

SUMARIO

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

A. González Anido, Z. Alonso Ganuza, L. Pérez Cabeza, L. Erkoreka González, R. Rahmani, N. Olazábal Eizaguirre, C. León Álvarez, M. Carballo Sarmiento, I. Kerexeta Lizeaga, T. Rincón Garcés. **88**

Actualización del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en el niño

B. Dorta Jiménez, O. Herreros Rodríguez **97**

ARTÍCULO ORIGINAL

Hábitos dietéticos y rasgos de personalidad: variables discriminantes de la obesidad y diabetes infantil

R. Remesal Cobreros, M. Andrés Villa, E. Torrico Linares. **103**

Psicofarmacología e infancia. ¿Dónde reside la ética?

O. Herreros Rodríguez, B. Rubio Morell. **111**

Guía para el desarrollo de los Trastornos del Espectro Autista

V. Sánchez Vázquez, T. Guijarro Granados, Y. Sanz López. **117**

CASO CLÍNICO

Trastornos de ansiedad en la infancia temprana: a propósito de un caso

Ó. Herreros Rodríguez, B. Rubio Morell. **122**

¿TGD? ¿Manía? ¿Esquizofrenia? Diagnósticos sindrómicos y síndromes sin diagnóstico

E. Díaz Mesa, Ó. Herreros Rodríguez. **127**

Normas de publicación **131**

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2009;26(3-4)



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Óscar Herreros Rodríguez
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaria

Belén Rubio Morell

COMITÉ EDITORIAL

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo
(Sevilla)

Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)

Enrique Ortega García (León)

Antonio Pelaz Antolín (Madrid)

José Alfredo Mazaira Castro (Santiago de
Compostela)

Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)

Rafael de Burgos Marín (Córdoba)

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: María Dolores Domínguez Santos

Vice-presidenta: Concepción de la Rosa Fox

Secretaria: Aránzazu Ortiz Villalobos

Tesorera: Aránzazu Fernández Rivas

Comisión Científica: María Dolores Mojarro
Práxedes

Vocales: María José Ruiz Lozano, Josefina
Castro Fornieles y Tomás José Cantó Díez
(administración de medios electrónicos)

COMISIÓN DE REDACCIÓN

J.R. Gutiérrez Casares Ex-director RPIJ

M.D. Mojarro Práxedes . . . Presidenta
Comisión Científica AEPNYA

T.J. Cantó DíezVocal AEPNYA

J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Revista indexada en el Índice Médico

Español, en Bibliomed y en el IBECS

(Índice Bibliográfico Español en

Ciencias de la Salud)

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez | V. López-Ibor Camós

J. de Moragas Gallisa | J. Rom i Font

C. Vázquez Velasco | J. Rodríguez Sacristán

L. Folch i Camarasa | J. Tomàs i Vilaltella

A. Serrate Torrente | J.L. Alcázar Fernández

F.J. Mendiguchía Quijada | M. Velilla Picazo

M. de Linares Pezzi | M.J. Mardomingo Sanz

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez

Apartado de correos 118

38109 – Radazul (Tenerife)

direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



Comunidad de Castilla-La Mancha, 3

28231 Las Rozas (Madrid)

Tel.: (91) 636 05 53 Fax: (91) 640 63 29

E-mail: siglo@infonegocio.com

Copyright 2009

©Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el
Adolescente y Editorial Siglo.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: B-41.588-90

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

A. González Anido¹
Z. Alonso Ganuza²
L. Pérez Cabeza²
L. Erkoreka González²
R. Rahmani²

N. Olazábal Eizaguirre²
C. León Álvarez¹
M. Carballo Sarmiento¹
I. Kerexeta Lizeaga²
T. Rincón Garcés²

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

Body image in Eating Disorders

1 Psicólogo interno residente.

2 MIR: especialista en Psiquiatría.
Serv. de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

Correspondencia:

Alejandra González Anido
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto
Avda. Montevideo, 18. 48003-Bilbao
E-mail: Alejandra.gonzalezanido@osakidetza.net
Alejandra_gonzalez_anido@hotmail.com

RESUMEN

En el presente artículo se pretende hacer una revisión del concepto de Imagen Corporal así como de su alteración, especialmente asociado a los trastornos de la conducta alimentaria. La distorsión de la imagen corporal es un concepto nuclear en el diagnóstico de esta patología y, además, ha resultado relevante tanto en su génesis como en su evolución, ya que parece que la mera intervención centrada en los síntomas clínicos de TCA no modifica la percepción del cuerpo de estas pacientes y se convierte en un factor de riesgo importante en las recaídas. Siguiendo esta línea, se proponen las diferentes intervenciones empleadas tanto en su tratamiento, una vez instaurado el trastorno, como en su prevención.

Palabras clave: imagen corporal, distorsión de la IC, insatisfacción de la IC.

ABSTRACT

The purpose of this article is to do a review on the concept of Body Image and in which way its distortion makes people feel upset with themselves, especially in association with eating disorders. The body image distortion is a nuclear concept in this pathology diagnosis and it is very important in its genesis and in its evolution, too. Also, it seems that the treatment based only on clinical symptoms of eating disorders don't modify the per-

ception that the patients has on its own body. So this fact becomes a risky factor that leads to relapses. Going on with this issue, we propose several interventions used in the treatment, once the disorder has been settled and in the prevention, too.

Key words: body image, body image disturbance, body image dissatisfaction.

INTRODUCCIÓN

El concepto de imagen corporal (IC) es un constructo teórico muy empleado en el campo de la psicología y la psiquiatría. Se considera crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar la integración social de los adolescentes. Así mismo, es un concepto clave en dos trastornos mentales según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 1994): el Trastorno dismórfico corporal y el Trastorno de la conducta alimentaria^{1,2}.

En las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han generado una importante atención social y un incremento en cuanto a investigación científica se refiere acerca de la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc. Dado que la alteración de la IC (insatisfacción corporal y distorsión corporal) se ha

considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, el estudio de la IC también ha recibido gran atención como criterio diagnóstico de TCA, aunque casi exclusivamente como una variable asociada al mismo. A pesar de ser uno de los síntomas principales del trastorno, es el último en ser abordado. Muchas pacientes que han recibido un tratamiento eficaz del TCA siguen manteniendo una IC negativa, lo que se convierte en un factor relevante de cara a una posible recaída.

DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL

Las primeras referencias a IC, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

En 1905 Bonnier acuña el término de “Aschemata” para referirse a la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral. En 1922, Pick, para definir los problemas con la propia orientación corporal, utiliza el término de “Autotopagnosia”. Así mismo, propone que cada persona desarrolla una “Imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. Henry Head, en los años 20, propone el concepto de “Esquema corporal” para referirse al modelo o imagen de sí mismo que cada individuo construye, y que constituye un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo².

Por tanto, desde un punto de vista neurológico, la IC constituye una representación mental esquemática de la conciencia corporal de cada persona, y las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical (miembro fantasma, anosognosia...)³.

Paul Schilder, en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de IC se incluyen aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como “*la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*”, y es, por tanto, el pionero en el análisis multidimensional del concepto de IC⁴.

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, entendiendo como IC el límite corporal percibido por cada sujeto.

Bruch, en la década de los 60, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes con anorexia, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno⁵, comen-

zando un interesante periodo de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen como sintomatología propia de los TCA. La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio diagnóstico necesario en los TCA y así figura en las sucesivas ediciones del clásico manual de diagnóstico, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 1994)¹.

Se asume que el concepto de IC constituye un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos acercarnos a su definición. Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas, y que la imagen corporal que sostiene cada individuo es una experiencia fundamentalmente subjetiva; por tanto, no tiene porque existir un buen correlato con la realidad⁶:

- Una imagen perceptual: son los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, e incluye información sobre tamaño y forma del mismo y sus partes.
- Una imagen cognitiva: incluye pensamientos y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional: incluye los sentimientos sobre el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Thompson amplía el término de IC y, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, incluye un componente conductual que se fundamenta en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él⁷.

Rosen define la IC como un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, contemplando aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales⁸.

La profesora R.M. Raich, de la Universidad Autónoma de Barcelona, en su libro “Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo” (2000), propone la siguiente definición integradora: “...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.”⁹.

A. González Anido
Z. Alonso Ganuza
L. Pérez Cabeza
L. Erkoreka González
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre
C. León Álvarez
M. Carballo Sarmiento
I. Kerexeta Lizeaga
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

90 LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

El término dismorfofobia fue introducido por Morselli en 1886. La fobia no estuvo muy detallada en su explicación, pero el término que acuñó significa literalmente: “miedo a la propia forma”. Janet, en 1903, habla de “*la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo*”, que implica el miedo a ser visto como ridículo. Hay, en 1970, plantea que la esencia del trastorno no es el miedo a volverse deforme sino “*la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás*”³.

En este sentido, Rosen y cols. proponen que el trastorno de la imagen corporal (TIC) se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física¹⁰. Esto es lo que bajo la denominación “trastorno dismórfico” aparece en el DSM-III-R, en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR, y está incluido en los trastornos somatoformes¹. Los criterios diagnósticos son:

- a. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

El trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales³. Es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador, especialmente para la relación social, debido a la ansiedad que provocan las situaciones en donde anticipan que van a ser evaluados, lo que conlleva un progresivo aislamiento. Sus manifestaciones se superponen al trastorno obsesivo-compulsivo, a la fobia social y a los trastornos alimentarios, así como a los trastornos de personalidad, en especial el trastorno evitativo³.

Las preocupaciones por el peso y la forma que se dan exclusivamente durante el curso de anorexia o bulimia nerviosas no se diagnostican separadamente como trastorno dismórfico, pero estudios de casos de pacientes que han oscilado y pasado de uno a otro diagnóstico indican que son trastornos relacionados. Además, una gran proporción de mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico tienen una historia de trastorno alimentario o presentan en la actualidad los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno alimentario¹¹. Sin embargo, las per-

sonas con trastornos de la alimentación tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o a la silueta. En esta línea, para Rosen los trastornos alimentarios en personas con una apariencia normal son esencialmente trastornos dismórficos acompañados de anomalías en la conducta alimentaria⁸.

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN POBLACIÓN NORMAL

Es necesario observar este trastorno no de manera categorial sino dimensional, dada la existencia de insatisfacción corporal de forma tan frecuente en nuestra cultura, especialmente en las mujeres (aunque en los últimos años también se está incrementando en los hombres), y durante la adolescencia^{12,13}. Los adolescentes tienen tendencia a creer que pesan más kilos de los que realmente tienen, o, en otras palabras, a desear perder algunos kilos porque “su” peso y apariencia ideales aún no se acomodan a sus aspiraciones¹⁴. Aunque tradicionalmente se ha considerado que la preocupación por el cuerpo surge y adquiere importancia en la adolescencia, actualmente existen estudios que ponen de manifiesto que antes de este periodo, especialmente las niñas de entre 7 y 12 años, ya se encuentran insatisfechas con sus cuerpos^{15,16}. En estos casos, la influencia de los iguales al llegar al colegio a los 6 años es extremadamente importante en el desarrollo del deseo de delgadez. En particular, las niñas que perciben que sus iguales desean ser más delgadas son más propensas a desear ser más delgadas ellas mismas¹⁵.

La cultura occidental favorece que la mujer se sienta incomoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales tendrán un TIC^{17,18}. La normativa sociocultural de la belleza y estética del cuerpo se ve reflejada en los medios de comunicación a través de los modelos expuestos, que las mujeres tienden a asumir como imágenes verdaderas e identificables. Si analizamos el contenido publicitario expuesto en estos medios de comunicación, observamos que tanto de forma directa como indirecta los mensajes señalan la necesidad apremiante de modificar el cuerpo para lograr el estándar deseado que reflejan las modelos. En esta línea, existen numerosas publicaciones que demuestran que las mujeres que están expuestas a la influencia de los medios de comunicación presentan mayor insatisfacción con su cuerpo; incluso una breve exposición a imágenes publicitarias de modelos delgadas tiene un impacto inmediato en algunas actitudes, percepciones y comportamientos¹⁹⁻²². Además, una vez desarrollada una imagen

corporal negativa e insatisfacción con el cuerpo, este hecho se mantiene estable a lo largo del desarrollo vital cuando no es objeto de intervención²².

DIMENSIONES CLÍNICAS DE LA ALTERACIÓN CORPORAL EN TCA

La insatisfacción con la imagen corporal parece ser, hoy en día, un fenómeno tan común que difícilmente puede ser considerado patológico. Sin embargo, la distorsión sí parece ser un síntoma nuclear de las patologías del comportamiento alimentario.

Las tres dimensiones clínicas de la alteración corporal en TCA son la perceptiva, cognitiva y conductual²³:

- *Dimensión perceptiva*: con frecuencia las personas con trastorno alimentario tienden a exagerar, deformar o distorsionar la amplitud de sus medidas corporales: sobreestimación. No se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con mayor exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que les rodean. Además, la sobreestimación se acentúa a medida que el peso corporal se aleja, por encima, del peso ideal, lo cual refleja una mayor insatisfacción con el propio cuerpo¹⁴.
- *Dimensión cognitiva*: esta dimensión hace referencia a pensamientos, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. El modelo cognitivo, cuyos impulsores fueron Beck y Ellis, refleja que las cogniciones de la persona determinan como siente y actúa. Según este criterio, las emociones no surgen de los sucesos, sino de los pensamientos acerca de ellos. En el ámbito de las alteraciones de la imagen corporal, siguiendo el modelo cognitivo, podríamos decir que el problema no es el cuerpo sino la forma de pensar sobre él. Desde este modelo se proponen un conjunto de distorsiones cognitivas que han sido reelaboradas por Cash, desarrollando un conjunto de pensamientos distorsionadores o errores cognitivos respecto a la apariencia, recogidos bajo la denominación de la “docena sucia”¹⁹:
 - La bella o la bestia: pensamiento dicotómico que se mueve entre extremos y estima que si no se está en la belleza uno se encuentra en la fealdad.
 - El ideal irreal: Se evalúa la apariencia a partir de un modelo estándar irreal (mujer alta, escultural, delgada...). El resultado es que al compararse con el ideal social se ven gordas, o feas.
 - La comparación injusta: Se realizan comparaciones con las personas más atractivas que poseen características que le gustaría tener.

