	14.0 $\pm$ 7.71	2.64	0.011
Hiperactividad	3.1 $\pm$ 2.88	7.2 $\pm$ 3.49	4.42	0.000
Delincuencia	0.3 $\pm$ 0.62	0.9 $\pm$ 0.83	2.95	0.005
Agresividad	7.0 $\pm$ 4.66	16.5 $\pm$ 8.13	4.99	0.000
Crueldad	0.1 $\pm$ 0.34	1.2 $\pm$ 1.25	4.10	0.000
Externalizing	10.6 $\pm$ 7.03	24.4 $\pm$ 11.25	5.09	0.000
Quejas somáticas	1.6 $\pm$ 2.85	2.0 $\pm$ 1.90	0.19	n.s.
Esquiz.-Obsesiones	0.6 $\pm$ 1.25	1.1 $\pm$ 1.41	1.30	n.s.
Problemas sexo	1.4 $\pm$ 1.50	2.0 $\pm$ 1.83	1.21	n.s.
Total prob. conducta	24.3 $\pm$ 12.81	39.5 $\pm$ 16.75	55.15	0.000
Total habil. sociales	18.2 $\pm$ 2.96	17.0 $\pm$ 2.49	1.81	n.s.

Según la información del maestro (ESDM) los niños con una puntuación alta en el CDI tuvieron mayor presencia de sintomatología depresiva ( $t=5.34$ ,  $p=.000$ ) y obtuvieron menos nominaciones del profesor en la escala «Felicidad» ( $t=2.72$ ,  $p=.008$ ) (Tabla IV). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de nominaciones en la escala «Depresión»,

TABLA IV

**RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR EL MAESTRO**

	CDI $\geq$ 5 X $\pm$ D.E.	CDI $\geq$ 19 X $\pm$ D.E.	t	p
PNID-Felicidad	0.5 $\pm$ 0.90	0.2 $\pm$ 0.40	2.72	0.008
ESDM	6.2 $\pm$ 6.12	12.0 $\pm$ 6.59	5.34	0.000
PNID-Depresión	0.6 $\pm$ 1.17	0.9 $\pm$ 1.45	1.46	n.s.

Los compañeros (Tabla V) diferenciaron a ambos grupos en cuanto al número de nominaciones en «Depresión» ( $t=3.28$ ,  $p=.001$ ) y «Popularidad» ( $t=3.09$ ,  $p=.002$ ), pero no en el número de nominaciones en «Felicidad».

TABLA V

**RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CONTESTADAS POR LOS COMPAÑEROS**

	CDI $\geq$ 5 X $\pm$ D.E.	CDI $\geq$ 19 X $\pm$ D.E.	t	p
PNID - Depresión	0.4 $\pm$ 0.52	0.7 $\pm$ 0.85	3.28	0.001
PNID - Popularidad	0.2 $\pm$ 0.16	0.1 $\pm$ 0.14	3.09	0.002
PNID - Felicidad	0.3 $\pm$ 0.27	0.2 $\pm$ 0.24	1.49	n.s.

Entre las variables escolares registradas, la única variable escolar de las registradas que señaló diferencias significativas entre los grupos fue el rendimiento medio del curso. Los

niños con un CDI alto presentaron una media inferior en rendimiento escolar ( $t=2.12$ ,  $p=.04$ ) que los niños con un CDI bajo.

En cuanto a las variables familiares, se apreció que en el grupo de CDI alto había menos niños benjamines que medianos y mayores ( $X^2=14.13$ ,  $p=.0009$ ). El ser el hijo menor de la familia podría ser un factor protector de la depresión infantil.

No se encontraron diferencias significativas en las variables sexo ni edad.

**DISCUSIÓN**

Los resultados que acabamos de revisar permiten confirmar la hipótesis inicial de que los niños con puntuaciones altas en el CDI se diferenciarían de los niños con puntuaciones bajas en el sentido de la patología.

Las conclusiones de este trabajo indican que los niños no clínicos con puntuaciones altas en el CDI se diferencian de los niños con puntuaciones bajas en varios aspectos que se han relacionado ampliamente con el síndrome depresivo. Así, los niños con CDI alto presentaron mayor severidad de la sintomatología depresiva en otros instrumentos que también evalúan depresión, como la CDRS-R y la ESDM.

El modelo reformulado de la indefensión aprendida, teoría del estilo atribucional<sup>54</sup>, afirma que los sujetos deprimidos tienen un estilo atribucional caracterizado por la asignación de los resultados negativos a causas internas, globales y estables, y por la atribución de los resultados positivos a causas externas, específicas e inestables. Los niños con CDI alto se ajustaron totalmente al modelo predicho por la teoría del estilo atribucional. Este resultado es análogo al encontrado por Nolen-Hoekseman et al.<sup>9</sup>, Kaslow et al.<sup>7</sup> y Seligman et al.<sup>12</sup> utilizando idénticos instrumentos (CDI y KASTAN) en niños normales escolarizados. Sin embargo, a pesar de estas concordancias y aunque se ha demostrado que los niños deprimidos tienen un estilo atribucional más

depresógeno que los niños con otros trastornos psicopatológicos y que los controles normales<sup>17</sup>, la teoría del estilo atribucional no se verifica totalmente en algunos estudios<sup>33, 55</sup>. Un dato importante es el que, en algunos estudios, es más estrecha la relación entre estilo atribucional y depresión en muestras normales que en muestras clínicas<sup>17,35</sup>. Este hecho puede ser un efecto de los instrumentos de evaluación que habitualmente se utilizan en muestras normales — por lo general, autoinformes — a diferencia de las entrevistas que se utilizan más en poblaciones clínicas. En la muestra de este estudio, por ejemplo, se utilizó el auto-informe CDI para evaluar la sintomatología depresiva. Esto significa, que los resultados de una investigación están en función de los instrumentos de evaluación empleados. De ahí la importancia del estudio exhaustivo de las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación.

Otras de las variables en las que diferían los niños con puntuaciones altas respecto a los niños con puntuaciones bajas fueron el rendimiento escolar y las tareas cognitivas. Los niños con puntuaciones altas tuvieron un menor rendimiento en los subtests de inteligencia que ponen en juego el cierre perceptivo, la formación de conceptos no verbales y la comprensión de la lectura y su rendimiento escolar fue inferior. Diversos estudios han comprobado previamente esta relación presentando distintas tareas para resolver (historietas, cubos, anagramas, vocabulario, etc.)<sup>9, 16, 20, 32, 38, 42, 56-58</sup>. La relación entre rendimiento intelectual y depresión puede tener varias interpretaciones. Por un lado, las explicaciones basadas en modelos conductuales postulan que la depresión se produce por la falta de refuerzo positivo o cuando hay mucho castigo. El niño con mal rendimiento cognitivo y académico puede ser menos reforzado y más castigado. Sin embargo, también es factible la explicación contraria, esto es, que el niño deprimido tenga mal rendimiento académico. Por otro lado, puede interpretarse bajo la perspectiva del modelo cognitivo-conductual

de la indefensión aprendida<sup>59</sup>, que considera que las personas deprimidas perciben su conducta como independiente de sus respuestas. La presunción de que los resultados son incontrolables conduce a déficits motivacionales, cognitivos y emocionales. Así, sería de esperar que el niño deprimido presentara un mal rendimiento académico y/o intelectual a consecuencia de estos déficits. El diseño de la investigación no nos permite saber si el rendimiento académico es causa o consecuencia de la depresión.

Aunque la depresión es un problema que se engloba dentro de la patología *Internalizing*, investigaciones previas han demostrado la relación entre depresión y problemas de conducta<sup>50, 60-63</sup>. En nuestro estudio, los niños con puntuaciones altas en el CDI presentaron más problemas de conducta que los niños con puntuaciones bajas según informaron los padres. La coexistencia de sintomatología depresiva y sintomatología *Externalizing* indica que el humor deprimido en los niños normales sería un aspecto relacionado con otros problemas de conducta. Además, una parte de la sintomatología depresiva es observable (pérdida de interés, agitación psicomotriz, dificultad en la concentración, irritabilidad).

Finalmente, los niños con puntuaciones altas fueron menos nominados por el profesor en la escala de *Felicidad* del PNID, y los compañeros los identificaron como menos populares y más deprimidos. En el DSM-III<sup>64</sup> se incluía en el cuadro distímico el síntoma de *retraimiento social*. En la versión DSM-III-R<sup>65</sup> este síntoma ha desaparecido. Sin embargo, nuestro estudio y otras investigaciones<sup>42, 50, 66</sup> muestran que la sintomatología depresiva conlleva aislamiento social, que puede ser la consecuencia de otros síntomas depresivos como la apatía y la pérdida de interés.

En síntesis, los niños con puntuaciones altas en el CDI, en comparación con los niños con puntuaciones bajas, presentaron mayor severidad de la sintomatología depresiva, un estilo atribucional más depresógeno, menor



rendimiento escolar y en tareas cognitivas, más problemas de conducta y fueron identificados en el ambiente escolar como menos felices y populares y más deprimidos.

Algunos autores<sup>11, 31</sup> han apuntado la posibilidad de que los auto-informes de depresión puedan estar midiendo psicopatología general más que ser una medida específica de depresión. Por esta razón, nuestros resultados, obtenidos en una muestra no deprimida de la población general, no pueden generalizarse a poblaciones clínicas, en las que los niños con puntuaciones altas en el CDI podrían tener características distintas.

## Bibliografía

1. KOVACS, M. *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1983.
2. FINCH, A.J., SAYLOR, C.F. Y EDWARDS, G.L. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: Sex and grade norms for normal children. *J. Consult & Clin Psychol*, 53, 424-425, 1985.
3. GHAREEB, G.A. Y BESHAI, J.A. ARABIC VERSION OF THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: RELIABILITY AND VALIDITY. *J. Clin Child Psychol*, 18, 323-326, 1989.
4. SMUCKER, M.R., CRAIGHEAD, W.E., CRAIGHEAD, L.W., Y GREEN, B.J. NORMATIVE AND RELIABILITY DATA FOR THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY. *J. Abnorm Child Psychol*, 14, 25-40, 1986.
5. FINCH, A.J., SAYLOR, C.F., EDWARDS, G.L. Y MCINTOSH, J.A. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: Reliability over repeated administrations. *J. Clin Child Psychol*, 16, 339-341, 1987.
6. HELSEL, W.J. Y MATSON, J.L. THE ASSESSMENT OF DEPRESSION IN CHILDREN: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behav Res & Ther*, 22, 289-298, 1984.
7. KASLOW, N.J., REHM, L.P. Y SIEGEL, A.W. SOCIAL COGNITIVE CORRELATES OF DEPRESSION IN CHILDREN. *J. Abnorm Child Psychol*, 12, 605-620, 1984.
8. KOVACS, M. THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY. *Psychopharmacol Bull*, 21, 995-998, 1985.
9. NOLAN-HOEKSEMAN S., GIRGUS, J.S. Y SELIGMAN, M.E.P. LEARNED HELPLESSNESS IN CHILDREN: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *J. Pers Soc. Psychol*, 51, 435-442, 1986.
10. SAYLOR, C.F., FINCH, A.J., BASKIN, C.H., SAYLOR, C.B., DARNELL, G. Y FUREY, W. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: INVESTIGATION OF PROCEDURES AND CORRELATES. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 23, 626-628, 1984.
11. SAYLOR, C.F., FINCH, A.J., SERRITO, A. Y BENNETT, B. THE CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY: A systematic evaluation of psychometric properties. *J. Consult & Clin Psychol*, 52, 955-967, 1984.
12. SELIGMAN, M.E.P., PETERSON, C., KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.L., ALLOY, L.B. Y BRAMSON, L.Y. ATTRIBUTIONAL STYLE AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG CHILDREN. *J. Abnorm Psychol*, 93, 235-238, 1984.
13. CAREY, M.P., FAULSTICH, M.E., GRESHMAN, F.M., RUGGIERO, L., ENYART, P. Children's Depression Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *J. Consult & Clin Psychol*, 55, 755-761, 1987.
14. POLITANO, P.M. *The Children's Depression Inventory: A discriminant function analysis of emotionally-disturbed and normal children*. Unpublished manuscript, 1987.
15. POLITANO, P.M., BINGER, D.L. Y NELSON, W.M. Comparisons of conduct and affective disordered youth: A psychometric investigation of responses to the Children's Depression Inventory. *J. Clin Child Psychol*, 30, 431-438, 1989.
16. FAUBER, R., FOREHAND, R., LONG, N., BURKE, M. Y FAUST, J. The relationship of young adolescent Children's Depression Inventory (CDI) scores to their social and cognitive functioning. *J. Psychopathol Behav Assess*, 9, 161-172, 1987.
17. KASLOW, N.J., REHM, L.P., POLLACK, S.L. Y SIEGEL, A.W. Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 163-175, 1988.
18. SKAZDIN, A.E. IDENTIFYING DEPRESSION IN CHILDREN: A comparison of alternative selection criteria. *J. Abnorm Child Psychol*, 17, 437-454, 1989.
19. SAYLOR, C.F., FINCH, A.J., BASKIN, C.H., FUREY, W. Y KELLY, M.M. Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *J. Consult & Clin Psychol*, 32, 977-985, 1984.
20. STRAUSS, C.C., FOREHAND, R., FRAME, C. Y SMITH, K. Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *J. Clin Child Psychol*, 13, 227-231, 1984.
21. LEFKOWITZ, M.M. Y TESINY, E.P. Assessment of childhood depression. *J. Consult & Clin Psychol*, 48, 43-50, 1980.
22. KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.I. Y SELIGMAN, M.E.P. *The KASTAN A children's attributional style questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, 1978.
23. KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.I. Y SELIGMAN, M.E.P. *The KASTAN (revised edition)*. Unpublished manuscript. University of Pennsylvania, 1981.
24. ACHENBACH, T.M. Y EDELBROCK, C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
25. HODGES, K.K., SIEGEL, L.J., MULLINS, L. Y GRIFFIN, N. Factor analysis of the Children's Depression