- La lupa: Se observan únicamente y de manera muy detallada las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia y se exagera su importancia.
 - La mente ciega: Se ignoran aspectos favorables personales y de la apariencia.
 - Mala interpretación de la mente: Cuando la persona se observa poco atractiva, estima que los demás también la observan de esa manera.
 - La fealdad radiante: La insatisfacción con alguna dimensión de la imagen corporal se extiende a otras características físicas.
 - El juego de la culpa: El pensamiento atribuye cualquier acontecimiento negativo a la apariencia física con la que no está satisfecha.
 - Prediciendo desgracias: Predicción de desgracias que sucederán a costa de la apariencia, lo que pudiera convertirse en una profecía autocumplida.
 - La belleza limitadora: Creencia de que no se pueden hacer ciertas cosas por la apariencia.
 - Sentirse fea: El pensamiento convierte un sentimiento personal en una verdad absoluta.
 - Reflejo del malhumor: Cuando se está enfadado casi siempre es debido a la apariencia y excluye otros motivos.
 - *Dimensión conductual*: las personas con alteración de la imagen corporal pueden organizar su vida con conductas centradas en la preocupación corporal. Pueden realizar conductas como mirarse en exceso al espejo, medirse o pesarse con frecuencia, comparar insistentemente su cuerpo con el de los demás, solicitar a los demás información sobre su cuerpo y/o camuflar su aspecto mediante ropajes que lo disimulen. En otras ocasiones realizan conductas de evitación, como no acudir a reuniones sociales donde pueden ser objeto de observación o verse obligados a tomar alimentos que no desean por su temor a engordar.
 - *Dimensión emocional*: las personas con alteraciones de la imagen corporal pueden padecer un amplio abanico de reacciones emocionales derivadas de la observación del propio cuerpo o de los pensamientos sobre el mismo. Estamos hablando de sentimientos como la tristeza, ansiedad, enfado, vergüenza o frustración.
- Dentro de los pacientes con TCA, los que mayor distorsión e insatisfacción corporal presentan son los diagnosticados de BN. Dentro de este grupo, aquellos con

A. González Anido
Z. Alonso Ganuza
L. Pérez Cabeza
L. Erkoreka González
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre
C. León Álvarez
M. Carballo Sarmiento
I. Kerexeta Lizeaga
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

92 mayor IMC presentan menos distorsión de su IC, es decir, tienen una visión más realista de sí mismas²⁵. No aparecen diferencias significativas en cuanto a la distorsión entre las diferentes partes del cuerpo ni en AN ni en BN²⁴. Sin embargo, sí existen diferencias en cuanto a insatisfacción respecto a las diferentes partes del cuerpo. Las pacientes con BN presentan como zonas de mayor insatisfacción la cintura y los muslos, mientras que para las pacientes con AN las zonas de mayor distorsión son la cara y los muslos^{25,17}.

EVALUACIÓN DE LA ALTERACIÓN CORPORAL EN TCA

Evaluación y tratamiento son dos intervenciones inseparables y dialécticamente relacionadas. Se trata de realizar una evaluación precisa (análisis funcional) de las dimensiones afectadas que permita desarrollar estrategias de intervención a través de objetivos específicos en cada una de las dimensiones que componen la imagen corporal.

Existen dos maneras principales con las que se ha tratado de evaluar los diferentes componentes de la imagen corporal: la precisión de la estimación del tamaño corporal del sujeto, basada en juicios puramente perceptivos; y la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que refleja variables actitudinales, afectivas y cognitivas²⁵.

➤ Evaluación perceptiva

La estimación perceptiva analiza las diferencias entre lo que la persona considera que mide su cuerpo o segmentos del mismo y una medición objetiva. En función de este criterio se mide la figura real y/o algunas de sus partes mediante diversos instrumentos y se compara con la que se cree tener, comprobando el grado de distorsión. Rosa María Raich³ clasificó los diferentes procedimientos de evaluación del componente perceptivo de la imagen corporal en dos grandes categorías: procedimientos de estimación de partes corporales, y procedimientos de estimación del cuerpo en su globalidad. Entre los primeros se incluyen los métodos analógicos y el trazado de imagen, y entre los procedimientos de estimación global, los métodos de distorsión de imagen y las siluetas. La discrepancia entre la estimación realizada de esta manera y las medidas reales obtenidas a través de un calibrador corporal permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño. Se calcula un índice de Precisión Perceptiva propuesto por Slade y Russell²⁶: $IPP = [(Estimación (cm.) / medida real (cm.)) \times 100]$. Si el resultado es mayor de 120 podemos considerarlo sobreestimación y si es menor de 80 subesti-

mación. En los trastornos alimentarios es frecuente la sobreestimación de diversas medidas antropométricas y la variabilidad de las mismas en sucesivas mediciones, siendo frecuente el que no tengan una imagen distorsionada fija, sino incierta e inestable.

➤ Evaluación emocional

Los instrumentos centrados en alteraciones emocionales asociadas a la imagen corporal suelen evaluar satisfacción / insatisfacción corporal. En este apartado existen múltiples cuestionarios

- Escala de insatisfacción corporal del EDI-2 (Eating Disorders Inventory-II). El EDI-2 está destinado a evaluar los trastornos de la conducta alimentaria y consta de 11 escalas, 8 principales (Obsesión por la delgadez; Bulimia; Insatisfacción corporal; Ineficacia; Perfeccionismo; Desconfianza interpersonal; Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez) y 3 adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social). Es un instrumento con baremos en población española y que incluye adecuada validez convergente, discriminante, de contenido y de criterio. A su vez tiene sensibilidad a los cambios clínicos y es útil en su evaluación²⁷.
- BSQ (Body Shape Questionnaire). Evalúa insatisfacción corporal y preocupación por el peso, y tiene buenas propiedades psicométricas. Discrimina entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios. Está adaptado a la población española²⁸.
- BAT (Body Attitudes Test). El BAT o test de actitudes corporales evalúa dimensiones relacionadas con la insatisfacción corporal, como pensamientos, emociones y actitudes hacia determinadas características corporales. La prueba presenta adecuada consistencia interna y fiabilidad, además de poseer baremos en población española²⁹.
- BIAQ (Body Image Avoidance Questionnaire). Evalúa la frecuencia con que se realizan conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de 4 subescalas (vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse y acicalarse)³⁰.

Todos ellos pueden ser empleados para la evaluación de otras dimensiones, como la cognitiva y la conductual, en función de sus características.

➤ Evaluación cognitiva

El objetivo de este apartado se centra en identificar las distorsiones cognitivas asociadas a la imagen corporal

(“docena sucia” de Cash) a través de cuestionarios y/o mediante preguntas directas y bien formuladas, que supongan recuperar información sesgada por las distorsiones cognitivas induciendo a que el paciente saque sus propias conclusiones.

➤ **Evaluación conductual**

Consiste en la evaluación de conductas relacionadas con la alteración de la imagen corporal, como la evitación activa de ciertas circunstancias y/o situaciones sociales en las que el cuerpo puede ser objeto de observación, las dietas o el ejercicio excesivo. El análisis funcional de la conducta respondería a esta dimensión, que puede ser complementado con cuestionarios específicos.

Sepúlveda y col. afirman que los pacientes con TCA tienen una mayor alteración de la imagen corporal si se emplean medidas actitudinales o cognitivas que si se emplean medidas perceptivas, es decir, la insatisfacción corporal es mayor cuando implica una evaluación de su apariencia corporal y su atractivo²⁵.

TRATAMIENTO DE LA ALTERACIÓN CORPORAL EN TCA

Los trastornos asociados a la imagen corporal representan una dimensión relevante en el tratamiento de los trastornos alimentarios y requieren un trato específico, ya que las alteraciones de la imagen corporal suelen considerarse precursoras de los trastornos alimentarios y de la recaída de los mismos cuando dicha dimensión no ha sido abordada de forma adecuada. Considerando que muchas pacientes, cuando recuperan un peso saludable siguen intensamente preocupadas por su peso y sigue existiendo tanto la distorsión como la insatisfacción con la forma y la figura, se convierte en un factor que impide el cambio definitivo, con lo que parece razonable incluir el abordaje de las alteraciones de la imagen corporal en el protocolo general de atención en los trastornos alimentarios. Incluso en aquellos casos en donde el TCA ha sido tratado con éxito en el pasado y, en el momento actual, no cumple criterios diagnósticos, existe distorsión e insatisfacción de la IC, hecho que provoca sintomatología principalmente ansiosa sobre todo ante la exposición a situaciones relacionadas con el cuerpo³¹. Los objetivos se centran en aprender a percibirse con mayor objetividad y sentir menos malestar ante la observación del propio cuerpo o sus partes. Podemos dividirlo en diferentes bloques a abordar en diferentes momentos de forma complementaria^{3,23}.

➤ **Información**^{23,32}

Psicoeducación acerca del peso y la belleza: reflexión

sobre el concepto de imagen corporal, conocimiento crítico sobre el modelo de belleza / atractivo propuesto por nuestra sociedad, relación entre autoestima y atractivo físico, reflexión crítica sobre la asociación de la delgadez a determinadas cualidades positivas y al mayor potencial de aceptación por los iguales, explicación de que en algunas personas la pérdida de peso da sensación equivocada de control, poder y confianza, definición de rango de peso natural e intentos del organismo para mantener la homeostasis.

➤ **Entrenamiento en técnicas de relajación**³¹

El objetivo es disminuir los niveles de ansiedad provocados por situaciones relacionadas con el cuerpo. Pueden emplearse diferentes técnicas en función de las características de la paciente y de su facilidad para ponerlas en práctica de forma efectiva: respiración profunda, relajación progresiva, visualización de escenas agradables, meditación...

➤ **Tratamiento de las distorsiones perceptivas: entrenamiento en percepción corporal correcta**²³

El objetivo de esta intervención es que las pacientes aprendan a percibirse con mayor objetividad. Con la intención de que sean conscientes de la distorsión en su percepción, se emplean los mismos instrumentos que en la evaluación, y se les ofrece información correctiva acerca de las diferencias entre su tamaño real y el percibido con el objetivo de desmontar sus creencias disfuncionales en cuanto a la percepción de su cuerpo.

El programa de realidad virtual de Perpiñá, Botella y Baños (2000), incide en dimensiones perceptivas en relación con la imagen corporal³². Se trata de un software creado para corregir las ideas distorsionadas acerca del peso e imagen, que se apoya en las nuevas tecnologías. El programa es un procedimiento inmersivo en el que la persona está dentro de un espacio cibernético y ve su cuerpo en sus dimensiones reales, ofreciendo seis diferentes escenarios de los cuales cuatro van referidos a la imagen corporal. Antes de iniciar las sesiones se toma el peso real y datos respecto a la imagen corporal de la paciente y se incluyen en el ordenador. La paciente observa todo el proceso de construcción de su imagen real e inmersión informática de la misma, con lo que no se cuestiona los resultados.

El programa descrito fue aplicado con éxito en pacientes con trastornos alimentarios (AN y BN). Además, incluye una segunda parte donde se interviene también en las dimensiones cognitivo-afectivas y conductuales. La aplicación combinada de tratamiento cognitivo-comportamental y realidad virtual potenció los resultados del tra-

A. González Anido
Z. Alonso Ganuza
L. Pérez Cabeza
L. Erkoreka González
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre
C. León Álvarez
M. Carballo Sarmiento
I. Kerexeta Lizeaga
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta
alimentaria

94 tamiento estándar de la imagen corporal, y la mejoría siguió progresando al año de seguimiento. La mejoría obtenida no solo se limitó a las alteraciones de la imagen corporal, sino que también incidió favorablemente en la psicopatología alimentaria y general, pese a no ser objetivos de intervención, incluso un año después de la misma³³.

➤ Tratamiento de las distorsiones cognitivas

Se trata de que las pacientes lleguen a la conclusión de que es posible cambiar su imagen corporal sin necesidad de cambiar su cuerpo. El modelo ABCD se trabaja mediante registros que realiza la paciente ante situaciones relacionadas con su imagen corporal que generan ansiedad y/o mediante juego de roles que recreen la situación ansiógena y permitan recuperar los pensamientos distorsionados. El proceso terapéutico consiste en inducir o ayudar a que el paciente saque sus propias conclusiones, mediante preguntas directas y bien formuladas que pongan de manifiesto las distorsiones cognitivas que presenta^{23,31,32}. Las técnicas cognitivas utilizadas en el modelo para el cambio de pensamiento son las mismas que se utilizan habitualmente para cualquier otro tipo de trastorno, ajustando el contenido a los trastornos de la imagen corporal: reatribución, búsqueda de alternativas, confrontación con la realidad, cambio de rol, abogado del diablo, cambio de orientación hacia la solución de problemas en vez de centrarse en los mismos, técnica de “que es lo peor que pasaría si...”²³. Una vez que la paciente dispone de cogniciones alternativas que desplacen los pensamientos automáticos negativos, se emplean estos nuevos pensamientos en las situaciones de exposición que van encaminadas a la dimensión emocional y de comportamiento.

➤ Tratamiento centrado en dimensiones emocionales

El objetivo terapéutico consiste en romper la asociación entre ansiedad y apariencia física. Si las pacientes aprenden a estar relajadas cuando piensan en su cuerpo, se exponen ante un espejo y/o ante la observación de los demás, resultará incompatible con la ansiedad. La técnica que habitualmente se utiliza para conseguir este objetivo es la desensibilización sistemática (DS) en vivo y/o en imaginación³¹. En lugar de la DS también se ha empleado la técnica de exposición, principalmente del cuerpo ante el espejo, acompañada tanto de relajación como de discusión cognitiva^{31,32,34,35}. Aunque estas técnicas son válidas por sí solas para afrontar las emociones negativas asociadas al cuerpo, es necesaria una intervención cognitiva adicional para modificar los pensamientos automáticos negativos asociados a este tipo de situaciones. El pro-

cedimiento puede complementarse con inoculación de estrés para que las pacientes se entrenen y dispongan de recursos propios para afrontar las situaciones de ansiedad relacionadas con su preocupación por la IC²³.

➤ Tratamiento centrado en dimensiones de comportamiento

Una intervención básica consiste en el registro de la conducta, que puede ser utilizado como línea de base previa al tratamiento y análisis de situaciones evitadas; así mismo puede emplearse como intervención terapéutica en sí misma aumentando la conciencia de conductas disfuncionales de las pacientes. En el ámbito de las alteraciones de la IC es frecuente la técnica comportamental de exposición a las situaciones generadoras de ansiedad y la prevención de respuesta. La prevención de respuesta incluiría la eliminación de respuestas aparentemente tranquilizadoras, pero que colaboran en el mantenimiento de la ansiedad e impiden una exposición eficaz, como la excesiva comprobación^{23,31,32}.

➤ Prevención de recaídas

La prevención de recaídas está relacionada con la práctica de lo aprendido hasta conseguir una automatización e integración de las nuevas creencias y conductas funcionales en los propios esquemas mentales, y la generalización a las situaciones interpersonales en las que se ve envuelta la paciente^{23,31,32}.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Los TCA no sólo son un trastorno de gran prevalencia y gravedad, sino que en la actualidad, las intervenciones empleadas en su tratamiento no son todo lo eficaces que cabría desear. En consecuencia, la prevención de una IC negativa es un objetivo deseable, dado que en numerosos estudios se ha demostrado que la insatisfacción con la IC es un factor predisponente de TCA³⁶.

En una revisión realizada por Yager y O’Dea desde 1987 a 2007 sobre programas de prevención realizados en la comunidad, encuentran que algunas aproximaciones empleadas con cierto éxito en el tratamiento de la distorsión de la IC en TCA no son especialmente eficaces en la prevención de una IC negativa, como pueden ser las intervenciones basadas en el conocimiento o psicoeducativas, o las intervenciones cognitivo-conductuales.

Diversos autores proponen una nueva aproximación recientemente emergente que ha proporcionado resultados eficaces:

➤ Aproximaciones basadas en la disonancia cognitiva (Festinger, 1957)

Este modelo se basa en la idea de que cuando existe

una inconsistencia entre las creencias sobre la salud del sujeto y su comportamiento, se produce un malestar psicológico que motivará un cambio, bien de actitud o bien de comportamiento para reducir esta inconsistencia. En este caso, la intervención está orientada hacia la interiorización de que su imagen ideal es sólo el ideal de delgadez promulgado por la sociedad y no una creencia propia (36,37).

➤ **Alfabetización de medios (Media Literacy)**

Esta aproximación se basa en la idea de que promocionando una evaluación crítica de la publicidad proporcionada por los medios de comunicación se reducirá su credibilidad y su capacidad de influencia^{37,38}.

➤ **Aproximaciones basadas en la teoría cognitivo social, principalmente en el modelo de autoeficacia de Bandura (1986)**

Este modelo teoriza que al cambiar el comportamiento hacia la salud, los sujetos desarrollarán el dominio necesario de sus habilidades personales para promover un mejor ambiente físico que promueva oportunidades de comportamientos saludables y apoyo social^{36,37}.

➤ **Apoyo por medio de métodos informáticos**

Esta forma de intervención es fácilmente implementada en un amplio rango de población y con buena relación costes-beneficios³⁷. Un ejemplo es el programa "Student bodies" de Taylor (2001)³⁶.

Yager y O'Dea concluyen, en un estudio todavía no publicado, que la combinación de intervención basada en la disonancia cognitiva, autoestima y "media literacy" es eficaz en la prevención de una IC negativa en sujetos universitarios.

Levine y Piran, aunque comparten gran parte de los modelos propuestos por Yager en cuanto a prevención de una IC negativa, proponen, al contrario que él, las terapias cognitivo-conductuales como intervención eficaz para este tipo de sujetos. Y además, añaden un nuevo modelo de prevención, desde una perspectiva de Crítica Social a cerca del cuerpo y la IC. Este modelo examina el cuerpo como un dominio tanto personal como social, situado en la interacción entre el individuo y los distintos sistemas sociales. Promueve un conocimiento crítico acerca de la influencia, positiva y negativa, de las estructuras sociales e ideológicas sobre las experiencias personales de cada sujeto, para desarrollar un discurso alternativo acerca del ideal de belleza y la percepción de uno mismo³⁶.

CONSIDERACIONES FINALES

Tal y como introducíamos al principio de este artículo,

una IC negativa es la base de diversos trastornos mentales, y actúa como factor predisponente de los mismos. El que más atención ha recibido es sin duda el TCA, y es por este motivo que el presente artículo alude de forma especial a este trastorno, aunque se ha hecho mención en determinadas situaciones de otros trastornos relacionados con el TIC.

La distorsión de la IC es un concepto multidimensional, influido por diferentes factores personales y sociales, que afecta principalmente a las mujeres, y en la adolescencia incluso a población normal, por lo que es importante considerarlo como un continuum y no como un diagnóstico categorial.

Se ha demostrado ampliamente que la intervención en esta área es de gran importancia en TCA, tanto como prevención del trastorno como para una prevención de recaídas una vez instaurado. En esta línea, parece haber datos que afirman que las intervenciones eficaces empleadas como tratamiento de un TCA podrían ser diferentes de las intervenciones eficaces empleadas en el contexto de la prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C. American Psychiatric Association. 1994.
2. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal?. Revista de Humanidades (UNED). 2003.
3. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en psicología latinoamericana. 2004, 22: 15-27.
4. Schilder P. Image and appearance of the human body. Londres: Keagan Paul, Trench Trubner and Co; 1935.
5. Brunch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic medicine. 1962, 24: 187-194.
6. Pruzinsky T, Cash TF. Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En Cash TF y Pruzinsky T, Body Images: Development, Deviance and Change, New York: The Guilford Press; 1990. p. 337-349.
7. Thompson JK. Body image disturbances: assessment and treatment. New York: Pergamon Press; 1990.
8. Rosen JC. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice. 1995, 2: 143-166.
9. Raich RM. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid; Ediciones Pirámide, 2000.
10. Rosen JC, Cado S, Silberg S, Srebnik D, Went S. Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. Behavior Therapy. 1990, 21: 481-498.
11. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: severity of psy-

A. González Anido
Z. Alonso Ganuza
L. Pérez Cabeza
L. Erkoreka González
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre
C. León Álvarez
M. Carballo Sarmiento
I. Kerexeta Lizeaga
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

- chopathology and Body image disturbance. *International Journal of eating disorders*. 2006, 39: 11-19.
12. Merino H, Pombo M, Godás A. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*. 2001, 13 (4): 539-545.
 13. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernandez M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003, 3(1): 23-33.
 14. Perpiñá C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*. 1990, 1: 1-9.
 15. Dohnt H. Body image concerns in 6 year old girls. En *Body Image. STATEing Women's health*. Government of south Australia; 2007.
 16. Birbeck DJ, Drummond MJN. Body image and the pre-pubescent child. *Journal of educational enquiry*. 2003, 4(1):117-127.
 17. Espina A, Ortego MA, Ochoa I, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*. 2001, 13(4): 533-538.
 18. Montero P, Morales EM, Carbajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*. 2008, 8: 107-116. www.didac.ehu.es/antropo.
 19. Salazar Z. Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de ciencias sociales*. 2007, 116: 71-85.
 20. Tucci S, Petters J. Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*. 2008, 20 (4): 521-524.
 21. Derenne J, Beresin E. Body image, media, and eating disorders. *Academic psychiatry*. 2006, 30: 257-261.
 22. Tiggeman M. Body image across the lifespan. En *body Image. STATEing Women's health*. Government of south Australia; 2007.
 23. Lopez Villalobos JA, Valle Lopez P. Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentarios. Aspectos actuales en medicina. Libro homenaje al Dr. Morchón. Palencia: colegio oficial de médicos, 2008. p. 75-84.
 24. Tovée MJ, Benson PJ, Emery JL, Mason SM, Cohen-Tovée EM. Measurement of body size and shape perception in eating-disordered and control observers using body-shape software. *British Journal of Psychology*. 2003, 94: 501-516.
 25. Sepulveda AR, Botella J, Leon JA. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*. 2001, 13(1): 7-16.
 26. Slade PD, Russell GF. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological medicine*. 1973, 3: 188-199.
 27. Garner D. *Eating disorder inventory 2- profesional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
 28. Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 1996, 8: 51-66.
 29. Probst M, Vandereyckken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders: the journal of treatment and prevention*. 1995, 3:133-145.
 30. Rosen JC, Salzberg E, Srebnik D, Went S. Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
 31. Stewart TM, Williamson DA. Body positive: a new treatment for persistent body image disturbances in partially recovered eating disorders. *Clinical case studies*. 2003, 2(2): 154-166.
 32. Perpiñá C, Botella C, Baños RM. Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento mediante realidad virtual. Valencia: promolibro, 2000.
 33. Perpiñá C, Marco JH, Botella C, Baños R. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: resultados al año de seguimiento. *Psicología conductual*. 2004, 12(3): 519-537.
 34. Vocks S, Wächter A, Wucherer M, Kosfelder J. Look at yourself: can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing oneself in the mirror in eating disorders?. *European eating disorders review*. 2008, 16: 147-154.
 35. Gempeler J. La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: una reconceptualización. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2007, 36(3):451-459.
 36. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*. 2004, 1: 57-70.
 37. Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health promotion international*. 2008, 23(2): 173-188.
 38. Raich RM. Prevención de tratamientos alimentarios: la necesidad de la crítica. Comunicación oral: IX jornadas ANPIR, Santander 2009.

B. Dorta Jiménez
O. Herreros Rodríguez

Actualización del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en el niño

Unidad Psiquiátrica Infantil. Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)

Update of Syndrome of Obstructive Sleep Apnea in children

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Psiquiatría (Consultas Externas).
Ofra - La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

RESUMEN

El ronquido habitual es un síntoma de los trastornos de la respiración en el sueño (TRS) presente en cerca del 10% de los niños. La obesidad, los trastornos dismórficos y neuromusculares, y la herencia genética se incluyen en los factores de riesgo para padecer un TRS. Estos TRS presentan muchas complicaciones: problemas conductuales y de aprendizaje, anomalías cardio-vasculares, alteraciones del crecimiento, etc. El diagnóstico adecuado de un TRS en un niño roncador concreto exige una polisomnografía nocturna. Su tratamiento incluye la adeno-tonsilectomía, pero en ocasiones se requieren además otras intervenciones conductuales y farmacológicas.

Palabras clave: Niños, apnea obstructiva del sueño, alteraciones del comportamiento, trastornos del aprendizaje, adenoamigdalectomía.

ABSTRACT

Habitual snoring is a symptom of sleep-disordered breathing (SDB) and it is reported in about 10% of children. Risk factors for SDB include obesity, dysmorphic and neuromuscular disorders and genetic tendency. There are many complications of SDB: behavioral and learning problems, cardiovascular abnormalities, impaired growth, etc. Classification of SDB in a particular snoring child requires an overnight polysomnography. Its treat-

ment includes removal of adenoid and tonsils, but sometimes other behavioral and/or pharmacological interventions are required.

Key words: Children, obstructive sleep apnea, behavioral disorders, learning disorders, adenotonsillectomy.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes de apnea del sueño son los trastornos del sueño intrínsecos más frecuentes en los niños pequeños. Hay dos mecanismos específicos del sistema nervioso central que controlan la respiración del ser humano: un mecanismo cervical voluntario que actúa durante la vigilia y que sincroniza la respiración con la vocalización, y un mecanismo subcortical involuntario que mantiene la saturación de oxígeno durante el sueño. Cuando falla durante el sueño el mecanismo involuntario, disminuye la saturación de oxígeno en la sangre y en el tejido cerebral, y tiene lugar un episodio de despertar breve que es suficiente para que el paciente pueda volver a controlar la respiración mediante el mecanismo voluntario. Una vez que ha finalizado el episodio de apnea el niño se vuelve a quedar dormido. El despertar en estos casos es pasado por alto por el propio niño. No obstante, la secuencia de apnea, despertar y vuelta a dormir puede tener lugar en varias ocasiones durante la noche.

98 La apnea del sueño puede deberse a alteraciones de carácter mecánico (obstructiva), como el aumento de las amígdalas o las adenoides, a obesidad excesiva, o a una estenosis estructural de la vía respiratoria¹. De nuevo, sólo el episodio de despertar restablece la respiración. Esta apnea del sueño de origen obstructivo (SAOS) se caracteriza por los ronquidos durante la espiración, y por la respiración a través de la boca. La apnea del sueño debe tenerse en cuenta en cualquier niño que ronca.

El SAOS suele causar un cuadro de pérdida crónica del sueño. Los episodios múltiples de despertar fragmentan el sueño y pueden dar lugar a somnolencia diurna o fatiga crónica. Dado que los niños pequeños raramente se quejan de sueño o fatiga, en ellos se manifiesta muchas veces como un cuadro de falta de atención e hiperactividad a consecuencia de su lucha contra la somnolencia.