- Inventory. *Psychol Rep*, 53, 759-763, 1983.
26. POLITANO, P.M., NELSON, W.M., EVANS, H.E., Sorenson, S.B. y Zeman, D.J. Factor analytic evaluation of differences between black and caucasian emotionally disturbed children on the Children's Depression Inventory. *L. Psychopathol Behav Assess*, 8, 1-8, 1986.
  27. FINCH, A.J., FLEMING, C.C. y SPIRITO, A. *Factor analysis of the CDI with emotionally disturbed children*. Unpublished manuscript. Virginia Treatment Center for Children, 1982.
  28. TREIBER, F.A. y MABE, P.A. Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *J. Abnorm Child Psychol*, 15, 115-124, 1987.
  29. WIERZBICKI, M. A. parent form of the Children's Depression Inventory: Reliability and validity in nonclinical populations. *J. Clin Psychol*, 43, 390-397, 1987.
  30. KAZDIN, A.E. Assessment of childhood depression: Current issues and strategies. *Behav Assess*, 9, 291-319, 1987.
  31. ASARNOW, J.R. y BATES, S. Depression in child psychiatric inpatients: Cognitive and attributional patterns. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 601-615, 1988.
  32. MEYER, N.E., DYCK, D.G. y PETRINACK, R.J. Cognitive appraisal and attributional correlates of depressive symptoms in children. *J. Abnorm Child Psychol*, 17, 325-336, 1989.
  33. BENFIELD, C.Y., Palmer, D.J. Pfefferbaum, B. y Stowe, M.J. A comparison of depressed and nondepressed disturbed children on measures of attributional style, hopelessness, life stress, and temperament. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 397-410, 1988.
  34. DOMENECH, E. y POLAINO, A. (Eds.). *Epidemiología de la depresión infantil en España*. Barcelona: Espaxs, 1990.
  35. EZPELETA, L. *Instrumentos de evaluación en epidemiología de la depresión infantil*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1987.
  36. KOVACS, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat*, 46, 305-315, 1981.
  37. FRIEDMAN, J.J. y BUTLER, L.F. *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final report to Health and Welfare, Canada, 1979.
  38. BLECHMAN, E.A., MCENROE, M.J., CARELLA, E.T. y AUDETTE, D.P. Childhood competence and depression. *J. Abnorm Psychol*, 95, 223-227, 1986.
  39. BLUMBERG, S.H. E IZARD, C.E. Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 year-old children. *J. Pers Soc Psychol*, 49, 194-202, 1985.
  40. LOBOVITS, D.A. y HANDAL, P.J. Childhood depression. Prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales. *J. Pediat Psychol*, 10, 45-54, 1985.
  41. MULLINS, L.L., SIEGEL, L.J., HODGES, K. Cognitive problem-solving and life events correlates of depressive symptoms. *J. Abnorm Child Psychol*, 13, 305-314, 1985.
  42. SACCO, W.P. y GRAVES, D.J. Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-rating of performance. *J. Clin Child Psychol*, 13, 10-15, 1984.
  43. STEVENSON, D.T. y ROMNEY, D.M. Depression in learning disabled children. *J. Lear Disabil*, 17, 579-582, 1984.
  44. POZNANSKI, E.O., GROSSMAN, J.A., BUCHBAUM, Y., BANEGAS, M., FREEMAN, L. y GIBBONS, R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 23, 191-197, 1984.
  45. KAUFMAN, A.S. y KAUFMAN, N.L. *Kaufman Assessment Battery for Children. Administration and scoring manual*. Circle Pines: American Guidance Service, 1983.
  46. DOMENECH, E., MONREAL, P. y EZPELETA, L. *Escala de depresión infantil para maestros ESDM*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona, Unidad de Psicopatología infantil, Bellaterra, 1985.
  47. EZPELETA, L. y GARCIA, A. Instrumentos de evaluación empleados en la investigación. En E. Domènech y A. Polaino (Eds.), *Epidemiología de la depresión en España* (pp. 131-142). Barcelona: Espaxs, 1990.
  48. POLAINO, A. y DOMENECH, E. Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evaluación de la depresión infantil. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barcelona*, 17, 12-20, 1990.
  49. TESINY, E.P. y LEFKOWITZ, M.M. Childhood depression: A 6 month follow-up study. *J. Consult & Clin Psychol*, 50, 778-780, 1982.
  50. JACOBSEN, R.H., LAHEY, B.B. y STRAUSS, C.C. Correlates of depressed mood in normal children. *J. Abnorm Child Psychol*, 11, 29-39, 1983.
  51. KOVACS, M. *Instructions for the administration of the Children's Depression Inventory*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, sin fecha.
  52. LEFKOWITZ, M.M. y TESINY, E.P. *Peer Nomination Inventory*. Albany: New York State Department of Mental Hygiene, 1981.
  53. POZNANSKI, E.O., FREEMAN, L.N. y MOKROS, H.B. Children's Depression Rating Scale-Revised (September 1984). *Psychopharmacol Bull*, 21, 979-989, 1985.
  54. ABRAMSON, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J. Abnorm Psychol*, 87, 49-74, 1978.
  55. ROBINS, C.J. y HINKLEY, K. Social-cognitive processing and depressive symptoms in children: A comparison of measures. *J. Abnorm Child Psychol*, 17, 29-36, 1989.
  56. KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.L., ABRAMSON, L.Y., PETERSON, C. y SELIGMAN, M.E.P. Problem-solving deficits and depressive symptoms among children. *J. Abnorm Child Psychol*, 11, 497-502, 1983.
  57. LEFKOWITZ, M.M., Tesiny, E.P. y Gordon, N.H. Childhood depression, family income and locus of control. *J. Nerv Ment Dis*, 168, 732-735, 1980.
  58. SEAGULL, E.A.W. y WEISHANK, A.B. Childhood depression in a selected group of low-achieving 7th graders. *J. Clin Child Psychol*, 13, 134-140, 1984.
  59. SELIGMAN, M.E.P. *Helplessness: On depression development and death*. S. Francisco: Freeman, 1975.
  60. LEON, G.R., KENDALL, P.C. y GARBER, J. Depression in children: Parent, teacher, and child perspectives. *J. Abnorm Child Psychol*, 8, 221-235, 1980.

61. MARRIAGE, K., FINE, S., MORETTI, M. Y HALEY, G. Relationship between depression and conduct disorders in children and adolescents. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 25, 687-691, 1986.
62. NORVELL, N. Y TOWLE, P.O. Self-reported depression and observable conduct problems in children. *J. Clin Child Psychol*, 15, 228-232, 1986.
63. PUIG-ANTICH, J. Major depression and conduct disorder in prepuberty. *J. Am Academy Child Psychiatry*, 21, 118-128, 1982.
64. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: Author, 1980.
65. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington: Author, 1987.
66. ALTMAN, E.O. y Gotlib, I.H. The social behavior of depressed children: An observational study. *J. Abnorm Child Psychol*, 16, 29-44, 1988.

# VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA FIBROSIS QUÍSTICA DE PÁNCREAS

N. Bassas \*; M. Trias \*; B. Oliva \*; J. Tomàs \*\*; N. Cobos \*\*\*.

*Barcelona*

## RESUMEN

En la Unidad de Psiquiatría del Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón de Barcelona se ha realizado un estudio con pacientes afectados de fibrosis quística de páncreas, procedentes de la Unidad de Neumología de dicho Hospital. Se trata de una investigación, a fin de valorar el «Impacto psicológico» y el «Ajuste psicosocial» del paciente y su familia, con relación a la enfermedad.

La muestra total consta de 21 pacientes, 11 varones y 10 hembras, de edades comprendidas entre los 4 y los 21 años. Los sujetos se han distribuido por grupos de edad correspondientes a las etapas evolutivas del desarrollo psicogenético: infancia (4-9 años), preadolescencia-adolescencia (10-15 años) y juventud (16-21 años).

Se han definido doce variables. Una es la «edad». Otras dos son propias de la enfermedad: «gravedad» y «duración». Las otras nueve son variables psicológicas de los pacientes y sus familias: «estructura familiar», «convivencia familiar», «enfermedad como factor de descompensación familiar», «ajuste escolar», «ajuste social», «capacidad de interacción», «estado evolutivo de las líneas de maduración», «estado evolutivo de los intereses», y «rasgos psicopatológicos».

Se han estudiado las relaciones entre estas variables. Los datos se han analizado estadísticamente y a nivel descriptivo.

Las conclusiones apuntan a la importancia de una prevención psicológica en los pacientes afectados de fibrosis quística y sus familias. El «Ajuste psicosocial» a la enfermedad se acompaña de un incremento de la psicopatología en la estructura familiar, así como de un aumento de los trastornos de ansiedad en el paciente.

Unitat de Psiquiatría. Hospital Universitari Materno-Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.

\* Adjunto clínico de Psiquiatría.

\*\* Jefe de Unidad de Psiquiatría.

\*\*\* Jefe de Unidad de Neumología.

**Palabras clave:** Fibrosis quística. Ajuste psicológico. Infancia-Adolescencia.

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo presentamos un estudio de variables psicológicas en pacientes afectos de fibrosis quística de páncreas (FQ) y sus familias.

Hemos considerado dos aspectos relevantes en la bibliografía consultada: el «Impacto psicológico» de la FQ en el paciente y su familia, y el «Ajuste psicosocial» como proceso de adecuación a la enfermedad.

La mayoría de estudios anteriores coinciden en que paciente y familia logran una tolerancia y adaptación psicológica y social a la FQ. Hemos estudiado este proceso, y la posible aparición de psicopatología que puede acompañarlo.

La profundización en la investigación de los aspectos psicológicos en enfermedades crónicas puede ser importante para la prevención de trastornos psicopatológicos en estos pacientes y sus familias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Muestra

La muestra tomada consta de 21 pacientes, 11 varones y 10 hembras, de edades comprendidas entre los 4 y los 21 años. Todos ellos han colaborado voluntariamente a este estudio, prestándose a ser explorados en la Unidad de Psiquiatría.

### 2. Método

Las variables estudiadas se refieren a tres aspectos: a. Desarrollo psicogenético y edad; b. Variables en relación directa con la FQ (gravedad y duración); c. Variables psicológicas en paciente y familia extraídas de la Historia Clínica informatizada de nuestra Unidad de Psiquiatría: tres de ellas corresponden a la familia, y seis al paciente.

En total son doce variables:

- 1.- Edad
- 2.- Gravedad
- 3.- Duración
- 4.- Convivencia familiar
- 5.- Estructura familiar
- 6.- Enfermedad como factor de descompensación familiar
- 7.- Ajuste escolar
- 8.- Ajuste social
- 9.- Capacidad de interacción
- 10.- Estado evolutivo de las líneas de maduración
- 11.- Estado evolutivo de los intereses
- 12.- Rasgos psicopatológicos

2.1. Los sujetos se han distribuido por grupos de «edad» correspondientes a las etapas evolutivas del desarrollo psicogenético: infancia (4-9 años); preadolescencia-adolescencia (10-15 años); y juventud (16-21 años). (Tablas 1 y 2)

2.2. La «gravedad» la hemos medido según el índice «Shwachman-Kulczycki system of clinical evaluation» (1977) en sus cinco valores: excelente, bueno, medio, moderado y severo. (Tabla 3)

2.3. La «duración» de la enfermedad viene determinada por la edad del paciente en el momento del diagnóstico. (Tabla 4)

2.4. La «convivencia familiar» es el conjunto de interacciones e intercambios relacionales entre los miembros del grupo familiar. Se mide en dos categorías: «satisfactoria» e «insatisfactoria». «Satisfactoria», si aparecen «conflictos poco frecuentes banales» o «conflictos frecuentes banales». «Insatisfactoria», si aparecen «conflictos poco frecuentes importantes» o «conflictos frecuentes importantes».