Si los episodios de despertar interfieren de manera importante con la secreción de hormona de crecimiento, que tiene lugar durante la fase 4 de la fase No REM, el niño puede presentar un ligero retraso en el crecimiento o bien, en los casos extremos, un claro síndrome de detención del crecimiento². La apnea del sueño se debe evaluar mediante polisomnografía en un laboratorio del sueño con objeto de identificar la causa y la gravedad de la apnea. Mientras que la causa del SAOS en el adulto suele ser desconocida, en los niños de edad preescolar la obstrucción se asocia en la mayoría de los casos a una hipertrofia de amígdalas o de adenoides. El clínico siempre debe indagar los hábitos del sueño en niños que presentan una detención del crecimiento y/o cuadros de hiperactividad³.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia máxima de SAOS acontece entre los 2 y los 6 años. Según Yong y cols.⁴ existen en Europa y Estados Unidos entre un 10 y 14% de niños menores de 6 años que roncan habitualmente, pero sólo entre un 2% y un 3% padecen SAOS durante esta edad.

Respecto a los factores predisponentes en el niño, la hipertrofia adeno-amigdalares es el factor más destacado. Existen hipertrofias adeno-amigdalares importantes que no presentan una clínica de apnea y niños sin hipertrofia adeno-amigdalares evidente con una clínica clara de SAOS. Influyen por lo tanto otros factores que todavía desconocemos. La colapsabilidad de la vía aérea seguramente es uno de esos factores. Un factor predisponente que se ha identificado es la obesidad, que provoca un acúmulo de grasa parafaríngea y un aumento de la colapsabilidad de la vía aérea superior. Otro grupo de niños

predisuestos al SAOS es el de aquellos afectados por alteraciones craneofaciales, como por ejemplo la acondroplasia, el síndrome de Down, el síndrome de Goldenhar, el síndrome de Treacher-Collins, etc., y los que sufren enfermedades neuromusculares como la parálisis cerebral o las distrofias musculares (como la enfermedad de Duchenne).

SÍNTOMAS CLÍNICOS DEL SAOS

Clínicamente, los síntomas que caracterizan el síndrome en los niños son los ronquidos habituales, el sueño fraccionado y los problemas de comportamiento. La somnolencia diurna no es frecuente en los niños con SAOS, aunque sí puede estar presente. El sueño intranquilo y agitado, los movimientos corporales persistentes o recurrentes, la excitación y los despertares breves, la sudoración, y el hundimiento del tórax al respirar son comunes. También lo son las posiciones extrañas (de rodillas, en posición genupectoral, o sentado), a menudo con hiperextensión del cuello, y con cambios súbitos de posición. Se cree que estas actitudes raras mejoran la permeabilidad de las vías respiratorias durante el sueño. Así, con la hiperextensión del sueño, se abre al máximo la vía faríngea. También pueden presentar tos nocturna, que no será debida a las causas habituales (mucosidad, laringitis, broncoespasmo). Son igualmente habituales el sonambulismo y los terrores nocturnos. Todo ello desaparece o mejora considerablemente tras la adenomigdalectomía⁵.

La mayoría de los niños con SAOS no son obesos, pero la obesidad predispone a los niños a sufrir SAOS. Aunque lógicamente se recomienda la reducción de peso en todos los niños obesos con SAOS, rara vez tiene éxito, y sólo retrasa una cirugía (adenoidectomía y reducción amigdalares) inevitable. La causa principal de que la obesidad predisponga al SAOS es la disminución de la luz faríngea, como resultado del depósito de tejido graso en el tejido faríngeo. Ello se aprecia fácilmente mediante resonancia magnética.

Alteraciones en el habla. La nasalización de la voz se produce por cualquier situación que impida el flujo del aire a través de las fosas nasales, básicamente la hipertrofia adenoidal en la rinofaringe o cavum que presentan estos niños. La nasalidad se produce por la dificultad con que se encuentra el aire espirado para pasar por la rinofaringe o por las fosas nasales en el momento de la fonación. La resonancia anómala de estos fonemas es lo que se denomina rinolalia.

Alteraciones en el desarrollo maxilofacial y de la oclusión. En general, la hiperplasia adenoidal y/o amigdalar producirá la "facies adenoidea" o "cara de cansancio", que incluye cara larga y estrecha, nariz pequeña por ausencia de función del tercio medio facial (atrofia por falta de uso de la nariz y la nasofaringe), boca abierta, retrognatia, maloclusión dentaria, incisivos superiores a la vista, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, e hipoplasia de los senos maxilares, del maxilar superior y de la mandíbula. Generalmente, el niño tiene aspecto facial de persona cansada o convaleciente. No puede respirar por las fosas nasales, y se ve obligado a mantener la boca abierta de forma continuada. Para respirar por la boca, son necesarios tres cambios posturales: a) descenso de la mandíbula, b) posicionamiento de la lengua hacia abajo, c) extensión de la cabeza. Así, la mandíbula se colocará hacia abajo y hacia atrás; los incisivos inferiores, al no establecer contacto con los superiores, sufren un desplazamiento vertical hacia arriba (egresión) y hacia atrás (distoclusión). A este movimiento de egresión de los dientes inferiores, le sigue el labio inferior, que se coloca entre los incisivos superiores e inferiores, y empuja por la parte lingual a los incisivos superiores hacia delante (maloclusión dentaria). El labio superior pierde su tonicidad normal, y se vuelve hipotónico, flácido, se inclina hacia adelante y su mucosa se torna más visible. También habrá un desplazamiento dentario hacia el interior de la boca por estrechamiento transversal del maxilar superior, determinando un paladar ojival. Éste también es debido a que el flujo de aire oral empuja el paladar hacia la cavidad nasal, impidiendo su normal descenso durante el crecimiento. A este respecto, es notable la mejoría de los niños en recuperar la capacidad respiratoria nasal (abandonando la respiración bucal) y en revertir diversas anomalías del esqueleto facial y de la oclusión dentaria tras la extirpación quirúrgica de las adenoides.

Alteraciones óticas. Muchos de estos niños presentan otitis serosa crónica y otitis medias de repetición, así como adenoiditis de repetición y rinorrea crónica, todo ello debido a la hipertrofia adenoidal.

Enuresis nocturna. El SAOS infantil es una causa reconocida de enuresis nocturna. En muchas ocasiones la corrección del SAOS comporta la desaparición de la enuresis. La incidencia de enuresis en niños roncadores de 4 o más años es de un 41% frente al 5-15% de la población general. Se han postulado diversas hipótesis para explicar

la fisiopatología del cuadro: a) La disminución del tono neuromuscular que presentan estos niños durante ciertas horas del sueño y que, lógicamente, también afectaría a la vejiga. b) Una menor producción nocturna de hormona antidiurética. c) Una pérdida del control neurológico de la vejiga por disminución del reflejo central consecutivo a la hipoxia. d) La ausencia del despertar normal que se produce en el niño cuando la vejiga está llena. Basha y cols. demostraron que tras el tratamiento quirúrgico (adenoidectomía y cirugía amigdalar) se produce la desaparición de la enuresis en un 61% de casos, y una reducción significativa en el 23%⁶.

COMPLICACIONES

Alteraciones del comportamiento y el aprendizaje. Según Chervin et al.⁷, los niños que roncan (roncadores simples), tienen un riesgo dos veces superior de padecer un síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Este riesgo se eleva al triple en los niños menores de ocho años. Un reciente y exhaustivo estudio, realizado mediante encuestas a padres de 866 niños, constata que el riesgo de hiperactividad es todavía mayor cuando el niño sufre de SAOS. Otras alteraciones frecuentes son la conducta agresiva y rebelde, la timidez patológica, y el fracaso escolar⁸. El SAOS genera una importante dificultad para la integración normal del niño en el sistema escolar⁹. Es entonces cuando se suele detectar su hiperactividad, y es también entonces cuando se tiene que comprobar si ronca o tiene problemas respiratorios.

Alrededor de un 25% de niños con SAOS va a presentar alguna alteración del comportamiento, siendo más frecuentes en niños que en niñas. La hiperactividad está presente en aproximadamente el 19%, la inatención en un 18% y aproximadamente un 12% de estos niños presentan conductas agresivas¹⁰. El aumento de la Proteína C Reactiva parece ser un importante predictor de la presencia de estas alteraciones en niños con SAOS¹¹.

La apnea del sueño infantil se asocia con déficits de memoria y del aprendizaje. Los resultados del estudio de Halbower y cols¹² muestran que la memoria de trabajo verbal y la fluidez verbal son peores en los niños con apnea, al igual que la puntuación en los tests de inteligencia en comparación con los niños de un grupo control. Además, las pruebas de imagen de RM revelan cambios metabólicos indicativos de daño neuronal en dos áreas específicas cerebrales en los niños con apnea, el hipocampo izquierdo y el córtex frontal derecho.

El tamaño de las adenoides y de las amígdalas no se correlaciona en absoluto con las alteraciones cognitivas y

100 del comportamiento¹³. Es la historia del roncamiento lo que nos debe hacer sospechar que las alteraciones del comportamiento y del aprendizaje del niño se puedan deber a un SAOS. En este caso es cuando se debe solicitar la polisomnografía.

Alteraciones cardiovasculares. El SAOS ha sido asociado a numerosas anomalías cardiovasculares, como es el caso de la disregulación simpática, las alteraciones de la distensibilidad arterial y la hipertrofia ventricular¹⁴. Una de las alteraciones más estudiadas es la que afecta a la presión arterial. Según Marcus et al.¹⁵ los niños con SAOS tienen un aumento de la presión arterial diastólica. En un estudio realizado por Kohyama et al.¹⁶ se observó un aumento de las presiones arteriales sistólica y diastólica en niños roncadores frente a los no roncadores durante la fase REM del sueño, pero no durante la No REM.

La anormal distensibilidad arterial también se encuentra bien documentada. Uno de los estudios más importantes con respecto a este tema es el de Kwok et al.¹⁷, que demostró las alteraciones en el pulso de niños con SAOS como consecuencia de las alteraciones en la distensibilidad arterial.

Los cambios en el volumen del ventrículo izquierdo y el engrosamiento del ventrículo derecho¹⁸, así como un aumento en la resistencia a la acción de la insulina¹⁹, se han relacionado también con el SAOS. Como en los adultos, también existe en los niños un aumento de la Proteína C Reactiva, marcador sérico que en adultos se ha relacionado con un aumento de la aterogénesis²⁰.

Alteraciones en el crecimiento. Es uno de los principales rasgos del SAOS avanzado en la infancia. Las causas del mismo son: a) Un aumento del gasto calórico debido al incremento del esfuerzo respiratorio y la sudoración al dormir. Dicho gasto disminuye significativamente tras la cirugía adenoamigdalar b) La disfagia, cuando hay una gran hipertrofia amigdalar y adenoidal, ya que no podrán respirar y comer al mismo tiempo. Tragar les lleva tiempo, más de lo que los padres suelen estar dispuestos a esperar. A menudo, prefieren alimentos blandos o muy líquidos. Los alimentos tienden a pegarse en la garganta debido a la escasa saliva, consumida al respirar con la boca abierta. Además, el olfato está disminuido (hiposmia) por la hipertrofia adenoidal, con lo que comer no resulta agradable. c) Una disminución de la síntesis de la hormona del crecimiento, y de los "insuline growth factors" IG F-1 e IGFBP-3, que están fuertemente relacionados con la fabricación nocturna de la misma²¹.

Dichos factores aumentan significativamente tras la adenoamigdalectomía, con el consiguiente crecimiento ponderoestatural.

POLISOMNOGRAFÍA

El método diagnóstico más objetivo para el SAOS es la polisomnografía completa que registra EEG, EMG, EOG, flujos nasales y bucales, movimientos torácicos y abdominales, saturación arterial oxígeno, ECG, registro onda pulso, registro video, etc. Se denomina "apnea" al cese de la respiración durante 10 o más segundos, mientras que la "hipopnea" consiste en la disminución de la ventilación en un 50% o más, sin su anulación completa, pero con consecuencias clínicas y gasométricas similares a la apnea. Tanto las apneas como las hipopneas son conceptos que se miden con la polisomnografía. Ello nos permite definir el "índice apnea/hipopnea", que es la suma del número de apneas e hipopneas durante una hora de sueño. Se define el SAOS en el niño cuando el índice "apnea/hipopnea" sea igual o superior a 3, y si dicho índice es inferior a 1, hablaremos de roncador simple. Hoy en día, aunque sigue vigente esta distinción entre niños roncadores con SAOS y niños roncadores simples, la benignidad de estos está claramente en entredicho, tras demostrarse que también pueden presentar manifestaciones clínicas que hasta ahora se creían propias del SAOS. Como ya hemos mencionado, el roncador simple tiene una alta probabilidad de padecer hiperactividad y déficit de atención²².

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Aunque es prematuro recomendar la adenoidectomía siempre que haya síntomas de apnea obstructiva del sueño, independientemente del resultado de la polisomnografía, se deben de tomar en cuenta los problemas del comportamiento que dicha patología provoca para definir la actitud terapéutica que se debe tomar.

Amigdalectomía y Adenoidectomía. La adenoamigdalectomía es el tratamiento más común para los niños con SAOS. La adenoidectomía sola puede no ser suficiente. En niños con hipertrofia adenoamigdalina, se produce resolución polisomnográfica en un 75 a 100% después de la adenoamigdalectomía, asociándose ésta con la resolución de los síntomas, incluidos las alteraciones del comportamiento y el aprendizaje^{23,24}. En este sentido, el aumento del crecimiento del niño tras la adenoidectomía se ha relacionado con el control de los síntomas de hiperactividad²⁵.

Pese a que los niños obesos obtienen resultados menos satisfactorios, muchos pueden ser adecuadamente tratados con adenoamigdalectomía, y es en general la primera línea de tratamiento para estos pacientes. Las complicaciones potenciales de la adenoamigdalectomía incluyen complicaciones anestésicas, dolor y hemorragia²¹. Además los pacientes con SAOS pueden desarrollar complicaciones respiratorias tales como empeoramiento del SAOS o edema pulmonar en el postoperatorio inmediato. Se han reportado muertes atribuibles a complicaciones respiratorias en el postoperatorio inmediato en pacientes con SAOS severo. Los pacientes de alto riesgo deben permanecer hospitalizados después de la cirugía y deben ser monitorizados continuamente con oximetría de pulso²¹.

Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). La terapia con CPAP es la opción en pacientes con contraindicaciones quirúrgicas específicas, mínimo tejido adenoamigdalino, presencia del SAOS después de la adenoamigdalectomía o aquellos que prefieren alternativas no quirúrgicas. El CPAP necesitará ser usado indefinidamente. Debe ser evaluado en el laboratorio del sueño antes de prescribir su uso y ser regulado periódicamente.

Otras modalidades de tratamiento. Puede ser útil evitar el tabaquismo pasivo y los alérgenos y contaminantes medioambientales. El tratamiento de la rinitis acompañante también contribuye. En los pacientes obesos debe encararse un tratamiento para bajar de peso. Sin embargo, el tratamiento con estas terapias coadyuvantes no debe demorar el tratamiento específico del SAOS. Otras opciones quirúrgicas incluyen la uvulofaringopalatoplastia, cirugía craneofacial y, en casos severos, la traqueostomía.

Seguimiento de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por SAOS. Los pacientes con SAOS leve a moderado que tiene resolución completa de signos y síntomas no requieren evaluación objetiva para documentar la resolución. Los pacientes que tiene síntomas o signos persistentes, SAOS severo, o que son obesos, requieren reevaluación objetiva para determinar si requieren terapia adicional, tal como CPAP. Se recomienda esperar unas 6 a 8 semanas para la reevaluación²⁶.

CONCLUSIÓN

Siempre que un niño presente síntomas de inatención, hiperactividad y/o conductas agresivas se debe investigar

si el niño ronca por las noches. Si es así se debe solicitar una polisomnografía para descartar un SAOS. El tratamiento principal de esta afección es la reducción adenoamigdal. Aunque todavía no hay suficientes evidencias para realizar esta intervención a todo niño roncador que presente alteraciones del comportamiento y/o síntomas de inatención e hiperactividad, la polisomnografía normal tampoco la descarta, ya que se ha comprobado un aumento de estos síntomas también en niños roncadores simples.

REFERENCIAS

1. Guilleminault C, Stoohs R: Obstructive sleep apnea syndrome in children. *Pediatrician* 17:46- 51, 1990.
2. Stores G, Wiggs L (eds): *Sleep Disturbance in Children and Adolescent with Disorders of Development: Its Significance and Management* (Clinical in Developmental Medicine Series, No 155). London, Mac Keith, 2001.
3. *Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.* Jerry M. Wiener, Mina K. Duncan. Edición española, Masson S.A., 2006.
4. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. *Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea – a population health perspective.* *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:1217-39.
5. Guilleminault C, Pelayo R, Chervin RD, Palombini L. *Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them?* *Pediatrics* 2003; 111: 17-25.
6. Basha S, Bialowas C, Ende K, Szeremeta W. *Effectiveness of adenotonsillectomy in the resolution nocturnal enuresis secondary to obstructive sleep apnea.* *Laryngoscope* 2005; vol 115; 6: 1101-1103.
7. Chervin R, Archbold KH, Dillon JE, Panahi P, Pituch KJ, Dahl RE, Guilleminault C. *Inattention, Hyperactivity and Symptoms of Sleep-Disordered Breathing .* *Pediatrics* 2002; 109: 449-456.
8. Mulvaney SA, Goodwin JL, Morgan WL, Rosen GR, Quan SF, Kae-mink KL. *Behavior Problems associated with sleep disordered breathing in school-aged children. The Tucson Children's Assessment of Sleep Apnea Study.* *J Pediatr Psychol* 2006, 31: 322-330.
9. Carol L. Rosen, Amy Storfer-Isser, Taylor HG, H. Lester Kirchner, Emancipator JL, Redline S. *Increased behavioral morbidity in school-aged children with sleep-disordered breathing.* *Pediatrics* 2004; 114:1640-1648.
10. Daniel J. Gottlieb, Richard M. Vezina, Cynthia Chase, Samuel m. Lesko, Timothy C. Heeren, Debra E. Weese-Mayer, Sanford H. Auerbach and Michael J. Corwin. *Symptoms of Sleep-Disordered Breathing in 5 years old children are associated with sleepiness and problem behaviors.* *Pediatrics* 2003;112;870-77.
11. Gozal D, Crabtree VM, Sans Capdevila O, Witcher LA, Kheirandish-Gozal L. *C-reactive protein, obstructive sleep apnea, and cognitive dysfunction in school-aged children.* *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 176:188-193.

12. Ann C. Halbower, Mahaveer Degaonkar, Peter B. Barker, Christopher J. Earley, Carole L. Marcus, Philip L. Smith, M. Cristine Prahme E. Mark Mahone. Childhood Obstructive Sleep Apnea Associates with Neuropsychological Deficits and Neuronal Brain Injury. *PLOS Med* 2006, 3 (8): e301.
13. James Chan, Jenifer C. Edman, Peter J. Koltai. Obstructive Sleep Apnea in children. *American Family Physician* 2004, 69 (5): 1147-1154.
14. Ng DK, Chan CH, Chow AS, Chow PY, Kwok KL. Childhood sleep disordered breathing and its implications for cardiac and vascular diseases. *J Paediatric Child Health* 2005; 41 (12): 640-646.
15. Marcus CL, Greene MG, Carroll JL. Blood pressure in children with obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157:1098-103.
16. Kohyama J, Ohinata JS, Hasegawa T. Blood pressure in sleep disordered breathing. *Arch Dis Child* 2003; 88:139-42.
17. Kwok KL, Ng DK, Cheung YF. BP and arterial distensibility in children with primary snoring. *Chest* 2003; 123 (5): 1561-6.
18. Tal A, Leiberman A, Margulis G, Sofer S. Ventricular dysfunction in children with obstructive sleep apnea: radionuclide assessment. *Pediatr Pulmonol* 1998;4:139-43.
19. de la Eva RC, Bauer LA, Donaghue KC, waters KA. Metabolic correlates with obstructive sleep apnea in obese subjects. *J Pediatr* 2002; 140:654-9.
20. Kaditis AG, Alexopolus EI, Kalampouka E, Kostadium E, Germetis A, Zintzaras E, Gourgoulianos K. Morning levels of C-reactive protein in children with obstructive sleep disordered breathing. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:282-6.
21. Daniel K. NG, Pok-Yu Chow, Chung-Hong Chan, Kali Kwok, Josephine M. Cheung Flora Y. Kong. An update on childhood snoring. *Acta Paediatrica* 2006;95:1029-1035.
22. Jordi Coromina, Eduard Estivil. El niño roncador. El niño con apnea obstructiva del sueño. 2006.
23. Ronald D. Chervin, Ruzicka DL, Bruno J. Giordani, Weatherly RA, Dillon JE, Elise K. Hodges, Marcus CL, Keneth E. Guire. Sleep-disordered breathing, behavior and cognition in children before and after adenotonsillectomy. *Pediatrics* 2006;117:e769-e778.
24. Paul M. Suratt, Mario Peruggia, Lynn D'Andrea, Robert Diamond, Jeffrey T. Barth, Margarita Nikova, Vito A. Perriello, Jr and Michael L. Johnson. Cognitive function and behavior of children with adenotonsillar hypertrophy suspected of having obstructive sleep-disordered breathing. *Pediatrics* 2006;118:e771-e781.
25. James N. Roemmich, Jacob E. Barkley, Lynn D'Andrea, Margarita Nikova, Alan D. Rogol, Mary A. Carskadon and Paul M. Suratt *Pediatrics* 2006;117:e200-e208. Increases in overweight after adenotonsillectomy in overweight children with obstructive sleep-disordered breathing are associated with decreased in motor activity and hyperactivity.
26. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2002;109:704-712.

R. Remesal Cobreros¹
M. Andrés Villa²
E. Torrico Linares²

Hábitos dietéticos y rasgos de personalidad: variables discriminantes de la obesidad y diabetes infantil

1 Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y Departamento de Psicología Clínica Experimental y Social de la Universidad de Huelva
2 Departamento de Psicología Clínica Experimental y Social de la Universidad de Huelva

Dietetic habits and personality features: discriminant variables of obesity and diabetes infantile

Correspondencia:

Raquel Remesal
Facultad de Ciencias de la Educación
Campus El Carmen
Avda. Tres de Marzo s/n. 21071. Huelva
E-mail: raquel.remesal@dpsi.uhu.es

RESUMEN

Con el fin de estudiar diferentes aspectos psicológicos y dietéticos de un grupo de menores con enfermedades crónicas (obesos y diabéticos) en relación con otro grupo de menores sin patología orgánica o psicológica y de peso normal, se llevó cabo un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, en el que se utilizaron diferentes instrumentos de evaluación: inventario sociobiográfico, entrevistas de hábitos alimenticios/actividad física y cuestionarios de personalidad (CPQ, TAMAI y BAS). Se utilizó un análisis discriminante que permitió seleccionar un conjunto de variables predictoras, mediante las que los grupos quedaron suficientemente discriminados. Los resultados mostraron que las variables que mejor discriminaron a los grupos fueron las relacionadas con la autoestima del niño y con la percepción que tenía el profesor de su popularidad o capacidad de liderazgo. Los obesos se perfilaron como los más insatisfechos y críticos consigo mismos y según la percepción de los profesores fueron catalogados como los menos líderes y populares.

Palabras clave: enfermedad crónica, niños obesos, niños diabéticos, personalidad, hábitos dietéticos.

ABSTRACT

In order to study psychological and dietetics areas in

a chronic illness children groups (obsesses and diabetics) and in a healthy normal body weight, a cross-sectional descriptive observational study was developed. For assessment were use several instruments: socio-biography inventory, dietetic and exercise habits interviews and personality questionnaires (CPQ, TAMAI and BAS). A discriminant analysis was used and a group of predictor variables was selected trough the three groups were enough differentiates. The results show that children's self-esteem and teacher's perception about popularity and leadership capability of the children were variables better differentiated groups. Obese children were the most dissatisfied and critical with them and according to the teachers the least leaders and popular were.

Key words: chronic illness, obese children, diabetic children, personality, dietetic habits.

INTRODUCCIÓN

Siguiendo la categorización de enfermedad crónica en función del tipo psicosocial¹, obesidad y diabetes son dos patologías crónicas, no incapacitantes para el individuo y de curso gradual, distinguiéndose fundamentalmente en que la diabetes evoluciona de forma progresiva por crisis constantes y no afecta a la apariencia física y la obesidad evoluciona de forma progresiva no fatal y afecta a la apa-

VARIABLES QUE AFECTAN AL NIÑO

1. Hospitalizaciones y cuidados sanitarios frecuentes.
2. Sentimiento de diferencia con otros niños.
3. Autoestima inferior.
4. Interferencia en la vida familiar y escolar.
5. Dependencia.
6. Mayor riesgo de alteraciones psicopatológicas y conductuales.
7. Preocupación por el futuro.

VARIABLES QUE AFECTAN A LA FAMILIA

1. Elevado coste económico.
2. Dinámica familiar alterada.
3. Responsabilidad de los cuidados y atención al menor.
4. Contactos con múltiples profesionales sanitarios.
5. Estrés y ansiedad por la gravedad y pronóstico.
6. Cambios en el estilo de vida y en sus relaciones sociales.
7. Mayor riesgo de alteraciones psicológicas.

Figura 1. Aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad crónica en la infancia (Rodríguez-Sacristán, 2002)

riencia del sujeto. Rodríguez-Sacristán² entiende por enfermedad crónica aquella que presenta síntomas durante más de tres meses y/o requiere cuidados sanitarios durante más de un mes a lo largo de un año en el hospital, atención primaria o domicilio; o bien la patología que limita las actividades propias de la edad del niño durante este tiempo, considerando la obesidad y la diabetes infanto-juvenil como enfermedades que cumplen con estos requisitos. Del mismo modo, enumera y diferencia una serie de aspectos psicológicos y sociales de las enfermedades crónicas que afectan al niño y a su familia (Figura 1).