«Conflicto» es todo enfrentamiento, dentro del grupo familiar, con agresividad, verbal o de conducta, con violencia o sin ella. Es «conflicto banal» si no conlleva consecuencias graves (conflictos relativos a la maduración de los hijos, a la convivencia, etc.). Es «conflicto importante» si conlleva consecuencias graves (ruptura familiar, abandono

TABLA 1

<u>ETAPAS EVOLUTIVAS</u>	<u>EDAD</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
INFANCIA	4-9a.11m.	6	28,6%
PREADOLESC.-ADOLESCENCIA	10-15a.11m.	10	47,6%
JUVENTUD	16-21a.11m.	5	23,8%
		21	

TABLA 2

<u>ETAPAS EVOLUTIVAS</u>	<u>EDAD</u>	<u>N</u>	<u>VARONES</u>		<u>HEMBRAS</u>	
INFANCIA	4-9a.	6	2	33,3%	4	66,6%
PREADOL.-ADOLESC.	10-15a.	10	7	70%	3	30%
JUVENTUD	16-21a.	5	2	40%	3	60%
		21	11		10	

TABLA 3

<u>GRAVEDAD "SHWACHMAN" (1977)</u>						Moda: Categoría 3		
<u>EDAD: 4-9a.</u>			<u>10-15a.</u>			<u>16-21a.</u>		
<u>CATEG.</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>CATEG.</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>CATEG.</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Exc:1	1	16,7%	1	2	20%	1	1	20%
B: 2	2	33,3%	2	2	20%	2	0	0%
Med:3	2	33,3%	3	2	20%	3	3	60%
Mod:4	1	16,7%	4	4	40%	4	1	20%
Sev:5	0	0%	5	0	0%	5	0	0%

TABLA 4

<u>DURACION ENFERMEDAD</u>						Moda: 10a.		
<u>EDAD: 4-9a.</u>			<u>10-15a.</u>			<u>16-21a.</u>		
<u>AÑOS</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>AÑOS</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>AÑOS</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
2a.	1	16,6%	4a.	1	10%	14a.	1	20%
5a.	1	16,6%	9a.	1	10%	15a.	1	20%
6a.	1	16,6%	10a.	3	30%	16a.	3	60%
7a.	2	33,3%	11a.	1	10%			
9a.	1	16,6%	12a.	2	20%			
			14a.	1	10%			
			15a.	1	10%			

de rol, etc.). Es «frecuente» si el conflicto es reiterado e «infrecuente» si es aislado o esporádico.

2.5. La «**estructura familiar**» es la organización del grupo familiar producto de la interacción entre sus miembros. Se valora como «normal» o «patológica». «Normal», si predominan los rasgos de estabilidad y flexibilidad según dos aspectos: mantenimiento de roles familiares y capacidad de adaptación (ajuste progresivo a la FQ sin alteración de roles familiares, etc.). «Patológica», si es inestable y rígida según dos aspectos: alteración de roles familiares e incapacidad de adaptación (ruptura familiar, madre suple funciones paternas, etc.).

2.6. La «**enfermedad como factor de descompensación familiar**» es el desequilibrio que comporta la FQ en la familia. Para medir esta variable hemos valorado la ausencia o presencia de los siguientes aspectos:

a.- Alteración de los hábitos y costumbres familiares (ingresos y controles hospitalarios que comporten cambios del ritmo de vida, de residencia, etc.).

b.- Descompensación psíquica de algún familiar (aparición de depresión y/o ansiedad, etc.).

c.- Duelo y noción de muerte (vivencia del pronóstico, anterior duelo o muerte en la familia, etc.).

d.- Alteración de la relación de pareja (disfunción en los roles parentales, abandono del hogar por un progenitor, etc.).

e.- Alteración de la situación laboral (cambio o pérdida del puesto de trabajo, etc.).

Hemos establecido dos categorías según su frecuencia: «leve» (madre precisa cambio de horario laboral para acompañar al hijo a los controles médicos, etc.), o «grave» (duelo no elaborado en la familia por la muerte de otro hijo fibrótico, etc.).

2.7. El «**ajuste escolar**» es la integración al medio escolar, medida según el rendimiento académico (trastornos en lecto-escritura, cálculo, abstracción; etc.). y la adaptación al

medio (dificultades relacionales con compañeros y profesorado, adecuación a la normativa pedagógica e institucional, etc.). El «Ajuste escolar» se valora «normal» (buen expediente académico, relaciones afectivas satisfactorias, etc.), o «alterado» (fracaso escolar global superior a dos años, aislamiento, etc.).

2.8. El «**ajuste social**» mide la adaptación relacional y socialización, considerando las relaciones afectivas (amigos, adultos, etc.) y las actividades extraescolares (grupos, clubs, etc.). Hemos establecido dos categorías: «normal» (pertenencia a un grupo, club, etc.) y «alterado» (aislamiento o limitación de relaciones afectivas, etc.).

2.9. La «**capacidad de interacción**» es el estado de maduración de la capacidad de crear y mantener relaciones diversificadas y positivas, valorando el rol del paciente entre los amigos, tipo de actividad lúdica, tipo y edad del grupo de amigos y estabilidad relacional. Hemos establecido dos categorías: «normal» (rol activo y positivo entre amigos de su misma edad, etc.), o «alterada» (rol pasivo, sobreprotección del grupo, relación con niños menores, etc.).

2.10. El «**estado evolutivo de las líneas de maduración**» es la evolución de los ejes que definen el proceso del desarrollo de la personalidad. Agrupamos como principales:

1.- Eje «dependencia versus independencia» (autonomía corporal, hábitos, etc.).

2.- Eje «adecuación entre mundo interno-mundo externo» (evolución del egocentrismo al halocentrismo, tolerancia a la frustración, responsabilización, etc.).

En función del predominio de progresión o regresión hemos establecido dos categorías: «normal» (si llega a manejar el tratamiento de forma autónoma, recupera el ritmo después de ingresos, etc.) y «alterado» (si no logra responsabilizarse del tratamiento, pierde el ritmo escolar, etc.).

2. 11. El «**estado evolutivo de los intereses**» es el desarrollo de las motivaciones del individuo, valorando el interés hacia el cono-

cimiento y placer en el aprendizaje, la capacidad para ilusionarse, la satisfacción en la actividad mental, la capacidad de creatividad y fantasía, etc. Hemos establecido dos categorías: «normal» (creatividad en el juego, motivación hacia el aprendizaje escolar y el conocimiento, etc.) y «alterado» (no expectativa de futuro, etc.), según los diferentes aspectos estén o no ajustados cualitativa y cuantitativamente a la etapa del desarrollo valorado.

2. 12. Los «rasgos psicopatológicos» se refieren a la morbilidad psicopatológica según las clasificaciones del ICD 10, DSM III-R y la Clasificación Francesa (Misses y col.). Los más frecuentes en la muestra estudiada se inscriben en los siguientes trastornos:

— Imadurez (DSM III-R: 301.90; Cl. F: 4.01, 15.8)

— Trastornos de ansiedad (ICD-10: F 41.1, F 43 (FD 19); DSM III-R: 313.21, 313.00; Cl. F: 2.00)

— Trastornos de inhibición (ICD-10: F 43.2 (FD 20); DSM III-R: 309.83, 309.23, 309.90; Cl. F: 2.04).

Cada una de las variables estudiadas se ha analizado en cada etapa evolutiva, así como en la muestra total.

### 3. Fiabilidad y validez

La fiabilidad y validez de nuestro trabajo se basa en:

3.1 — La **recoga de datos** de cada sujeto de la muestra se ha realizado por dos profesionales de la Unidad de Psiquiatría, por separado, y sin intercambio previo de información. Posteriormente, cada medición se ha supervisado en uno de los equipos de la Unidad, con lo que se garantiza la objetividad de la medición de las variables, evitando el efecto subjetivo individual.

3.2 — La **definición de las variables** coincide con las del protocolo de historia clínica informatizado de la Unidad de Psiquiatría, establecida con el «Diccionario de la Real Academia Española», «Diccionario de Psiquiatría» de Battagay y col., y «Dicciona-

rio de Psicología» de Sillamy.

3.3 — La **validación estadística** de los resultados se ha realizado tratando los datos con el SPSS/PC+. Tras el análisis descriptivo de los datos se ha procedido a la comparación de proporción mediante el estadístico  $\chi^2$ .

## RESULTADOS

Hemos dividido el análisis de los resultados en los aspectos: estadístico y descriptivo.

### 1. Análisis estadístico (Tabla 5)

Las relaciones entre las diferentes variables se han procesado estadísticamente para verificar cuales son «significativas». Esto quiere decir, que las variaciones que se den en sus valores son debidas a la influencia de un factor único común, en este caso la FQ.

El tamaño reducido de la muestra ha limitado los resultados significativos. Sin embargo, cuatro de las relaciones biunívocas entre variables son significativas, cumpliendo todos los requisitos:

— Ajuste escolar <—> Ajuste social,

— Ajuste escolar <—> Capacidad de interacción,

— Capacidad de interacción <—> Estado evolutivo de los intereses,

— Estructura familiar <—> Convivencia familiar.

Otras relaciones entre variables, a pesar de no cumplir todos los supuestos necesarios, creemos que son de interés, ya que, con una muestra algo mayor, probablemente resultarían significativas.

— Ajuste escolar <—> Estado evolutivo de los intereses,

— Ajuste social <—> Capacidad de interacción,

— Ajuste social <—> Estado evolutivo de los intereses,

— Estado evolutivo de las líneas de maduración <—> Edad.

### 2. Análisis descriptivo



El análisis descriptivo de los datos aporta información sobre el «Impacto psicológico» y el «Ajuste psicosocial» en la FQ.

## 2. 1. Variables familiares (Tabla 6)

**«Impacto psicológico»:** En el inicio de la enfermedad, en la etapa de la infancia, es cuando la FQ descompensa más al grupo familiar, en un 66%, y cuando la «convivencia familiar» es más insatisfactoria, en un 33%. Seguramente la FQ también perturba la «estructura familiar» en la etapa de la infancia, pero los efectos de este «Impacto» no se revelan hasta las etapas de la adolescencia y la juventud, donde ya permanecen fijos en un 40%.

**«Ajuste psicosocial»:** Con la evolución de la enfermedad, en las etapas de la adolescencia y de la juventud, decrece la repercusión de la FQ como «factor de descompensación» en el grupo familiar, pasando de un 60% a un 40%, y la «convivencia familiar» es más satisfactoria en un 80% en las dos etapas. Sin embargo, la «estructura familiar» está más afectada psicopatológicamente, y así se mantiene en un 40%.

Este análisis se corrobora estadísticamente, en parte, ya que la relación entre las variables «estructura familiar» y «convivencia familiar» es significativa. Pero al aumentar la «satisfacción» en la «convivencia familiar», no aumenta la «normalidad» en la «estructura familiar», sino que aparece más psicopatología en esta variable.

## 2. 2. Variables del paciente (Tabla 7)

En la muestra se aprecia que la etapa evolutiva en la que están más alteradas la mayoría de las variables es la adolescencia.

En los «rasgos psicopatológicos» esto no es así. En la etapa de la infancia la «inmadurez» es mayor (66%), y las «líneas de maduración» están alteradas al 100%, mientras que en la etapa de la juventud, estas dos últimas variables presentan la menor frecuencia, 0% y 20% respectivamente. En cambio, los «trastornos de ansiedad» tienen un nivel más ele-

vado en la etapa de la juventud (80%). Por último, los «trastornos de inhibición» aparecen en la etapa de la preadolescencia-adolescencia y se mantienen igual en la etapa de la juventud (20%).

Debe destacarse que la variable «gravedad» no es significativa en relación con ninguna de las otras variables estudiadas. Parece pues, que no ejerce ninguna influencia ni en el paciente ni en la familia de esta muestra.

## DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada se aprecia la ausencia de diferencias significativas entre la población afecta de FQ y la población general, en cuanto a presencia de trastornos psicopatológicos. Así, Cappelli et al. (1989) Kashani et al. (1988) llegan, entre otras, a esta conclusión<sup>8, 31</sup>.

En nuestro trabajo, al no haber utilizado grupo control, pues se trataba de un estudio epidemiológico, no podemos afirmar o negar dicha conclusión.

Cappelli et al. (1989); Mador et al. (1989) y de Wet et al. (1984) señalan el «Impacto psicológico» de la FQ como factor descompensador estresante para el paciente y su familia, y las alteraciones en su «Ajuste psicosocial».<sup>8, 34, 16</sup>

Refiriéndonos al paciente, Cappelli et al. (1989), aunque no encontraron diferencias significativas en el cuidado parental o sobre protección en familias de niños sanos y familias de niños con FQ, destacan la correlación positiva entre la sobreprotección parental y el pobre funcionamiento psicosocial en niños con FQ<sup>9</sup>.

Estos resultados apoyan los de nuestro estudio, ya que en la etapa de la infancia es cuando los rasgos de inmadurez del paciente son más acusados (sobreprotección, regresión, dependencia). Sin embargo, en nuestra muestra, en la etapa de la adolescencia es cuando aparece la mayor alteración en el «Ajuste psicosocial».

Simmons et al. (1987) señalan la importancia

y efecto de la sobreprotección familiar en el paciente con FQ. Coinciden con nosotros en afirmar que en la etapa de la infancia, estos pacientes mantienen un buen «**Ajuste psicosocial**»<sup>44</sup>.

Sin embargo, Mollering (1986) afirma que la FQ afecta la comunicación familiar, o sea, que distorsiona el «**Ajuste**» relacional del paciente, así como su autoimagen y rol dentro de la familia<sup>36</sup>.

Refiriéndonos a la familia, Cowen et al. (1985) afirman que ésta no resulta afectada en la fase inicial de la FQ<sup>12</sup>. En nuestro trabajo, en cambio, los resultados apuntan que, sobre todo en la etapa de la infancia, la FQ es un «**factor de descompensación**» para la familia. Su «**Impacto psicológico**» perturba la «**convivencia familiar**», ya en los primeros años, mientras que en la «**estructura familiar**» la perturbación no se manifiesta hasta las etapas siguientes.

La mayoría de autores (Mador (1989), Levi-son et al. (1987), Mollering (1986), de Wet et al. (1984) y Moise et al. (1987) coinciden en que el «**Ajuste psicosocial**» del paciente y su familia a la FQ es satisfactorio en la mayoría de casos<sup>34, 33, 36, 16, 35</sup>. Tal afirmación coincide con nuestro estudio.

Moise et al. (1987) hacen hincapié en la importancia de la inserción social y escolar para lograr un «**Ajuste psicosocial**», ya que los pacientes que no asistían a la escuela ni a otros medios de relación social, presentaban más dificultades de adaptación a la FQ<sup>35</sup>. Este aspecto no ha sido investigado en nuestro trabajo.

Cowen et al. (1985), ya citados, observan los efectos estresantes a largo plazo de la FQ, y señalan que la familia domina progresivamente dicho estrés y logra un «**Ajuste psicosocial**»<sup>12</sup>. En nuestra muestra, el aumento en la satisfacción en la «**convivencia familiar**» apunta también a esta conclusión.

Coincidimos con Cowen et al. (1984), con que el funcionamiento psicológico es independiente de la gravedad de la FQ<sup>13</sup>. En nuestro estudio esto se ha comprobado.

Respecto al «**Ajuste psicosocial**», Pearson et al. (1991), Burke et al. (1989), Moise et al. (1987) y Cowen et al. (1984) señalan la presencia de psicopatología en los pacientes de más edad. Coinciden en que los óvenes afectos de FQ presentan el mayor nivel de «**Ajuste psicosocial**», y han desarrollado una capacidad de adaptación eficaz, si bien es el grupo de edad con más trastornos de ansiedad<sup>38, 7, 35, 13</sup>.

Nuestro trabajo está de acuerdo con esta afirmación, ya que los jóvenes de nuestra muestra son los pacientes que presentan niveles más altos en «**trastornos de ansiedad**», al mismo tiempo que han logrado aminorar la alteración en las variables psicosociales, con respecto a la etapa de la adolescencia.

Cowen et al. (1984) hacen hincapié en que la «**negación**» está menos presente en los jóvenes y les comporta un mayor «**Ajuste psicosocial**». Así, los jóvenes valoran más las limitaciones de su trastorno y utilizan menos la negación y la minimización. También afirman que los datos demográficos de la población clínica de más de 16 años, muestran que las tareas intelectuales y las expectativas de inserción social son equivalentes a las normales para su edad<sup>13</sup>. Nosotros también hemos verificado que los jóvenes presentan un buen «**Ajuste psicosocial**», aunque no hemos investigado los mecanismos de negación.

## CONCLUSIONES

Del análisis descriptivo y estadístico de los datos, podemos concluir que:

1. La variable «**gravedad**» de la FQ, no ha mostrado ejercer ninguna influencia significativa ni en el «**Impacto psicológico**», ni en el «**Ajuste psicosocial**» a la enfermedad.

2. En cuanto al **paciente** la evolución psicológica en la muestra estudiada resulta que:

- a) En el **niño** dominan los rasgos de «**inmadurez**» y la alteración en las «**líneas de maduración**».

TABLA 5

ESTADISTICO $\chi^2$ . CORRECCION DE YATES	
RELACIONES VARIABLES "SIGNIFICATIVAS" ( $\alpha < 0.05$ ):	
A.ESCOLAR - A.SOCIAL 0.003	A.ESCOLAR-INTERESES 0.007
A.ESCOLAR - C.INTERACCION 0.04	A.SOCIAL-C.INTERAC. 0.001
C.INTERACCION -INTERESES 0.02	A.SOCIAL - INTERESES 0.02
ESTRUCT. FAM.- CONVIV. FAM. 0.02	L.MADURACION - EDAD 0.003

TABLA 6

RELACIONES VARIABLES FAMILIARES			
EDAD	ESTRUCT.FAM.	CONV.FAM.	F.Q.DESCOMP.FAM.
4-9a.	N. 66,6% P. 33,3%	S. 66,6% I. 33,3%	L. 33,3% G. 66,6%
10-15a.	N. 60% P. 40%	S. 80% I. 20%	L. 40% G. 60%
16-21a.	N. 60% P. 40%	S. 80% I. 20%	L. 60% G. 40%

N=Normal, P=Patológica, S=Satisfactoria, I=Insatisfactoria, L=Leve, G=Grave.

TABLA 7

RELACIONES VARIABLES PACIENTE						
EDAD	A.ESC.	A.SOC.	C.INT.	L.MAD.	INTER.	R.PSIC.
4-9a.	N.83,3% A.16,6%	N.100% A.0%	N.66,6 A.33,3%	N.0% A.100%	N.16,6% A.83,3%	INM.66,6% ANS.33,3% INH.0%
10-15a.	N.20% A.80%	N.30% A.70%	N.20% A.80%	N.0% A.100%	N.10% A.90%	INM.20% ANS.50% INH.20%
16-21a.	N.60% A.40%	N.60% A.40%	N.40% A.60%	N.60% A.40%	N.60% A.40%	INM.0% ANS.80% INH.20%

N= Normal, A= Alterado.  
INM=Inmadurez, ANS=Ansiedad, INH=Inhibición.

b) En el **adolescente** aparece psicopatología diversa, con máxima alteración en «ajuste escolar», «ajuste social», «capacidad de interacción», «líneas de maduración» e «intereses».

c) En el **joven** predominan los «trastornos de ansiedad» y tienden a estabilizarse las demás variables estudiadas.

3. Sobre el «**Impacto psicológico**» y el «**Ajuste psicosocial**» respecto a la FQ vemos:

a) En el **paciente**: a medida que evoluciona la enfermedad, el paciente se adapta a ella, y aunque en la etapa de la adolescencia el desajuste personal y relacional es importante, al llegar a la etapa de la juventud mejora considerablemente. Sin embargo, a medida que ha evolucionado la FQ, los «trastornos de ansiedad» han ido en aumento.

b) En la **familia**: El ajuste comporta una mejor tolerancia de sus efectos descompensadores iniciales, y una mejor relación intrafamiliar, es decir, el desarrollo de defensas adecuadas ante el «Impacto psicológico» de la enfermedad. Sin embargo, vemos que también significa un ligero incremento de la psicopatología a nivel de «estructura familiar», quizás producto del esfuerzo de adaptación al «Impacto» inicial.

De lo anterior se desprende la importancia de la **PREVENCIÓN PSICOLÓGICA**, para disminuir el riesgo de desarrollo de psicopatología en la «estructura familiar» y en el paciente afecto de FQ (trastornos de ansiedad y de inhibición), en el proceso de «Ajuste psicosocial» a la enfermedad.

Parece que el «Impacto psicológico» y el «Ajuste psicosocial» permiten apuntar aquí las siguientes hipótesis a verificar en futuros trabajos:

— En la **infancia**, aparecería más ansiedad en la familia y esto propiciaría más inmadurez (regresión, sobreprotección, dependencia) en el niño. En el caso de que este funcionamiento se fijara excesivamente, podría ser generador de psicopatología.

— En la **adolescencia**, el conflicto por la

enfermedad estaría más centrado en el propio paciente, ya que la familia aparece más adaptada, menos ansiosa, y es el paciente quien muestra más desajuste.

— En la **juventud**, la familia habría desarrollado más tolerancia a la enfermedad, la cual resultaría menos descompensadora, y la convivencia familiar sería más satisfactoria, aunque la familia tendría una estructura algo más patológica.

En cuanto al paciente joven, presentaría más rasgos psicopatológicos de «ansiedad» e «inhibición», aunque su «Ajuste psicosocial» a la enfermedad, medido en las diferentes variables, sería mejor que en el adolescente.

## Bibliografía

1. Bloch, A.: *Chronic illness and its impact on academic achievement*. *Pediatrician*, 1986, 13 (2-3), p. 128-32.
2. Brennan, J.L.; Jools, P.A.; Gaskin, K.J.: *Malnutrition in cystic fibrosis: psychosocial functioning of patients and their families*. *J. Paediatr. Child Health*. Feb. 1990, 26 (1), p. 36-40.
3. Breslau, N.; Marshall, I.A.: *Psychological disturbance in children with physical disabilities: continuity and change in a 5-year follow-up*. *J. Abnorm. Child Psychol.*, Jun. 1985, 13 (2), p. 199-215.
4. Breslau, N.: *The psychological study of chronically ill and disabled children: are healthy siblings appropriate controls*. *J. Abnorm. Child Psychol.*, Sep. 1983 11 (3), p. 379-91.
5. Brissette, S.; Zinman, R.; Reidy, M.: *Disclosure of psychosocial concerns of young adults with advanced cystic fibrosis by a nurse home visiting program*. *Int. J. Nurs. Stud.*, 1988, 25 (1), p. 67-72.
6. Burke, P.; Meyer, V.; Kocoshis, S.; Orenstein, D.; Chandra, R.; Sauer, J.: *Obsessive-compulsive symptoms in childhood inflammatory bowel disease and cystic fibrosis*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, Jul. 1989, 28 (4), p. 525-7.
7. Burke, P.; Meyer, V.; Kocoshis, S.; Orenstein, D.; Chandra, R.; Sauer, J.: *Depression and anxiety in pediatric inflammatory bowel disease and cystic fibrosis*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, May 1989, 28 (6), p. 948-951.
8. Cappelli, M.; McGrath, P.J.; Heick, C.E.; McDonald, N.E.; Feldman, W.; Rowe, P.: *Chronic disease and its impact. The adolescent's perspective*. *J. Adolesc. Health Care*, Jul. 1989, 10 (4), p. 283-8.
9. Cappelli, M.; McGrath, P.J.; Heick, C.E.; McDonald, N.E.; Katsanis, J.; Lascelles, M.: *Parental care and overprotection of children with cystic fibrosis*. *Br. J. Med. Psychol.*, Sep. 1989, 62 (Pt 3), p. 281-9.
10. Coffman, C.B.; Levine, S.B.; Althof, S.E.; Stern, R.C.:

- Sexual adaptation among single young adults with cystic fibrosis.* Chest, Sep. 1984, 86 (3), p. 412-8.
11. Cowen, L.; Mok, J.; Corey, M.; McMillan, H.; Simmons, R.; Levisons, H.: *Psychologic adjustment of the family with a member who has cystic fibrosis.* Pediatrics, May 1986, 77 (5), p. 745-53.
  12. Cowen, L.; Corey, M.; Keenan, N.; Simmons, R.; Arndt, E.; Levison, H.: *Family adaptation and psychosocial adjustment to cystic fibrosis in the child.* Soc. Sci. Med., 1985, 20 (6), p. 553-60.
  13. Cowen, L.; Corey, M.; Keenan, N.; Simmons, R.; Robertson, J.; Levison, H.: *Growing older with cystic fibrosis: psychologic adjustment of patients more than 16 years old.* Psychosom. Med., Jul.-Aug. 1984, 46 (4), p. 363-76.
  14. Czajkowski, Dr.; Koocher, G.P.: *Medical compliance and coping with cystic fibrosis.* J. Child Psychol. Psychiatry, Mar. 1987, 28 (2), p. 311-9.
  15. De Wet, B.; Cywes, S.: *The birth of a child with a congenital anomaly. Part 1. Some difficulties experienced by parents in the maternity home.* S. Afr. Med. J., Feb. 1985, 67 (8), p. 292-6.
  16. De Wet, B.; Cywes, S.: *The psychosocial impact of cystic fibrosis. A review of research literature.* S. Afr. Med. J., Mar. 1984, 65 (13), p. 526-30.
  17. Elliott, M.: *Cystic fibrosis.* Practitioner, Feb. 1989, 233 (1463), p. 253-4, 256.
  18. Evers-Kiebooms, G.; Denayer, L.; Van Den Berghe, H.: *A child with cystic fibrosis: II. Subsequent family planning decisions, reproduction and use of prenatal diagnosis.* Clin. Genet., Mar. 1990, 37 (3), p. 207-15.
  19. Fischer-Fay, A.; Goldberg, S.; Simmons, R.; Levison, H.: *Chronic illness and infant-mother attachment: cystic fibrosis.* J. Dev. Behav. Pediatr., Oct. 1988, 9 (5), p. 266-70.
  20. Fong, S.L.; Dales, R.E.; Tierney, M.G.: *Compliance among adults with cystic fibrosis.* DICP, Jul.-Aug. 1990, 24 (7-8), p. 689-92.
  21. Goldberg, R.T.; Isralsky, M.; Shwachman, H.: *Prediction of rehabilitation status of young adults with cystic fibrosis.* Arch. Phys. Med. Rehabil., Aug. 1985, 66 (8), p. 492-5.
  22. Harbord, M.G.; Cross, D.G.; Botica, F.; Martin, A.J.: *Children's understanding of cystic fibrosis.* Aust. Paediatr. J., Aug. 1987, 23 (4), p. 241-4.
  23. Hodges, K.; Saunders, W.B.; Kashani, J.; Hamlett, K.; Thompson, R.J.: *Internal consistency of DSM-III diagnoses using the symptom scales of the Child Assessment Schedule.* JAM Acad. Child Adolesc. Psychiatry, Jul. 1990, 29 (4), p. 635-41.
  24. Hoeberichts, A.; Devlin, J.; David, T.J.: *Nocturnal enuresis in cystic fibrosis.* J. R. Soc. Med., 1989, 82, Suppl. 16, p. 57.
  25. Holroyd, J.; Guthrie, D.: *Family stress with chronic childhood illness: cystic fibrosis, neuromuscular disease, and renal disease.* J. Clin. Psychol., Jul 1986, 42 (4), p. 552-61.
  26. Jacque, C.A.: *Stress reactions in children with cystic fibrosis.* Scand. J. Gastroenterol. Suppl., 1988, 143, p. 47-51.
  27. Jedlicka-Kohler, I.; Gotz, M.: *Reactions of patients and families with cystic fibrosis to psychological management.* Monatsschr. Kinderheilkd, Feb. 1989, 137 (2), p. 75-9.
  28. Jedlicka-Kohler, I.; Gotz, M.: *Psychological management of patients and families with cystic fibrosis.* Monatsschr. Kinderheilkd, Feb. 1989, 137 (2), p. 62-6.
  29. Jedlicka-Kohler, I.; Gotz, M.: *Chronic obstructive respiratory tract diseases in childhood: prevention and intervention by psychological-medical ratings.* Prax. Klin. Pneumol., Jul. 1988, 42 (7), p. 473-4.
  30. Jedlicka-Kohler, I.; Gotz, M.: *Interventional assessment of physical and mental health in children and adolescents with cystic fibrosis.* Scand. J. Gastroenterol. Suppl., 1988, 143, p. 34-7.
  31. Kashani, J.H.; Barbero, G.J.; Wilflei, D.E.; Morris, D.A.; Shepperd, J.A.: *Psychological concomitants of cystic fibrosis in children and adolescents.* Adolescence, Winter 1988, 23 (92), p. 873-80.
  32. Landon, C.; Rosenfeld, R.G.: *Short stature and pubertal delay in cystic fibrosis.* Pediatrician, 1987, 14 (4), p. 253-60.
  33. Levison, H.; Garner, D.; McMillan, H.; Cowen, L.: *Living with cystic fibrosis: patient, family, and physician realities.* Compr. Ther., Oct. 1987, 13 (10), p. 38-45.
  34. Mador, J.A.; Smith, D.H.: *The psychosocial adaptation of adolescents with cystic fibrosis. A review of the literature.* J. Adolesc. Health Care, Mar. 1989, 10 (2), p. 136-42.
  35. Moise, J.R.; Drotar, D.; Doershuk, C.F.; Stern, R.C.: *Correlates of psychosocial adjustment among adults with cystic fibrosis.* J. Dev. Behav. Pediatr., Jun 1987, 8 (3), p. 141-8.
  36. Mollering, M.: *Coping with illness in families of children with mucoviscidosis.* Klin. Pediatr., Sep.-Oct. 1986, 198 (5), p. 369-73.
  37. Patterson, J.M.; McCubbin, H.I.; Warwick, W.J.: *The impact of family functioning on health changes in children with cystic fibrosis.* Soc. Sci. Med., 1990, 31 (2), p. 159-64.
  38. Pearson, D.; Pumariega, A.; Scilheimer, D.: *The development of psychiatric symptomatology in patients with cystic fibrosis.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1991, 30 (2), p. 290-297.
  39. Phillips, S.; Bohannon, W.E.; Gayton, W.F.; Friedman, S.B.: *Parent interview findings regarding the impact of cystic fibrosis on families.* J. Dev. Behav. Pediatr., Jun. 1985, 6 (3), p. 122-7.
  40. Pinkerton, P.; Trauer, T.; Duncan, F.; Hodson, M.E.; Batten, J.C.: *Cystic fibrosis in adult life: a study of coping patterns.* Lancet, Oct. 1985, 2 (8458), p. 761-3.
  41. Sanders, D.; Decato, C.M.; Smolen, W.: *Sweet sorrow: the color-shading response in an adult cystic fibrosis population.* J. Pers. Assess., Oct. 1984 (5), p. 476-7.
  42. Shekleton, M.: *Coping with chronic respiratory difficulty.* Nurs. Clin. North. Am., Sep. 1987, 22 (3), p. 569-81.
  43. Silber, T.J.: *Chronic illness in adolescents: a sociological perspective.* Adolescence, Fall 1983, 18 (71), p. 675-7.
  44. Simmons, R.J.; Corey, L.; Keenan, N.; Robertson, J.; Levison, H.: *Behavioral adjustment of latency age children with cystic fibrosis.* Psychosom. Med., May-Jun. 1987, 49 (3), p. 291-301.
  45. Simmons, R.J.; Corey, L.; Cowen, L.; Keenan, N.;

- Robertson, J.; Levison, H.: *Emotional adjustment of early adolescents with cystic fibrosis*. Psychosom. Med. Mar.-Apr. 1985, 47 (2), p. 111-22.
46. Singer, L.; Drotar, D.; Doershuk, C.: Psychosocial management of chronic lung disorders. *Pediatrician*, 1988, 15 (1-2), p. 29-36.
47. Sinnema, G.; Bonarius, HC.; Van der Laag, H.; Stoop, JW.: *The development of independence in adolescents with cystic fibrosis*. *J. Adolesc. Health Care*, Jan. 1988, 9 (1), p. 61-6.
48. Smith, MS.; Gad, MT.; O'Grady, L.: *Psychological functioning, life change, and clinical status in adolescents with cystic fibrosis*. *J. Adolesc. Health Care*, Dec. 1983, 4 (4), p. 230-4.
49. Spirito, A.; Russo, DC.; Masek, BJ.: *Behavioral interventions and stress management training for hospitalized adolescents and young adults with cystic fibrosis*. *Gen. Hosp. Psychiatry*, Jul. 1984, 6 (3), p. 211-8.
50. Stanghelle, JK.; Winnem, M.; Roaldsen, K.; De Witt, S.; Notgewitch, JH.; Nilsen, BR.: *Young patients with cystic fibrosis: attitude toward physical activity and influence on physical fitness and spirometric values of a 2-week training course*. *Int. J. Sports Med.*, Feb. 1988, 9, Suppl. 1, p. 25-31.
51. Walker, LS.; Ortiz-Valdes, JA.; Newbrough, JR.: *The role of maternal employment and depression in the psychological adjustment of chronically ill, mentally retarded, and well children*. *J. Pediatr. Psychol.*, Sep. 1989, 14 (3), p.357-70.
52. Yarcheski, A.; Mahon, NE.;Kraynyak-Luise, B.; Baker, CD.: *Testing the validity of categories in a theoretical perspective on chronic illness*. *Int. J. Nurs. Stud.*, 1987, 24 (3), p. 249-60.

# Modificación del *locus* de control en niños hospitalizados

O. Lizasoain\*; A. Polaino - Lorente\*\*

Pamplona

## RESUMEN

En esta colaboración se informa del diseño y aplicación de un Programa de Intervención Psicopedagógica como recurso para mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado, y prevenir los posibles efectos psicopatológicos que dicha hospitalización comporta, como es el caso de ciertas modificaciones en su *locus* de control.

El análisis estadístico muestra la efectividad del programa en la reducción y prevención de un *locus* de control externo en los pacientes pediátricos en los que se ha aplicado ese programa, por lo que se recomienda generalizar su uso.

**Palabras clave:** Hospitalización infantil. Pacientes pediátricos. Locus de control. Programa de intervención psicopedagógica.

## INTRODUCCIÓN

La situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está cargada de factores negativos de todo tipo. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización, lo que conlleva la ruptura con los ambientes y círculos que rodean a todo niño: el familiar, el escolar y el social. Junto a esto, el ingreso brusco en un centro médico donde el niño se encuentra de pronto en un ambiente que no conoce y que por lo general, le aterroriza. Por otro lado, los que se derivan de la circunstancia anómala de la enfermedad en sí — con sus características propias y sus limitaciones naturales —, como el sufrimiento, el miedo y los temores de todo tipo, la depresión, la tristeza, la desesperanza o el aburrimiento.

Ciertos aspectos del ambiente hospitalario pueden evocar fuertes reacciones emocionales en los pacientes, afectando a sus estados de salud de forma positiva o negativa, pero debido a que son inherentes a la atmósfera

\* Universidad de Navarra.

\*\* Universidad Complutense

Dpt.º Didáctica y Orientación (Edificio bibliotecas)

Campus Universitario

31080 Universidad de Navarra Pamplona

del hospital se tiende a pasarlos por alto (Frank, 1988). Existen muchas causas de estrés emocional para un niño hospitalizado y su familia que pueden evitarse, como el desconocimiento acerca de las implicaciones de la enfermedad, de los procedimientos médicos precisos o de las normas y rutinas existentes en ese contexto hospitalario.

Una adecuada atención a todos los factores hasta ahora mencionados, puede transformar la hospitalización en una experiencia constructiva y no traumática ni negativa. El niño hospitalizado precisa de su familia, del juego, de la educación y de la atención individualizada de todas sus carencias, a fin de evitar el retraso en su desarrollo y procurar, en la medida de lo posible, una vida normal acorde con la etapa evolutiva en que se encuentra.

Estas circunstancias aconsejan la necesidad de elaborar y aplicar programas de preparación y seguimiento para la hospitalización infantil, a pesar de que supongan un cierto sobreesfuerzo personal, material y económico, pues según se infiere de todo lo anterior contribuyen a reducir los efectos psicológicos negativos que toda hospitalización conlleva, además de disminuir el tiempo de estancia en el hospital y, simultáneamente, su encarecimiento económico. Esta última propiedad es la que urgentemente debe demostrarse a través del estudio de ciertos indicadores como el coste/eficacia y el coste/beneficio de los programas de intervención psicopedagógica, pues dada la situación económica de muchos hospitales infantiles este argumento tendría un carácter prioritario sobre cualquier otro, incrementando la deseabilidad social de estos programas. Así pues, algunas investigaciones debieran comenzar por evaluar el impacto de las intervenciones psicológicas sobre el gasto hospitalario. Existe la necesidad de identificar y clarificar cuál es la relación coste/efectividad de estas intervenciones respecto del objetivo de reducir el coste médico y las futuras hospitalizaciones (Olson et al., 1988).

La importancia dada al tema de la hospitali-

zación infantil en las últimas décadas y las diversas investigaciones realizadas han tenido un considerable impacto en las unidades pediátricas. La política actual de los hospitales tiende a defender los programas de preparación a la hospitalización infantil y a considerar el juego como un componente esencial de la experiencia hospitalaria (Thompson, 1985). Aunque han sido muchos los progresos conseguidos, hay todavía muchas áreas que precisan más investigación y realizar los cambios necesarios para reducir el sufrimiento psicológico del niño hospitalizado.

Aunque existe abundante literatura referente a la hospitalización infantil y a la aplicación de estrategias psicológicas de intervención en el ámbito hospitalario (Atkins, 1981; Carmel, 1990; Dahlquist, 1986; Thompson, 1985), las investigaciones experimentales en torno a los efectos de la preparación psicológica y seguimiento pedagógico del niño hospitalizado son escasas y poco exhaustivas y casi todas ellas están escritas en lengua inglesa.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de esta investigación es ayudar al niño, mediante un programa de preparación a la hospitalización y seguimiento psicopedagógico, a la vez que colaborar en su adaptación a la clínica. Se asume que esta preparación puede contribuir a disminuir los efectos nocivos y/o iatrógenos que tradicionalmente vienen atribuyéndose a la hospitalización infantil.

## DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

Cuarenta niños ingresados en la Clínica Universitaria de Navarra (CUN) entre 8-12 años, con una enfermedad crónica o aguda que requieran una hospitalización de media duración (mínimo una semana y máximo veinte días).



Los sujetos se dividen en dos grupos:

a) **Grupo experimental:** veinte niños no cancerosos (diez varones y diez hembras) sometidos al programa de Preparación a la Hospitalización y Seguimiento Psicopedagógico (PHSP) que cumplan los requisitos de inclusión.

b) **Grupo de control:** veinte niños no cancerosos (diez varones y diez hembras) no sometidos al programa PHSP, que cumplan los requisitos de inclusión.

Los probandos se distribuyen de forma aleatoria entre ambos grupos.

En función del problema aquí expuesto la hipótesis que se plantea es la siguiente: Si el *locus* de control se modifica tras el período de hospitalización como consecuencia de la aplicación del programa.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE BÁSICA:

*Locus* de control (medida en fase pre y post).

VARIABLE INDEPENDIENTE: Administración del programa PHSP.

VARIABLES ORGANÍSMICAS Y CONTEXTUALES: Edad, sexo, tipo de enfermedad, duración de la hospitalización, lugar de procedencia, tipo de tratamiento y permanencia o no de los padres en la clínica.

## BREVE DEFINICIÓN DE LA VARIABLE *LOCUS* DE CONTROL

La formulación clásica del *locus* como variable definida por Julian Rotter (1954-1966), hace referencia a la causalidad percibida, al modo en que las personas tienden a explicar sus éxitos y fracasos. Esta variable atiende a la manera en que los sujetos perciben los hechos de sus vidas, bien como algo derivado de sus propias acciones y consecuentemente controlables, bien como eventos desvinculados de su propio comportamiento y por tanto fuera del control personal (Polaino-Lorente,

1987).

En un extremo se hallan los que siguen una orientación externa — *locus* externo — y atribuyen el resultado de su acción a causa externas al propio sujeto como la suerte, la causalidad o la postura de otras personas (Polaino-Lorente, 1983). En el otro extremo, los sujetos que poseen un *locus* interno atribuyen los resultados a su propia capacidad y esfuerzo y, por consiguiente, se sienten y se saben responsables de sus éxitos y fracasos.

La dimensión interna/externa del *locus* ha sido una de las variables de personalidad más ampliamente investigada en los últimos años. Se establece que los sujetos que creen tener poco o ningún control sobre los eventos importantes de sus vidas (orientación interna), muestran mayores niveles de psicopatología que los sujetos que creen tener un gran control (orientación externa).

Un predominio de *locus* interno acentúa el sentido de responsabilidad, auto-exigencia y autoestima. Un *locus* interno y un autoconcepto positivo son generalmente considerados aspectos positivos para un adecuado desarrollo personal, y ambos correlacionan positivamente. Un abundante número de investigaciones (Quinn y Norris, 1986), han apoyado la validez de las relaciones entre *locus* de control, ansiedad y depresión, observándose un *locus* de control de tipo externo entre sujetos depresivos y sujetos que presentan rasgos y estados de ansiedad (Polaino-Lorente, 1985).

Según lo expuesto, parece claro que debería maximizarse el *locus* de control interno y minimizarse el externo. Sin embargo, ya Rotter estableció el peligro del síndrome referido al «buen *locus* interno» y al «mal *locus* externo». Así por ejemplo, un sujeto depresivo tiende a atribuirse a sí mismo las causas de todos sus fracasos, de donde se deriva que los sujetos depresivos pueden poseer un fuerte *locus* interno. Sí parece demostrado que sujetos con *locus* interno responden mejor a los tratamientos médicos y con éxito, percibiendo que juegan un importante papel en su recu-

peración. Por el contrario, los sujetos con un *locus* externo aceptan de un modo más pasivo la medicación (Gutkin, 1985).

El control interno predice, por tanto, una recuperación más rápida y efectiva. Se observa un aumento significativo en el bienestar psicológico y físico de los sujetos hospitalizados como consecuencia de aumentar sus percepciones de autocontrol. Por otro lado, los pacientes con *locus* interno se ajustan mejor cuando se les brinda información preparatoria sumamente específica, y peor cuando se les da información demasiado general. Los pacientes con *locus* externo presentan, sin embargo, la pauta opuesta (Kendall, 1988).

Las investigaciones apuntan hacia el dato de que las percepciones internas de control personal aumentan en función de la edad (Sherman y Hofmann, 1986). A partir de los 5 años comienza un gradual desarrollo hacia la internalidad, que se hace más significativo entre los 8-11 años. A partir de los 12 años, se observa un nuevo cambio de dirección hacia una percepción más externa. La influencia de la adolescencia y los cambios que le acompañan, parecen justificar esta externalidad que irá disminuyendo a partir de los 14-15 años.

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EMPLEADO

El instrumento de evaluación aquí empleado fue el **Children's Nowicki-Strickland Internal, External Control Scale — CNSIECS — A Locus of Control Scale for Children — LOC —** (Nowicki y Strickland, 1973; traducción de O. Lizasoain y A. Polaino, 1989). Este instrumento evalúa el constructo *locus* de control infantil y fue diseñado como medida de la expectativa del control interno sobre el control externo, en niños de 8 a 18 años. La escala cuenta con 40 ítems, si bien existen dos formas abreviadas, una para niños de 8 a 12 años (empleada en esta investigación) y otra para niños a partir

de 12 años. El modo de respuesta es Si/No. A mayor puntuación de la escala el *locus* se considera más externo. En la Tabla I se informa de las puntuaciones medias alcanzadas en la LOC, en función de la edad y el sexo.

TABLA I

### PUNTUACIONES MEDIAS ALCANZADAS EN LA LOC, EN FUNCIÓN DE LA EDAD E EL SEXO

	9 años	10 años	11 años	12 años
Chicos	6,5	6,2	5,9	5,4
Chicas	5,8	6,2	5,7	5,9

La escala, empleada en varias investigaciones (Tiedemann y McMahon, 1985; Wiehe, 1986; Furnham, 1987), parece ser la mejor medida de *locus* disponible, por el momento, para niños. Tiene una adecuada consistencia interna y fiabilidad.

El proceso de evaluación seguido en nuestra investigación fue el siguiente:

- a) Al día siguiente del ingreso se evalúa el *locus* de control infantil.
- b) En los niños del grupo experimental se comienza con la aplicación del programa.
- c) El día en que el niño es dado de alta se evalúa (fase post) el *locus* de control.

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa<sup>1</sup> del que se informa a continuación ha sido aplicado a un grupo de niños/as, de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años.

El programa comienza por aplicarse al niño a las 10 h. de la mañana del día siguiente a su ingreso, teniendo en cuenta que la mayoría de los ingresos tienen lugar a partir de las 18 h. de la tarde anterior.

El primer propósito del programa es establecer un buen *rapport* entre el niño y la persona encargada de administrarlo y dirigir-

lo. El programa comienza con una **entrevista** a la que el niño acude solo, sin la compañía de sus padres, y cuya duración aproximada es de 15 minutos.

A continuación se realiza un **tour** por la clínica de aproximadamente 35 minutos de duración. El *tour* comienza en el vestíbulo principal de entrada a la clínica, visitando durante su recorrido la zona destinada a consultas y las oficinas de admisión.

Se enseña al niño la ubicación de los ascensores, el número de pisos de que consta la clínica y la especialidad a que se destina cada planta. Brevemente se le muestra cada una de las plantas, así como las salas de Rayos X, rehabilitación y quirófanos. Aprovechando esta breve visita se le muestran también algunos de los aparatos empleados en las exploraciones y se le explica la útil tarea que desempeñan.

La planta de Pediatría es objeto de una especial atención, como es lógico.

Este programa no se limita a trabajar únicamente con el niño, sino que pretende satisfacer otros aspectos relevantes — y con frecuencia descuidados en otros programas —, como es la **información a los padres**.

La persona responsable de la administración del programa informa a los padres de todas las normas y rutinas propias de la clínica. Se les anima a participar en la experiencia hospitalaria del niño y a tener un contacto constante con él, explicándoles que esto puede contribuir a reducir la ansiedad y las respuestas desadaptativas de su hijo — al menos durante los primeros días de su estancia en la clínica —, así como facilitar su posterior recuperación al abandonar la hospitalización.

También se entrega a los padres una copia de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado y, finalmente, se les presentan algunas de las enfermeras de la planta con las que su hijo tendrá un contacto más directo, y se les dan instrucciones para contactar diariamente, tanto al niño como a ellos, con la responsable del programa.

A todos los padres se les hace llegar una

carta de presentación pidiendo su colaboración en el presente programa.

## PLAN DE SEGUIMIENTO

Con el fin de reducir el estrés, la ansiedad y el dolor físico — eventos muy frecuentes en los niños hospitalizados — se aplicarán, exclusivamente a los niños sometidos al programa, las tres técnicas de intervención que a continuación se especifican:

a) Entrenamiento en relajación muscular.

b) Entrenamiento en estrategias cognitivas. Con estos programas se incide en la imaginación del niño, de forma que una vez que es controlada o guiada, el paciente aprende, por ejemplo, a reinterpretar el dolor como algo tolerable.

Estos dos procedimientos se aplican conjuntamente y cada día en sesiones que no superan nunca los 30 minutos de duración.

c) Tres veces a la semana se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades sociales. Para cada niño, se seleccionan aquellas habilidades que parecen ser más deficitarias (dar quejas y recibirlas, pedir favores, dar una negativa, preguntar por qué, interacciones con otras personas de diferente estatus, iniciación de conversaciones, etc.).

El programa de seguimiento se acompaña de un entrenamiento en autocontrol. Para ello, se pide al niño que autoevalúe aquellos comportamientos específicos que pretendemos modificar, implantar o extinguir, de modo que no pasen inadvertidas sus propias respuestas (adhesión al tratamiento, relajación, reducción de miedos, ejecución de habilidades sociales, etc.). Para tal fin se entrega a cada uno de los niños participantes en el programa, un papel impreso especialmente diseñado para el autorregistro de las conductas seleccionadas y su frecuencia, duración e intensidad.

El programa también se acompaña de la autoadministración de refuerzos — previamente elegidos por cada niño — para gratificar

sus conductas e incrementar la probabilidad y frecuencia de ocurrencia de aquéllas. Para la aplicación de los refuerzos se estableció un sistema de economía de fichas. Por cada tres respuestas, consideradas como positivas que el niño haya anotado en su hoja de registro, recibe una ficha. Cuando consigue tres fichas puede canjearlas por uno de los reforzadores que haya elegido (golosinas, determinados objetos, actividades lúdicas, ciertos privilegios, etc.).

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Realizamos a continuación un análisis de covarianza con las variables evaluadas antes de la intervención (pretest). Se trata de comprobar si hay diferencias significativas entre el grupo de niños que recibió el programa PHSP y el grupo control.

Las hipótesis nulas ( $H_0$ ) que planteamos en los diferentes análisis de covarianza sostienen que la media de las puntuaciones obtenidas por los niños del grupo control (M1) es igual a la media del grupo experimental (M2); mientras que las hipótesis de trabajo ( $H_1$ ) plantean que las medias de ambos grupos difieren significativamente.

$H_0: M1=M2; H_1: M1 \neq M2$

Por consiguiente, de confirmarse nuestra hipótesis de trabajo en los resultados, habrá que concluir que hay diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por el grupo control y el grupo experimental, debiéndose tales diferencias a la acción de la variable independiente, es decir, en nuestro caso al programa de intervención aplicado.

## TABLAS DE ANÁLISIS DE COVARIANZA

Regla de decisión estadística

Para  $\alpha = 0.05$ , el valor crítico de F es 4.11 (para 1 y 37 gl) y

para  $\alpha = 0.01$ , el valor crítico de F es 7.4 (para 1 y 37 gl).

TABLA II

**Análisis de covarianza de los resultados obtenidos en la variable locus de control tras la administración del programa. Se reflejan las fuentes de variación (FV; debidas a los tratamientos y al error), las sumas cuadráticas (SC), los grados de libertad (gl), los cuadrados medios (CM) y la F de Snedecor.**

LOCUS DE CONTROL				
FV	SC	gl	CM	F
Trat	39.92	1	39.92	16
Error	93.7	37	2.5	

La F calculada es 16. Por lo tanto, con una probabilidad de  $\alpha=0,05$   $\alpha=0.01$ , rechazamos  $H_0$  y aceptamos  $H_1$ : el locus de control se modifica tras el tiempo de ingreso como consecuencia de la aplicación del programa de intervención.