Aunque la mayoría de los niños y sus familias se adaptan con éxito a la enfermedad crónica, pueden identificarse síntomas psicológicos en el doble de pacientes con enfermedad crónica frente a la población general de la misma edad (20% frente a 10%)³. En este sentido, Zimmerman⁴ mantiene que tanto el propio niño enfermo como sus padres y parientes están más predispuestos que los niños sanos y sus familias a desarrollar desajustes y problemas de adaptación. Se han llevado a cabo estudios de amplias muestras con representación de enfermedades

crónicas variadas que han encontrado una incidencia significativamente mayor de problemas de ajuste entre niños crónicamente enfermos o físicamente discapacitados que entre los controles⁵⁻⁷. Sin embargo, según otros autores⁸, las comparaciones directas de niños con diferentes condiciones de enfermedad son escasas y concluyen que actualmente no se puede hacer una constatación clara acerca del diferente impacto de cada condición particular de enfermedad comparada con cualquier otra. La mayoría de los autores están de acuerdo en la existencia de características comunes a todas las enfermedades, así como en que ciertos rasgos específicos se dan sólo en algunos trastornos físicos en contextos específicos⁹⁻¹¹. De este modo, la visibilidad de la enfermedad, así como la presencia de instrumentos ortopédicos, son aspectos específicos que favorecen una peor adaptación, comparado con trastornos ocultos (diabetes), que no son tan llamativos y que no conllevan una confrontación directa o una exigencia por parte de la sociedad¹⁰. Precisamente por ello hemos diseñado una investigación en la que se analizan y comparan aspectos psicológicos y dietéticos de un grupo de menores con enfermedades crónicas (obesos y diabéticos) con otro grupo de niños sin patología orgánica o psicológica y de peso normal. Ambas enfermedades cuentan con características diferenciales pero también comunes, como son el potencial impacto psicológico que la enfermedad ejerce sobre el menor y la presión derivada de la necesidad de realizar tratamiento dietético.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre menores obesos, diabéticos y sanos de peso normal en los perfiles promedios de un conjunto de variables predictoras.
- 2.- Determinar cuál de las variables predictoras cuantifica mejor las diferencias en los perfiles promedios de los grupos.
- 3.- Estimar si, en función de las variables seleccionadas, los grupos quedan suficientemente discriminados.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes:

La muestra recogida consta de 90 sujetos, 50 niños y 40 niñas, de edades comprendidas entre 8 y 12 años, con una media de edad de 10 años (desviación típica 1,13). Las características diferenciales de éstos han determinado tres grupos muestrales que se comentan a continuación:

Grupo 1: constituido por 30 sujetos (47% niñas y 53% niños) diagnosticados de obesidad exógena y cuyo tratamiento consistía en la prescripción por parte del profesional correspondiente de la necesidad de limitar el uso de determinados alimentos ricos en azúcar y grasas.

Grupo 2: constituido por 30 sujetos (43% niñas y 57% niños) diagnosticados de diabetes mellitus insulino-dependiente y cuyo tratamiento consistía en mantener una dieta equilibrada, controlando el uso de azúcares y grasas, así como en la administración de las correspondientes dosis de insulina.

Grupo 3: constituido por 30 sujetos (57% niñas y 43% niños) sin ningún tipo de patología orgánica o psicológica conocida y con un peso normal.

Instrumentos:

Los instrumentos utilizados son los que se describen a continuación:

Inventario Sociobiográfico. Ha sido diseñado para su uso en este trabajo. El objetivo era recoger información relevante sobre aspectos sociodemográficos y evolutivos de la población objeto de estudio. Intenta recoger de forma sistemática los siguientes puntos fundamentales:

- Datos de identificación: nombre, edad, sexo, curso y colegio al que asiste el niño.
- Datos familiares: número de hermanos, lugar que ocupa entre los mismos, edad del padre y de la madre, profesión del padre y de la madre y personas con las que convive el niño.
- Antecedentes personales: embarazo, parto, peso y talla al nacer, desarrollo psicomotor y del lenguaje, alimentación, sueño y control de esfínteres.

Inventario de Hábitos Alimenticios/ Actividad Física. Está basado en el Cuestionario de Sobrepeso diseñado por Vera y Fernández¹² aunque se han realizado algunas modificaciones, con el fin de adaptarlo a los objetivos planteados en el presente trabajo. Ha sido cumplimentado por el niño y se intentan recoger aspectos relacionados con los hábitos alimenticios y de actividad física del menor.

Encuesta Nutricional de siete días. Adaptada por Sarria et al.¹³. Se ha utilizado para valorar a grandes rasgos los contenidos nutritivos de la dieta familiar.

Cuestionario de personalidad para niños (C.P.Q.) (Porter y Cattell¹⁴). Autoinforme destinado a evaluar la personalidad de los niños en edad escolar (3º a 7º de EGB).

Test autoevaluativo de adaptación infantil (TAMAI) (Hernández¹⁵). Autoinforme destinado a niños de 8 a 18 años. El objetivo es la autoevaluación de la inadaptación

personal, social, escolar, grado de insatisfacción con el ambiente familiar y valoración de las actitudes educadoras de los padres.

Batería de Socialización para padres y profesores (BAS) (Silva y Martorell¹⁶). Escalas cumplimentadas por padres o profesores, cuyo objetivo es evaluar la socialización de niños y adolescentes de 6 a 15 años en ambientes escolares y extraescolares.

Procedimiento:

La selección se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Para el grupo 1, compuesto por 30 niños con obesidad exógena, se acudió a la consulta de Pediatría General de diferentes Centros de Salud donde se seleccionó a un grupo de niños que cumpliera los siguientes requisitos: peso en relación a la talla situado por encima del percentil 97, porcentaje de sobrepeso superior al 20%, y grosor del pliegue subcutáneo que excediera los 21 mms. Un criterio de exclusión añadido consistía en que el sujeto se encontrara sometido a tratamiento dietético para perder peso. Posteriormente, mediante llamadas telefónicas o por correo se contactó con las familias correspondientes para explicarles el contenido del trabajo y concertar las citas respectivas.
- Para el grupo 2, compuesto por 30 niños diabéticos, se siguió la misma pauta en el Servicio de Consultas Externas de Pediatría de dos Hospitales Generales, siendo en este caso el criterio de inclusión estar diagnosticado de la patología en cuestión.
- Para el grupo 3, compuesto por 30 niños sanos de peso normal, se contactó con varios Colegios ubicados en zonas de similares características socioeconómicas a los lugares de procedencia de los anteriores grupos y en cada uno se seleccionó al azar a un conjunto de niños que reuniera las condiciones señaladas anteriormente para pertenecer al mismo.

Diseño y Método Estadístico:

El diseño es de tipo observacional descriptivo de corte transversal. Para la consecución de los objetivos propuestos se utilizó un Análisis Discriminante. Se definió a la variable GRUPO como criterio, y como predictoras a un conjunto de variables que cumplían simultáneamente los siguientes requisitos:

- 1.- Bajo nivel de correlación entre ellas, evitando así la "colinealidad", fenómeno que contribuye a arrojar resultados inesperados que incrementan considerablemente los errores estándar.

106 *Tabla 1. Relación de variables independientes utilizadas en el análisis discriminante*

<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>	<i>Escala de medida</i>
CPQIII	Patemia/Excitabilidad-Dureza. Variable del CPQ	0.....10
TP21	Cogniafección (Autoconcepto) Variable del TAMAI	0.....6
BLi-prof	Liderazgo (según los profesores) Variable de la Batería de Socialización	0.....51
Frufrd	Consumo de frutas al día Variable de la Encuesta Nutricional (Hábito familiar)	0.....3
Bebs	Consumo de bebidas azucaradas a la semana (refrescos y/o zumos). Variable de la Encuesta Nutricional (Hábito familiar)	0.....3
Hjueg	Tienes hambre mientras juegas? Variable del Inventario de Hábitos Alimenticios/Actividad física	0.....3

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los grupos y contrastes de igualdad para el análisis discriminante de los tres grupos

Grupos	Medias de los grupos					
	<i>BLi-prof</i>	<i>Frufrd</i>	<i>Hjueg</i>	<i>CPQIII</i>	<i>TP21</i>	<i>Bebs</i>
Obesos	19.46	1.63	.46	4.27	1.8	1.63
Diabéticos	26.73	1.96	1.3	3.85	1.3	1
Peso normal	32.83	1.8	.83	6.05	.6	1.43
	Desviaciones estándar					
Obesos	10.08	.49	.68	1.63	1.42	.49
Diabéticos	10.46	.18	0.65	1.73	1.14	.74
Peso normal	8.17	.4	.74	1.86	.72	.67
	Contrastes de igualdad de las medias de los grupos					
Lambda de Wilks	.75	.88	.8	.76	.83	.85
Ratio F univariante	14.49	5.69	10.85	13.38	8.44	7.52
Nivel de significación	.00	.00	.00	.00	.00	.00

Tabla 3. Autovalores

Función	Autovalor	% Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
1	.97	61.6	61.6	.70
2	.6	38.4	100	.61

2.- Capacidad de proporcionar unas funciones discriminantes que maximizaran la varianza intergrupo frente a la varianza intragrupo.

Teniendo en cuenta tales requisitos, se procedió a la selección de las variables predictoras. Para ello y en primer lugar, se seleccionaron aquellas variables que, sobre una base univariante, presentaban diferencias estadística-

mente significativas entre las medias de los grupos, procedimiento que se llevó a cabo mediante el estadístico Lambda de Wilks. Posteriormente, se aplicó un análisis de correlación bivariada, con el fin de extraer un conjunto de variables que no guardaran niveles de correlación estadísticamente significativas y que, al mismo tiempo, pudieran ofrecer unos resultados altamente predictivos y clasificatorios.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen las variables finalmente seleccionadas para la realización del análisis discriminante. Se indica la escala de medida de cada una de ellas, así como las siglas que se van a utilizar a partir de ahora para referirnos a cada una de las variables.

Para derivar las funciones discriminantes, los resultados se validaron mediante los dos métodos de cálculo posibles: simultáneo y por etapas. Sin embargo, al ser reducido el número de variables independientes y ofrecer el método simultáneo unos resultados más discriminativos, finalmente se optó por éste.

Antes de proceder a la estimación de las funciones discriminantes y a la valoración del ajuste global del modelo, se hará un repaso de las medias y desviaciones típicas que cada variable presenta en cada grupo, con el fin de analizar si éstos son significativamente diferentes en lo respectivo a una sola variable.

La Tabla 2 refleja las medias y desviaciones típicas de los grupos, los valores Lambda de Wilks y los ratios F univariantes (ANOVAs simples) para

cada variable independiente.

La observación de los niveles de significación de las variables individuales revela que sobre una base univariante, todas presentan diferencias estadísticamente significativas.

Al tener tres grupos se obtienen dos funciones discriminantes (Tabla 3). La primera es la que ofrece un valor

Tabla 4. Lambda de Wilks

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	Gl	Sig.
1 a la 2	.31	97.55	12	.00
2	.62	40.06	5	.00

propio mayor (.97) y por tanto una mayor variabilidad entre grupos (61.6%), en tanto que la segunda, interrelacionada con la primera, explica el 38.4% de la varianza restante.

El contraste de las funciones llevado a cabo con el estadístico Lambda de Wilks (Tabla 4), aporta un valor Chi-cuadrado de 97.55 con un nivel de significación $p = .00$, signo inequívoco de que las medias de ambas funciones en los tres grupos son claramente diferentes. La segunda función aporta un valor Chi-cuadrado 40.06 con un nivel de significación $p = .00$, lo que indica que ésta también contribuye significativamente a la diferenciación entre los grupos.

Para determinar la importancia relativa de cada variable independiente en la discriminación de los grupos, se han utilizado dos métodos:

- 1) Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes.
- 2) Las cargas discriminantes o correlaciones de estructura.

En la Tabla 5 se observa que es la variable BLi-prof la que aporta un mayor peso discriminante a la primera función (.6), seguida de TP21 (-.56) y así sucesivamente. En el caso de la segunda función, es la variable CPQIII la que presenta una mayor contribución (.55),

Tabla 5. Coeficientes estandarizados

	FUNCIÓN	
	1	2
CPQIII	.49	.55
TP21	-.56	-.2
Frufrd	.23	-.36
Bebs	-.14	.54
Hjueg	.49	-.52
BLi-prof	.6	.11

Tabla 6. Correlaciones de estructura

	FUNCIÓN	
	1	2
BLi-prof	.58*	.09
TP21	-.43*	-.151
CPQIII	.358	.54*
Hjueg	.29	-.51*
Bebs	-.19	.47*
Frufrd	.23	-.35*

*Mayor correlación absoluta entre cada variable y la función discriminante.

Tabla 7. Puntuaciones Centroides

	FUNCIÓN	
	1	2
Obesos	-1.28	.37
Diabéticos	.23	-1.06
Peso Normal	1.05	.69

seguida con muy poca diferencia de Bebs (.54) y Hjueg (-.52). Por su parte, las correlaciones de estructura o cargas discriminantes que, como se puede observar en la Tabla 6 están ordenadas por la magnitud de la misma, reflejan una mayor correlación lineal entre la primera función discriminante y las variables BLi-prof (.58*) y TP21 (-.43*), y entre la segunda y las variables CPQIII (.54*), Hjueg (-.51*), Bebs (.47*) y Frufrd, (-.35*).

Las medias de los grupos de las funciones discriminantes canónicas, también conocidas como centroides de grupo, se presentan en la Tabla 7. Para la primera función, la puntuación de los obesos es de -1.28, la de los diabéticos .23 y la de los niños sanos de peso normal 1.05. En la segunda función, los obesos presentan una puntuación centroide de .37, los diabéticos -1.06 y los niños sanos de peso normal .69.

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones centroides, se ha llevado a cabo un Análisis de Varianza de un Factor. Tal y como se observa en la Tabla 8, la función 1 discrimina bastante bien entre los tres grupos, ya que las diferencias entre los centroides son estadísticamente significativas (obesos = -1.28; diabéticos = .23; peso normal = 1.05; $F = 42.38$, $p = .00$). Por su parte, la segunda función contribuye de manera estadísticamente significativa a discriminar entre el grupo de diabéticos y el resto, pero no es efectiva para hacerlo entre el grupo de obesos y sanos de peso normal, ya que las diferencias entre ambas medias no llegan a ser estadísticamente significativas (obesos = .37; diabéticos = -1.06; peso normal = .69. $F = 26.39$, $p = .00$).

Tabla 8. ANOVA de las puntuaciones centroides

	Obesos	Diabéticos	Peso normal	F	p
	Centroides	Centroides	Centroides		
Función 1	-1.28* obs-dbt	.23* dbt-obs	1.05* normal-obs	42.38	.00
Función 2	.37	-1.06* dbt-obs	.695	26.39	.00

Tabla 9. Resultados de la clasificación*

Grupo actual	Grupo de pertenencia pronosticado			Nº de casos
	1	2	3	
Obesos	24 (80%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)	30
Diabéticos	3 (10%)	21 (70%)	6 (20%)	30
Peso Normal	2 (6.7%)	6 (20%)	22 (73.3%)	30

*Clasificados correctamente el 74.44% de los casos

108 Tras el ajuste global del modelo quedan correctamente clasificados un 80% de niños obesos, un 70% de diabéticos y un 73,3% de niños sanos de peso normal, siendo finalmente un 74,44% el porcentaje de casos correctamente clasificados (Tabla 9).