Del análisis de covarianza se desprende que las diferencias entre el grupo de niños que recibió el programa de preparación a la hospitalización y seguimiento psicoeducativo (PHSP) y el grupo control son significativas, tanto al nivel de confianza del 95% como del 99%. Se rechazan así las hipótesis nulas y se aceptan las hipótesis alternativas, lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos se deben a la acción de la variable independiente, en nuestro caso a la administración del programa de intervención diseñado.

Por lo tanto, podemos concluir que el locus de control infantil se modificó tras el tiempo de ingreso. Como consecuencia del programa de intervención, los niños del grupo experimental lograron un locus más interno, mientras que en el grupo control los valo-

res obtenidos en el *locus* se inclinaron hacia una mayor externalidad, tras el período de hospitalización.

Sobre esta variable ha podido incidir directamente el entrenamiento en *autocontrol* administrado durante el programa de seguimiento. Tal y como afirmaron Autry y Langenbach (1985) en su investigación, a través de esta estrategia de intervención se puede modificar el *locus* hacia una mayor internalidad. Esta modificación tiene cierta importancia respecto a la formación de atribuciones e inferencias relativas a la enfermedad y a la hospitalización, las cuáles a su vez pueden influir sobre los sentimientos de ansiedad y depresión del paciente, y paralelamente sobre su autoconcepto (Polaino-Lorente, 1988).

## CONCLUSIONES

Aceptamos con una probabilidad de .01 la hipótesis formulada: el *locus* de control se modifica tras el período de hospitalización, como consecuencia de la aplicación del programa. Como consecuencia del programa de intervención, los niños del grupo experimental lograron un *locus* más interno, mientras que en el grupo de control el *locus* se inclinó hacia una mayor externalidad tras el período de hospitalización.

De los resultados obtenidos se desprende que la aplicación de un programa de preparación al ingreso y seguimiento psicopedagógico a un grupo de niños hospitalizados, disminuye los efectos psicológicos negativos que, sobre el niño enfermo, tiene la hospitalización de media duración.

Consistente con los resultados comunicados en otras investigaciones anteriores, los resultados de la presente investigación corroboran la necesidad de elaborar y aplicar programas de intervención en el ámbito de la hospitalización infantil, debido al impacto positivo que éstos tienen sobre el bienestar psicológico del niño.

## Bibliografía

1. FRANK, J.D. *Psychological and bahavioral aspects of illness and treatment*. Rev. Latinoam de Pain, 20 (1), 45-54, 1988.
2. OLSON, R.A.; HOLDEN, E.W.; FRIEDMAN, A, et al. *Psychological consultation in a children's hospital: an evaluation of services*. J. of Pediatric Psychol, 13 (4), 479-492, 1988.
3. THOMPSON, R.H. *Psychosocial Research in Pediatric Hospitalization and Health Care* Charles C. Thomas, Spingfield, IL, 1985.
4. ATKINS, D.M. *Evaluation of preadmission preparation program: goals clarification at the first step*. Fall, 10 (2), 48-50, 1981.
5. CARMEL, S. *Patient complaint strategies in a general hospital*. Hosp. and Hlth Serv. admnist, 35 (2), 277-283, 1990.
6. DAHLQUIST, L.M.; Gil K.M. *Preparing children for medical examination: the importance of previous medical experience*. Hlth Psychol, 5 (3), 249-259, 1986.
7. ROTTER, J. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychol Monograph, 80, 1-28, 1954.
8. POLAINO-LORENTE, A. *Terapias cognitiva y conductual en la depresión. Una revisión polémica y crítica*. En VVAA, Terapias conduct y cogni, en psicopatol, infantojuv. Ed. Alhambra, Madrid, 91-119, 1987.
9. POLAINO-LORENTE, A. *Déficits motivacionales y cognitivos a partir de la percepción de ineffectividad de las propias respuestas: un estudio controlado con humanos*. Rev. de Psicol. Gen. y aplic. 38 (4), 715-750, 1983.
10. QUINN, D. y NORRIS J. *Multidimensional health locus of control. A new perspective on the psychopathology of anxiety and depression*. Psychol Reports, 58 (3), p. 903, 1986.
11. POLAINO-LORENTE, A. *Análisis del estudio atribucional entre sujetos no depresivos, desvalidos y normales*. Rev. del Dpto. de Psiq. de la Fac. de Med. de Barcelona, 12, 7-25, 1985.
12. GUTKIN, T.B. *The Health Locus of Control Scale*. Educ. and Psychother. Meas 45 (2), p. 407, 1985.
13. KENDALL, P.C. y FORD, J.D. *Cognitive behavioral stress management as a behavioral medicine strategy*. Rev. Latinoam de Psico, 20 (1), 55-70, 1988.
14. SHERMAN, L.W. y HOFMANN, R. *Age Dependent and Age Independent Measures of Locus of Control*, A paper presentation to the third Europ. Conf. e on Personal and Meas. Poland, 26 sept., 1986.
15. NOWICKI, S. y STRICKLAND, B.R. *A locua of control scale for children*. J. of Consult and Clinic. Psychol, 40, 148-154, 1973.
16. TIEDEMANN, G.L. y McMAHON, R.J. *Individual differences in children's response to self and externally administered reward*. Behav. Thera. 16, 516-523, 1985.
17. WIEHE, V.R. *Loco parentis and locus of control*. Psychol. Reports, 59 (1), 169-170, 1986.
18. FURNHAM, A. *A content and correlational analysis of seven locus of control scales*. Cur. Psychol. Res. and Revi, 6 (3), p.244, 1987.

19. POLAINO-LORENTE, A. y LIZASOAIN, O. Programas para a preparación a la hospitalización infantil. En Buceta y Bueno (eds). *Modific de Conduc. y Salud*. Eudema Universidad, Madrid, 126-151, 1990.
20. AUTRY, L.B. y LANGENBACH, M. *Locus of control and self-responsability for behavior*. J. of Educat. Res., 79 (2), 76-84, 1985.
21. POLAIN-LORENTE, A. *Contradicciones y aportaciones de la psicología de la atribución a la explicación de las depresiones infantiles*. Rev. de Psiquiat. de la Fac. de Med. de Barcelona, 15, 269-281, 1988.

# Uso de Fluoxetina en adolescentes con Trastorno Depresivo

P. Rodríguez Ramos; M.A. Fernández Alvarez

Madrid

## RESUMEN

Los autores exponen un estudio del tratamiento de los trastornos depresivos en adolescentes de 13 a 17 años diagnosticados según el DSM-III, con fluoxetina.

Del tratamiento se desprende una relación de 6 a 8 casos de evolución favorable, no observando afectos secundarios importantes y destacando el poder anoréxico idóneo en trastornos bulímicos-obesidades.

Apuestan a incrementar el arsenal terapéutico medicamentoso y a su vez el mayor conocimiento, en el niño y adolescente, de las limitaciones y posibilidades.

**Palabras clave:** Adolescencia. Depresión. Fluoxetina.

## INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los estudios sobre la depresión en la adolescencia coinciden en apreciarla como un problema importante. Varias son las circunstancias que así lo indican. El

Trastorno Depresivo (TD) aumenta notablemente en la adolescencia al compararlo con su prevalencia en la infancia. Por el momento no hay factores demostrados que influyan sobre este hecho, pero parece que deberán encontrarse en la efervescencia evolutiva de esta edad, y en una serie de circunstancias familiares, socioculturales, demográficas y de sexo. Igualmente en la adolescencia se destaca el suicidio como una importante causa de muerte. Aunque las tentativas suicidas no pueden achacarse al TD, sí parece que este diagnóstico es muy frecuente en adolescentes que intentan el suicidio (Crumley 79, Robbins 85). Aunque los adolescentes pueden exagerar los pensamientos y actos suicidas en la familia, e incluso en las entrevistas clínicas, la asociación entre suicidio y sintomatología depresiva parece importante como para ser tenida en cuenta en el momento de la evaluación clínica. En la génesis y desarrollo de actos suicidas hay diversos factores a tener en cuenta: las circunstancias familiares, la relación con iguales, o las tendencias impulsivas, pero la sintomatología depresiva representa un importante punto de referencia preventivo frente al suicidio.

A pesar de la importancia de la depresión

en la adolescencia, existen pocos estudios dedicados a valorar y comparar la respuesta que suscitan las diversas posibilidades terapéuticas con que contamos frente al TD a esta edad. En referencia a los fármacos antidepressivos se dan tasas de respuesta favorable muy variadas, entre 40% y 90% (Moreau 90). Pero además, estas respuestas son comparables con las respuestas favorables al placebo, cuantificables en un 60%. Así Kutcher concluye que en los adolescentes la respuesta a los fármacos antidepressivos es más variable que en los niños y los adultos; y menos predecible. Aparte de diversas circunstancias evolutivas que concurren en la adolescencia, y quizás por ellas, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento farmacológico puede ser uno de los factores que influyen decisivamente para que se den resultados tan variables.

Es conocida la proclividad al rechazo, larvado o manifiesto, de los tratamientos por parte de los adolescentes; y más a los tratamientos farmacológicos. Además existen una serie de efectos secundarios en los antidepressivos tricíclicos que pueden condicionar su utilidad en estas edades; los síntomas anticolinérgicos, los vegetativos, la sedación, el aumento de peso corporal; e incluso la influencia sobre el funcionamiento cardíaco a altas dosis, pueden condicionar desfavorablemente el cumplimiento de las pautas de tratamiento.

Aún son más escasos en la literatura los trabajos que prestan una atención focalizada al cumplimiento del tratamiento con antidepressivos; aunque algunas discrepancias dosis-niveles plasmáticos podrían ser sugerentes de faltas de cumplimiento.

La aparición de nuevos fármacos antidepressivos, en este caso la Fluoxetina, (FXT), de eficacia contrastada en el tratamiento de las depresiones en la edad adulta, y de efectos secundarios escasos, pueden permitir una mejor aceptación de la medicación por parte de los adolescentes, e influir favorablemente en el cumplimiento.

## MÉTODO

A raíz de la remisión del cuadro depresivo coincidente con el uso de FXT en dos adolescentes, se decidió el uso de este fármaco para un estudio de su eficacia en adolescentes.

El presente trabajo recoge el resultado del uso de FXT en 8 jóvenes de edades comprendidas entre 13.8 y 17.7 años, cuyas características se recogen en el Cuadro 1.

### CUADRO 1

#### MUESTRA

N.º casos: 8 Edad media: 16,2 (Máx. 17.7; Min. 13.8)  
Sexo: Femenino 5, Masculino 3  
Familia: Típica 6, Atípica 2 (Padres separados, inválidos)  
Tentativas suicidas: 4 (Medicamentosas)  
Antecedentes personales depresivos 2  
Acontecimientos estresantes: 4 (Separación, Enf. Padre, Cambio domicilio y Fallecimiento aburla)

Los requisitos para su inclusión consistían en: 1) Diagnóstico Clínico de TD Mayor según DSM-III. 2) Características sintomáticas del polo inhibido sin rasgos de agitación. 3) Haber completado el BDI antes de comenzar el tratamiento.

### CUADRO 2

#### SINTOMATOLOGÍA

SOMATICAS	COGNITIVAS	
Peso	2 Culpa	4
Peso	1 Inutilidad	5
Dif. Conc. Sueño	4 Perd. Concentr.	7
Sueño irreg.	3 Desesperanza	5
Despertar Tempr.	1 HUMOR	
	↓ Intereses	5
Hipersomnia	3 ↓ Disfrute	6
Fatiga	5 Aislamiento	5
	Irritabilidad	4
AUTOLISIS		
Pensamientos	6 TOXICA	
Intentos	2 Abuso Alcohol	1



El uso de FXT constituía en casi todos los casos una parte del Proyecto Terapéutico. Este ha incluido una atención terapéutica individual<sup>5</sup>, o familiar<sup>1</sup>, así como intervenciones de apoyo y asesoramiento a la familia<sup>6</sup> y al centro escolar<sup>4</sup>.

A la cuarta semana se hacía una valoración consistente en: 1) Entrevista Clínica del paciente con los autores por separado, valorando su evolución. 2) Realización del BDI. 3) Entrevista de evaluación con los padres. 4) Especificación de Efectos Secundarios y Cumplimiento.

A las 16 semanas se repetían los puntos anteriores y se realizaba analítica de sangre: Hematología. GOT, GPT y GGT.

## RESULTADOS

Su resumen queda recogido en el cuadro 3. Todos los pacientes que evolucionaron favorablemente lo hicieron a partir de la segunda semana, experimentando pocas variaciones después de la quinta semana.

El caso 5, una joven de 16.6 años, mostró a lo largo de la primera semana de tratamiento un incremento notable de su ansiedad, con inquietud tipo acatisia, y exacerbación de sus ideas de desesperanza. Por ello se le retiró el tratamiento (FXT 20 mg/24 h).

CUADRO 3

### RESULTADOS CLINICOS

Tras 4 semanas		
Mejoría notable	4	
Mejoría discreta	2	
Sin cambios	1	Retirada FXT
Complicaciones	1	Retirada FXT
Tras 16 sem.		
Remisión	4	Terapia ind. 3
Mejoría	2	Terapia ind. 1
		Terapia fam. 1

La evaluación clínica de todos los casos, y la valoración de los cuestionarios (Cuadro 4),

fueron realizados por uno de los autores sin conocer el antidepresivo utilizado, dentro de la actividad clínica rutinaria. Con ellos se ha intentado eliminar efectos subjetivos que pudieran influir en estos datos.

A las cuatro semanas le fue retirado el tratamiento a otro paciente por considerar que no había presentado ningún cambio favorable. En cuatro casos la mejoría fue muy notable manteniéndose la misma dosis, y en dos se apreció una mejoría discreta por lo que se aumentó la dosis de FXT a 40 mg/24 h.

Tras 16 semanas se confirmaba la remisión del TD en los cuatro casos que habían evolucionado mejor a las cuatro semanas, manteniéndose una mejoría moderada en los dos casos con dosis de 40 mg/24 h.

No se han detectado alteraciones hematológicas en ningún caso. Las pruebas hepáticas no se modificaron a excepción de un leve aumento de la GGT en los pacientes (uno con dosis de 20 mg/24 h y el otro con 40 mg/24 h)

En el Cuadro 5 se recogen los efectos secundarios observados. La sensación nauseosa es el más frecuente.

En todos los casos fue leve, sin vómitos, y transitoria, persistiendo únicamente en un paciente, como molestias vagas tolerables. La disminución del apetito resultó evidente en dos casos, uno de ellos con pérdida importante de peso al coincidir con un régimen hipocalórico por su obesidad.

El cumplimiento de las pautas terapéuticas, aunque no pudo ser comprobado objetivamente, fue reconocido como bueno en cinco casos, con fallos aislados en dos, y malo en ninguno. A las 16 semanas seguía existiendo coherencia padres-paciente, ambos consideraban bueno el cumplimiento en tres casos y fallos aislados en otros tres.

## CONCLUSIONES

Aunque la terapia farmacológica ha sido en estos casos una parte del Proyecto Terapéutico para su TD, se obtienen buenos

resultados en seis pacientes adolescentes de un total de ocho tratados con FXT. Se trata de un número muy reducido de casos, pero los resultados son cumpatibes con las tasas de respuesta favorable a otros antidepresivos en pacientes de estas edades (40-90%). aunque también lo son con las respuestas al placebo, cuantificables en un 60%.

CUADRO 4

RESULTADOS BDI			
Inicial		4.ª semana	
<16	0	<16	4
≥16	4	≥16	2
≥24	3	≥24	9

El tratamiento con FXT, asociado o no a ansiolíticos, no ha dado lugar a alteraciones cardiovasculares, ni a modificaciones sanguíneas o bioquímicas; a excepción de una discreta y transitoria elevación de la GGT en dos casos (52 u. y 60 u.) que tomaban 20 y 40 mg/24h. Los efectos secundarios han sido escasos, de intensidad tolerable y transitorios — en los cuatro casos de náuseas remitieron a la segunda semana —. En un caso, sí se han presentado alteraciones psíquicas consistentes en inquietud psicomotriz y exacerbación de la ansiedad, que fueron considerados como relacionados con la administración de FXT, y motivaron su retirada al tiempo que se incrementó la dosis de la benzodiazepina asociada; A partir de los diez días de la retirada de FXT se apreció una desaparición de las alteraciones referidas, fecha en que se disminuyó la dosis de ansiolítico y se comenzó el tratamiento con Maprotilina. Reacciones similares se han descrito en algunos niños y adolescentes tratados con FXT para el Trastorno Obsesivo, consistentes en conducta hiperkinética, insomnio y excitabilidad. (Riddle et al. 1990). Este tipo de empeoramiento yatrogénico necesita ser estudiado a fin de identificar

posibles predisposiciones personales o sintomáticas. No obstante este tipo de efectos destabilizadores también ha sido descrito con otros antidepresivos en menores y en adultos.

No se ha podido establecer una relación evidente de la FXT con disminución del apetito o del peso, aunque sí podemos afirmar que en ningún caso se ha observado que el apetito o el peso aumentarían. De ser así, el uso de este fármaco puede ser ventajoso en determinados casos de estas edades, tales como las obesidades preexistentes o los incrementos de la ingesta que pueden acompañar al cuadro depresivo.

La FXT es un antidepresivo relativamente nuevo. La escasez de experiencia sobre su uso a estas edades, y el desconocimiento de sus efectos a largo plazo en la infancia y la adolescencia, imponen una razonable cautela ante su utilización. Parece que los aspectos a su favor pueden resaltarse entre la ausencia relativa de efectos secundarios indeseables,

CUADRO 5

## EFECTOS SECUNDARIOS

Fármacos asociados: Benzodiazepina  
Dosis FXT: Inicial 10 mg/24 h  
Final 20-40 mg/24 h

E.S. Iniciales (1-2 sem.)

Náuseas 4

Inquietud 1

Sudoración 1

Somnolencia 1

E.S. Finales

Gastrointestinales 1

Inquietud 1

Menos apetito 2

y la aparente tendencia desinhibidora que lo convertiría en indicado cuando predomina el entortecimiento psicomotor y la hipersomnia; tales características contribuirían al buen

cumplimiento del tratamiento. Es difícil discutir la buena impresión obtenida respecto al cumplimiento de las pautas psicofarmacológicas, pues en este aspecto existe una llamativa laguna de investigación; más notable a medida que disminuye la edad. Los deseables incrementos de estudios sobre el cumplimiento en la infancia y la adolescencia, por parte de los pacientes y de los padres, resultarán de gran interés a la hora de comprender algunos fracasos, o éxitos, inesperados tanto en tratamientos individuales como en estudios de grupos.

Son numerosos los fármacos antidepresivos con los que ya contamos, aunque puede que sean necesarios más y mejores. Pero es seguro que estamos obligados a conocer mejor los disponibles, para utilizarlos en los casos que más pueden beneficiarse de cada

uno, al tiempo que sepamos cuando o conviene usarlos, evitando así trastornos yato-génicos y fracasos terapéuticos.

## Bibliografía

1. CRUMLEY F.: *Adolescents suicide attemps*. JAMA 241: 2404-2407, 1979.
2. KUTCHER S.P. Y MARTON P.: *Parameters of Adolescent Depression*, A review. Psychiatr. Clin. North Am. 2: 895, 1989.
3. MOREAU D.L.: *Major depression in childhood and adolescence*. Psychiatr. Clin. North Am. 13: 355-368, 1990.
4. RIDDLE M.A., HARDIN M.T., KING R.A., SCAHILL L. Y WOOLSTON J.L.: *Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tou-ette's and Obsessive-compulsive disorders*: Preliminary clinical experience. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29: 45-48, 1990.
5. ROBBINS R.D. Y ALESSI N.E.: *Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents*. Am. J. Psychiatry, 142: 588-592, 1985.

# Agenda

## **JORNADAS INTERNACIONALES «REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y ESTRUCTURAS INTERMEDIAS».**

Mes: Marzo 1992

Lugar: Oviedo

Información: Dirección Regional de Salud  
Mental.

Consejería de Sanidad.

Asturias.

Hospital psiquiátrico  
regional.

c/ Rubín s/n. 33011 Oviedo

Tel. (98) 5290067

## **CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA.**

Del 5.07.92 al 10.07.92 en Madrid.

Información: Secretaría: c/ Cuesta de S.  
Vicente 4-5ª. Dcha. 28008 Madrid. Tel.  
541999.

## **SEMINARIO SOBRE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.**

25-26 Mayo. Esc. Andaluza de Salud Men-  
tal. Tel. 958-275044.

## **SYMPOSIUM SOBRE EL PAPEL SE LA SEROTONINA EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.**

24-26 Castres (Francia). If: Centre de Re-  
cherche P. Fabre. 17 Avenue J. Moulin. 81100.

## **EL AUTISMO EN LA EUROPA DEL MAÑANA.**

Del 8-05-92 al 10-5-92. La Haya.

Información: Secretaría: QLT/CONGREX.  
Keizersgracht 782

1017 EC Amsterdam. Tel. (07) 31-0-20-  
6261372.

## **SEMINARIO SOBRE RECIENTES AVANCES EN PSIQUIATRÍA. PSIQUIATRÍA EN EL AÑO 2000.**

Información: The British Council. Tel. 93-  
2096090

Cambridge. 22-28 marzo.

## **CURSO DE MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL**

23-27 marzo. Granada. Inf.: Escuela Anda-  
luza de Salud Mental.

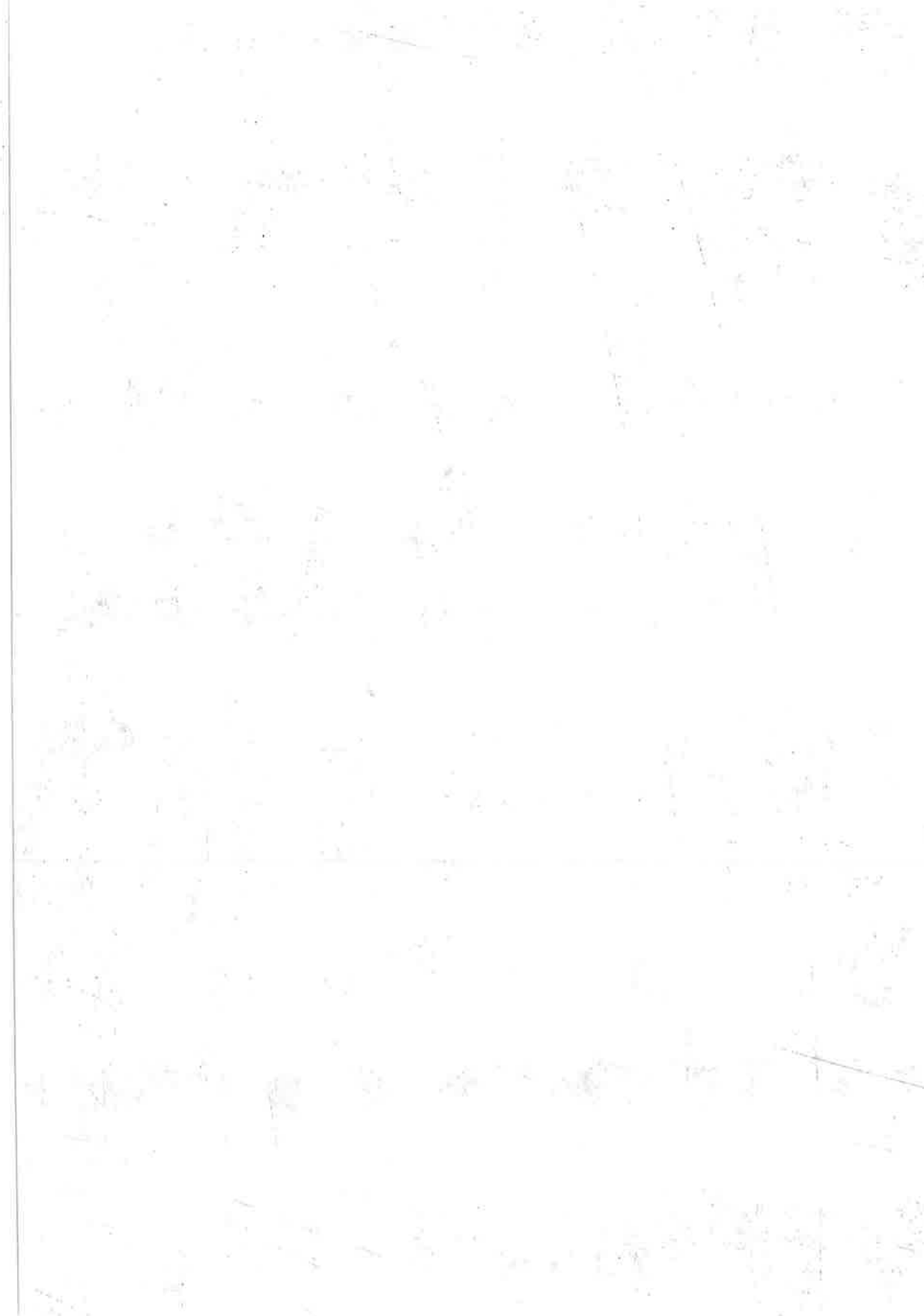
Apdo. Correos 2070. 18080. Tel. 958-275044

## **XVIII CONGRESO EN EL COLEGIO INTERNACIONAL DE NEUROFARMACOLOGÍA.**

28-1 Junio/Julio. Inf. Passeig de Gràcia, 17  
- 08007.

## **VI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE PSIQUIATRÍA. INF. BARCELONA CONVENCION.**

Passeig de Gràcia, 35. 08007. Barcelona.  
Tel. 215 44 77.



**Nueva  
formulación**

**Comprimidos  
ranurados  
de liberación  
retardada**



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. Geriatria: 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 1628. Barcelona.