DISCUSIÓN

Tal y como se ha indicado en el apartado "*Diseño y Método Estadístico*", las variables han sido seleccionadas en función de una serie de requisitos. Ello no significa que sean las que mejor discriminan a los grupos de entre todas las manejadas en el estudio, sino que el conjunto seleccionado ofrece una buena capacidad discriminante. Esta óptima capacidad predictiva ayuda a perfilar una serie de características grupales atendiendo a las puntuaciones medias más y menos elevadas de cada grupo que pasamos a describir:

1. Los obesos son percibidos por sus profesores como los menos líderes y populares (BLi-prof), en sus hogares se consumen menos frutas al día (Frfrd) y más bebidas azucaradas a la semana (Bebs), son los que dicen tener menos hambre mientras juegan (Hjueg) y se presentan como los más calmados, tranquilos y apacibles (CPQIII), así como los más insatisfechos y críticos consigo mismos (TP21).
2. Los diabéticos destacan en aspectos relacionados con la alimentación. Son los que dicen tener más hambre mientras juegan (Hjueg) y en sus hogares se consume más fruta fresca diariamente (Frufrd) y menos bebidas azucaradas a la semana (Bebs).
3. Por su parte, el conjunto de niños sanos de peso normal muestra puntuaciones más elevadas en las variables BLi-prof y CPQIII. Presentan un carácter independiente, obstinado, entusiasta, calculador y perspicaz, siendo percibidos por sus profesores como los más populares y líderes del grupo al que pertenecen. Por su parte, son los que muestran menor nivel de insatisfacción personal (TP21).

Los coeficientes estandarizados y las correlaciones de estructura han sido los métodos utilizados para determinar la importancia relativa de cada variable. Mediante los primeros se advierte que es el factor BLi-prof el que presenta la mayor ponderación relativa, seguido de TP21. Por su parte, las correlaciones de estructura insisten en el mayor peso que aportan los factores BLi-prof y TP21 a la primera función discriminante. Son estos factores los que vienen a aportar el mayor nivel de discriminación entre los tres grupos estudiados, y si atendemos a las puntuaciones medias de estas dos variables reflejadas en la

Tabla 2, podremos comprobar que son los obesos los más insatisfechos y críticos consigo mismos, así como los que tienden a ocupar en menor medida posiciones de liderazgo según el criterio del profesor. En la Conferencia de Consenso sobre Obesidad desarrollada por los Institutos Nacionales de Salud en 1985 se ponían de manifiesto las devastadoras consecuencias psicológicas de la obesidad en nuestra sociedad: "*La obesidad supone una enorme carga psicológica... En términos de sufrimiento, la carga puede ser el mayor efecto adverso de la obesidad*". Pero estas consecuencias psicológicas negativas, a diferencia de sus efectos físicos, no son un resultado inevitable de la obesidad, sino que derivan de la discriminación social desarrollada hacia las personas obesas. Hacia los siete años de edad el niño aprende las normas de atracción cultural¹⁷, y según éstas escoge a sus amigos principalmente guiado por sus características físicas¹⁸. Existen datos que demuestran que la aversión al "gordito" es ya evidente entre los escolares más pequeños, teniendo tal estigma social un efecto negativo sobre su autoconcepto, así como sobre su estatus psicológico^{17,19-24}.

Los diabéticos ocupan un lugar intermedio en las variables referidas. Reflejan un mejor nivel de autoestima y popularidad que los niños obesos aunque peor que los niños sin enfermedad crónica, datos concordante con los de otros autores que han comparado a la población diabética infantil con grupos control sin enfermedad^{3, 25-28}.

Teniendo en cuenta las características de la diabetes: evolución, cuidados diarios y exigencias con respecto a la dieta, sería lógico pensar que fueran los niños diabéticos los que presentarían un mayor índice de insatisfacción. Sin embargo, los datos obtenidos no apoyan tal hipótesis y es que, tal y como apunta¹⁰, la visibilidad de la enfermedad, así como la presencia de instrumentos ortopédicos, son aspectos específicos que favorecen una peor adaptación, comparado con trastornos ocultos (diabetes), que no son tan llamativos y que no conllevan una confrontación directa o una exigencia por parte de la sociedad. Es por tanto el componente visible de la enfermedad el que probablemente determina que sean los niños obesos y no los diabéticos los que expresen mayores índices de insatisfacción personal. Esta característica les delata y convierte en motivo de risas y ofensas, y los estudios muestran que altos niveles de insultos percibidos están asociados a efectos negativos, concretamente a alteraciones de la imagen corporal²⁹⁻³³.

Respecto las variables dietéticas o hábitos alimenticios, aunque la capacidad discriminante de éstas es menor que en las psicológicas, resulta interesante la posi-

ción extrema que mantienen las puntuaciones medias de los diabéticos respecto al resto. Aunque obesidad y diabetes requieren el seguimiento de un control dietético, el nivel de concienciación de los diabéticos y sus familias respecto a la importancia de respetar dicho control resulta mucho mayor que en los obesos y sus familias, debido a que los efectos se acusan de manera más directa e inmediata en la diabetes que en la obesidad. Según indica Polaino-Lorente³⁴, las dietas de los diabéticos no sólo son restrictivas (por la total omisión de ciertos productos), sino que deben estar reguladas en el tiempo, la cantidad y la calidad, en función de cuáles sean sus requerimientos energéticos y la dosis de insulina que se inyectan. Por su parte, tal y como plantean el Endocrinology Center y el New England Diabetes, lo recomendable es que la totalidad de la familia se adapte y/o modifique sus hábitos alimentarios en apoyo a un comportamiento nutricional más saludable para éste³⁵, y así lo reflejan los datos de este estudio, en el que atendiendo a las puntuaciones medias se puede comprobar que es en el hogar de los diabéticos donde más fruta fresca se consume al día y menos bebidas azucaradas, justo lo contrario de lo ocurrido en las familias de los obesos, a pesar de que en el tratamiento de los mismos es fundamental la colaboración de la familia³⁶.

A modo de resumen y en función de los objetivos propuestos, podemos decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en los perfiles promedios del conjunto de variables seleccionadas; que las variables predictoras que mejor discriminan a los grupos son los factores TP21 y BLi-prof, el primero relacionado con la autoestima negativa e insatisfacción personal y el segundo con la percepción que tiene el profesor de la popularidad o capacidad de liderazgo del niño; y, finalmente, que con el conjunto de variables seleccionadas quedan correctamente clasificados el 74,4% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Fam Process* 1987; 26: 203-221.
2. Rodríguez-Sacristán Cascajo A. Consideraciones en torno al tratamiento psicopediátrico de la obesidad infantil. En: JA Bermúdez y A de los Santos, editores. *Psicoendocrinología del niño y del adolescente*. Pharmacia; 2002. p. 349-359.
3. Martínez Ch Mj, Lastra MI y Luzuriaga TC. Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *An Esp Pediatr*. 2001; 55: 406-412.
4. Zimmerman-Tansella Ch. Factores psicosociales en las enfermedades crónicas en la infancia. En: J Rodríguez-Sacristan, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. T.II. Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios; 1995. p. 1089-1103.
5. American Academy Pediatrics Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health. *Pediatrics* 1993; 92: 876-878.
6. Breslau N. Psychiatric disorder in children with physical disability. *J Am Acad Child Psychiatr*. 1985; 24:87-94.
7. Cadman D, Boyle M, Szatmarib P, Offord DR. Chronic illness, disability and mental and social wellbeing: Findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 1987; 79: 805-813.
8. Howe GW, Feinstein C, Reiss D, Molock S, Berger K. Adolescent adjustment to chronic physical disorders-I. Comparing neurological and non neurological conditions. *J Child Psychology Psychiatr* 1993; 34: 1153-1171.
9. Beresford BA. Recourses and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *J Child Psychol Psychiatr* 1994; 35: 171-209.
10. Perrin EC, Ayoub CC, Willet JB. In the eyes of the beholder: Family and maternal influences on perceptions of adjustment of children with chronic illness. *Dev Behav Pediatr* 1993. 14: 94-105.
11. Stein RfK, Jessop DJ. A non categorical approach to chronic childhood illness. *Public Health Rep* 1982. 97:354-362.
12. Vera N. Fernández C. *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca;1989.
13. Sarria A, Fleta J, Moreno L, Garagorri JM, Calvo MJ, Bueno M. Las encuestas dietéticas como método de determinación del comportamiento alimenticio del niño obeso. *Nutr Clin Diet Hosp* 1985; V (2):11-20.
14. Porter RB, Cattell RB. *Cuestionario de Personalidad para Niños*. TEA Ediciones; 1986.
15. Hernández P. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. TEA Ediciones; 1987.
16. Silva Moreno F, Martorell Pallás MC. *Batería de Socialización (para profesores y padres)*. TEA Ediciones; 1989.
17. Feldman W, Feldman E, Goodman JT. Culture versus biology: Children's attitudes towards thinness and fitness. *Pediatrics* 1988; 81: 190-194.
18. Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. *J Pers Soc Psychol* 1967; 7:101-104.
19. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD. Are overweight children unhappy?: body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (9): 931-935.
20. Goldfield A, Chrisler J. Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Percept Mot Skills* 1995; 81(3 Pt 1): 909-910.
21. Hill AJ, Silver EK. Fat, friendly and unhealthy: 9 years old children's perception of body shape stereotypes. *Int J Obes Relativ Metabolic Disor* 1995; 19 (6): 423-430.
22. Kimm SY, Sweeney CG, Janosky JE, MacMillan JP. Self-concept mea-

- sure and childhood obesity: a descriptive analysis. *J Dev Behav Pediatr* 1991; 12 (1): 19-24.
23. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res* 2003; 11: 452-456.
 24. Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 746-52.
 25. Close H, Davies A, Price DA, Goodyear M.I. Emotional difficulties in diabetes mellitus. *Arch Dis Child* 1986; 61: 337-340.
 26. Seigel WM, Golden NH, Gough JW, Lashley MS, Sacker MI. Depression, self-esteem and life events in adolescents with chronic diseases. *J Adolesc Health Care* 1990; 11: 501-504.
 27. Engström L. Mental health and psychological functioning in children and adolescents with inflammatory bowel disease: a comparison with children having other chronic illness and with healthy children. *J Child Psychology Psychiatr* 1992; 563-582.
 28. Hoare P, Mann H. Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes. *J Psychosom Res* 1994; 8: 859-869.
 29. Cash TF, Green GK. Body weight and body image among college women: perception, cognition and affect. *J Pers Assess* 1986; 50: 290-301.
 30. Fabian LJ, Thompson JK. Body image and eating disturbance in young females. *Int J Eat Disor* 1989; 8: 63-74.
 31. Grilo CM, Wilfley DE, Brownell KD, Rodin J. Teasing, body image and self-esteem in obese women. *Addic Behav* 1994; 19: 443-450.
 32. Thompson JK. Body shape preferences: Effects of instructional protocol and level of eating disturbance. *Int J Eat Disor* 1991; 10: 193- 198.
 33. Thompson JK, Psaltis K. Multiple aspects and correlates of body figure ratings: A replication and extension of Fallon and Rozin. *Int Jour Eat Disor* 1988; 7:813-818.
 34. Polaino-Lorente A. Estrategias de intervención en psicología clínica de la diabetes infanto-juvenil. En: JM Alberca, C Prieto, editores. *Manual práctico de psicología clínica y de la salud*. Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. 1996. p.405-430.
 35. Brink SJ. Pediatric and adolescent nutrition issues: glycemic index; fiber, lipids, sodium, and other nutrient controversies in insulin-dependent diabetes mellitus. En: SJ Brink, editor. *Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus*. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc. 1987. p. 273-303.
 36. Azcona SJC, Romero MA, Bastero MP, Santamaría M. Obesidad infantil, *Rev Esp Obes* 2005; 3 (1): 26-39.

O. Herreros Rodríguez
B. Rubio Morell

Psicofarmacología e infancia. ¿Dónde reside la ética?

Unidad Psiquiátrica Infantil. Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)

Psychopharmacology and childhood: Where ethics are?

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Psiquiatría (Consultas Externas).
Ofra - La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las últimas dos décadas de la Psiquiatría Infanto-Juvenil en Estados Unidos, y en menor medida aunque de forma creciente en Europa, han estado marcadas por las controversias sobre el uso en aumento de psicofármacos en la infancia. Si la bandera de tales controversias ha sido los psicoestimulantes y la notable progresión de su receta, nuevos psicofármacos han ido, e irán, uniéndose a medida que su uso se va ampliando y las indicaciones en infancia van incluyéndose en sus licencias. Por otra parte, los medios (revistas, televisión, internet), con demasiada frecuencia desde una perspectiva sensacionalista y de escasa información contrastada, añaden polémica en relación con sus efectos secundarios, su mal uso o los riesgos de desarrollar dependencias.

En un estudio sobre patrones de uso de psicofármacos en la infancia realizado a escala nacional en Estados Unidos¹ comparando los fármacos utilizados en una muestra del año 1987 (10.389 niños de 0 a 18 años) y en otra del año 1996 (6.490 niños en el mismo rango de edad), se vio que la proporción total de sujetos en tratamiento psicofarmacológico pasó del 1,4% en 1987 al 3,9% en 1996 (figura 1), multiplicándose casi por cuatro el uso de psicoestimulantes, antidepresivos (sin apenas diferencias en el incremento entre tricíclicos y nuevos ISRS) y estabilizadores del humor, y manteniéndose estable el de antip-

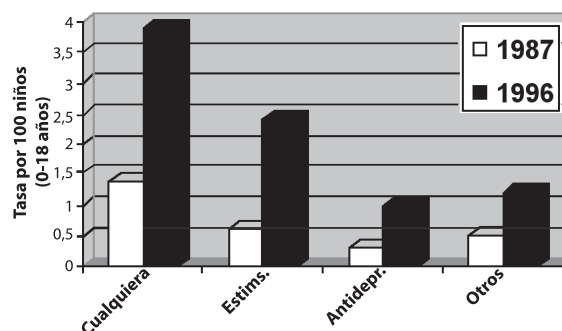


Figura 1. Comparativa de uso de psicofármacos en niños de EE.UU. (1987-1996).

sicóticos. Dos últimos datos llamativos de este estudio son el notable incremento relativo en la polifarmacia (del 0,03% en 1987 al 0,23% en 1996) y, a pesar de los datos generales, el escaso aumento relativo de la prescripción en menores de 6 años (del 0,46 al 0,82%), realizado sobre todo a costa de los psicoestimulantes.

Evidentemente, los datos obtenidos en población estadounidense no son en absoluto aplicables a la población española, y, puesto que la creciente preocupación de las distintas Administraciones por el aumento del gasto farmacéutico aún no ha devenido en un ataque a la práctica

112 clínica de la Psiquiatría, General ni Infanto-Juvenil, podemos inferir que esta tendencia no se está produciendo en la actualidad de manera “alarmante” en nuestro país. No obstante, no podemos evitar plantearnos que, si esto no está ocurriendo, quizás se deba a que los Psiquiatras de España que actualmente atienden a la población infantil son una gota en el mar de la Sanidad y las recetas, y que la esperable (deseable y muy necesaria) modificación de esta situación puede llevar a una progresión similar de las prescripciones.

En este contexto, parece que resolver el debate clínico y ético de la psicofarmacología en la infancia es una tarea, si no urgente, si actual y necesaria para saber dónde estamos, hacia dónde vamos y cuáles son nuestros criterios y motivos para prescribir.

La infancia es el período clave de maduración y desarrollo de la persona, y nuestros conocimientos actuales sobre dicha maduración, por no hablar de diferencias metabólicas o de la validez de los datos extrapolados de adultos a niños cara a un tratamiento, farmacológico o de cualquier otro tipo, son limitados. Muchos planteamientos clínicos en la infancia son especulativos, y las evidencias sobre seguridad, eficacia, o impacto en el desarrollo, descansan en datos dispersos, estudios aislados o simplemente apriorismos del clínico sin ulterior contraste científico.

Por otra parte, queda mucho camino por recorrer en cuestiones como la estabilidad y la validez diagnósticas, las formas de expresión de los síntomas o las características de lo que se considera respuesta al tratamiento. En la mayor parte de los casos, ni siquiera se dispone de patrones universales contrastados (los llamados “gold standard”) frente a los que comparar una determinada práctica clínica o una intervención terapéutica. Esto ha llevado a plantear estudios con criterios de inclusión muy definidos y excluyentes, que contemplan los casos más graves pero que a la vez limitan su validez y su generalización a la práctica clínica, en la que el paciente real suele ser muy diferente al caso sujeto de estudio.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ÉTICA

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua (21^a edición), define la ética como la “parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”, y la moral como, en cuanto a lo que aquí atañe, lo “perteciente o relativo a las acciones o caracteres de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia”, “que no concierne al orden jurídico, sino al fuero interno o al respeto humano”, siendo una “ciencia que trata del bien

en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia” (acepciones 1, 4 y 5).

Así, la ética no es tanto un motivo de investigación como de búsqueda personal y de exigencias prácticas. Basada en el principio moral de “no hacer a los otros lo que no quieres para ti mismo”, su fin es regular las relaciones personales del mismo modo que la ley regula las relaciones sociales. Sin embargo, mientras que el respeto a la ley depende del temor a las consecuencias de su quebrantamiento, el respeto a la ética, en tanto que dictada desde el interior de cada persona, depende de los componentes ideológicos, culturales y de formación intelectual, conocimiento y experiencia de cada uno.

La Psiquiatría ha sido considerada como la disciplina médica con un carácter más humanístico, perceptora del ser humano desde una dimensión holística, física y psíquica, y por tanto más preocupada que otras del sufrimiento humano y de las exigencias morales que acompañan a éste. En tal contexto, las exigencias del trato con niños, los seres humanos más dependientes y por tanto más vulnerables, deben ser si cabe más estrictas. Así, los principios básicos de la ética en Psiquiatría Infanto-Juvenil deben emanar de tres fuentes fundamentales: los principios tradicionales de la ética médica (de los que el Juramento Hipocrático es el origen), los derechos del niño y su familia (basados en la Declaración Universal de Derechos Humanos), y el respeto a la tradición cultural y legal de cada país o grupo humano. Finalmente, la aplicación de un determinado tratamiento debe decidirse, desde el punto de vista ético, en función de su eficacia, su adecuación al trastorno a tratar, su aplicabilidad en el caso concreto y el consentimiento informado de las partes afectadas.

IDENTIFICANDO LA “EFICACIA DEL TRATAMIENTO”

En el año 1995, la Society of Clinical Psychology estadounidense propuso tres categorías de eficacia en los tratamientos²: 1) tratamientos de eficacia bien establecida, 2) tratamientos probablemente eficaces, y 3) tratamientos experimentales (tabla 1). La distinción básica entre el tratamiento bien establecido y el probablemente eficaz radica en la presencia de un placebo como control de la respuesta. Además, el primero exige la confirmación del resultado por al menos un segundo investigador o grupo de investigadores. Cabe destacar, para ambas categorías, que, si bien la demostración ideal de eficacia se sustentaría mediante ensayos clínicos aleatorizados (el paciente es asignado al tratamiento en estudio o al grupo de control de forma aleatoria), puede plantearse dicha

Tabla 1.- Criterios de tratamiento validado empíricamente

I.- Tratamientos de eficacia bien establecida

A.- al menos dos experimentos con un buen diseño de grupos demostrando eficacia:

- 1) superior a un placebo (pastilla, psicológico u otro); o,
- 2) equivalente a un tratamiento ya establecido, con experimentos de adecuada potencia estadística (unos 30 sujetos por grupo).

B.- una serie amplia de experimentos de caso único ($n > 9$) demostrando la eficacia mediante:

- 1) el uso de buenos diseños experimentales; y,
- 2) la comparación de la intervención con otro tratamiento del nivel A1.

Además, tanto A como B deben incluir:

- C.- el experimento se rige por un manual de tratamiento.
- D.- las características del paciente deben estar bien definidas.
- E.- los resultados deben demostrarse con dos investigadores o dos equipos de investigadores diferentes.

II.- Tratamientos probablemente eficaces

- A.- dos experimentos que demuestren que el tratamiento es más eficaz que un grupo control formado por pacientes en lista de espera.
- B.- uno o más experimentos que reúnan los criterios I.A, I.C y I.D.
- C.- una serie de experimentos de caso único ($n > 3$) que reúnan los criterios I.B, I.C y I.D.

demonstración mediante estudios de caso único con un diseño adecuado, lo que no deja de tener una potencial gran importancia para la clínica.

Por último, se define como “tratamiento experimental” aquel tratamiento que no cumple los requisitos de alguna de las dos categorías previas, ya sean tratamientos tradicionales no suficientemente evaluados o nuevos tratamientos aún no sometidos a prueba con los criterios referidos. Obviamente, estas categorías son dinámicas, pudiendo un tratamiento pasar de una a otra en función de las nuevas pruebas científicas existentes.

La American Academy of Family Physicians³ y el Oxford Centre for Evidence Based Medicine⁴ plantean criterios similares a la hora de tomar la decisión de indicar un determinado tratamiento, proponiendo cinco categorías de valoración (de la A a la E, tabla 2) en relación con tres niveles de prueba sobre la eficacia de la intervención (tabla 2).

Antes de finalizar debe recalcarse de nuevo la importancia de los diseños de caso único. Los datos farmacoepidemiológicos estadounidenses han generado en

Tabla 2.- Niveles de prueba (AAFP)

Nivel I	Evidencia con, al menos, un ensayo controlado y randomizado
Nivel II-1	Evidencia con ensayos controlados y bien diseñados, pero no randomizados
Nivel II-2	Evidencia con estudios observacionales bien diseñados (de casos y controles, cohortes, etc.), preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación
Nivel II-3	Series temporales o resultados muy importantes de estudios no controlados
Nivel III	Opinión de expertos, experiencia clínica, estudios descriptivos, publicaciones de casos, indicaciones de comités de expertos

Categoría A: buena evidencia (de nivel I)
Categoría B: evidencia leve (al menos nivel II)
Categoría C: evidencia insuficiente, pero recomendable por otros motivos (estudios de calidad pero con resultados en conflicto)
Categoría D: evidencia leve en contra
Categoría E: buena evidencia en contra

dicho país un interés creciente por la investigación de la psicofarmacología en preescolares, lo que ha llevado a la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Workgroup on Research) a elaborar una propuesta de estrategias de estudios psicofarmacológicos en este grupo de edad⁵. En dicha propuesta, frente a la dificultad para obtener muestras amplias y homogéneas y para decidir qué tratamientos incluir o excluir en el ensayo (por ejemplo, las intervenciones psicosociales en casos graves), se plantea como solución la promoción intensiva de diseños de caso único por parte de la AACAP, la American Psychiatric Association y la American Academy of Pediatrics, en un intento de no privar a niños que precisen de múltiples intervenciones de su aplicación ni de su inclusión en estudios bien diseñados, facilitando además el interés del clínico por este tipo de estudios mediante su promoción oficial, interés que de otro modo se ve limitado por su aparente poca importancia frente a otros estudios con tamaños muestrales grandes. Además, debe resaltarse de nuevo la importancia que esto tiene para la clínica, al ser diseños aplica-

114 bles a la práctica habitual y más cercanos a la realidad de paciente.

ADECUACIÓN Y APLICABILIDAD: LA INMORALIDAD DE NO SABER

En la mayor parte del mundo, el trabajo en salud mental infantil y en la promoción del desarrollo psicosocial del niño no recibe la atención que merece. Otras tareas de salud públicas son aparentemente más urgentes o más importantes. Ello es reflejo del pobre conocimiento por parte de las Administraciones de la importancia de los trastornos mentales y de su intervención y prevención, fruto todavía de una época en que su tratamiento era una cuestión de ensayo y error frente a los notables beneficios obtenidos de una mínima inversión en el estudio y formación en las patologías somáticas (distinguidas de las psiquiátricas, curiosamente, con el término de “médicas”). Pero hoy las cosas ya han cambiado. La mortalidad producto de las enfermedades está disminuyendo a tal ritmo que, en un futuro cercano, el mantenimiento de dicha progresión exigirá programas y recursos cada vez más complejos y costosos.

Ante este desarrollo, las instancias responsables de la salud de cada comunidad no están preparadas para la prevención, intervención y tratamiento de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil. En muchas partes del planeta la Psiquiatría Infanto-Juvenil sigue siendo una disciplina marginal, dependiente de otras áreas (no siempre afines ni sensibles a sus objetivos) y con unos límites confusa y pobremente definidos en cuanto a sus objetivos y competencias. La formación de pediatras y médicos generales (el primer nivel de atención de salud) en los trastornos mentales de la infancia y adolescencia no es uniforme, hay escaso acuerdo sobre la forma de realizarla e incluso hay voces discordantes sobre su necesidad. Igualmente, incluso dentro de un mismo país hay criterios claramente divergentes entre unas Administraciones y otras sobre la necesidad de disponer de una red de Salud Mental Infanto-Juvenil específica y sobre cómo debe estructurarse y cuales serían sus competencias. Más aún, los especialistas en Psiquiatría Infanto-Juvenil son escasos, y sus oportunidades para formarse, enseñar e investigar son pobres, dispares y en modo alguno homogéneas.

Otro aspecto de este rechazo cultural a contemplar, aceptar y asumir la enfermedad mental en la infancia ha marcado igualmente la investigación en Psiquiatría Infanto-Juvenil. La aversión, el miedo y las creencias no justificadas han dejado durante años enormes áreas

de patología y potenciales tratamientos sin explorar, dejando, en la práctica, a amplios grupos de población infantil desasistidos de su derecho a recibir el mejor de los tratamientos posibles (no de los disponibles, o de los contrastados, o de los aparentemente menos lesivos), y llevando el principio moral del “primum non nocere” hasta el extremo de la inacción. Esto ha producido la necesidad práctica, en la clínica, de exponer a los niños a riesgos desconocidos con psicofármacos a partir de inferencias de sus efectos en adultos, lo que eleva la frecuencia de efectos indeseables inesperados y disminuye la probabilidad de su detección sistemática.

Por otra parte, tal situación ha determinado la supervivencia de decenas de los llamados “tratamientos no convencionales”, caracterizados por el rechazo sistemático a su evaluación científica por terceras personas, la utilización de la publicidad ante el sufrimiento ajeno para aproximarse a sus potenciales clientes e incluso, en ocasiones, la negación de la existencia de la patología cuya cura, por supuesto, garantizan.

Estamos, pues, ante el compromiso ético de reconocer nuestra ignorancia y nuestra necesidad de saber y estudiar. Tenemos la obligación de diseñar y llevar a cabo investigaciones, responsables y respetuosas con el niño, que permitan sacar a la Psiquiatría Infanto-Juvenil del pozo de la inacción e, incluso, de la marginalidad dentro de las ciencias que tratan del enfermar humano.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA PSICOFARMACOLOGÍA EN LA INFANCIA

En general, pueden distinguirse tres tipos de intervenciones clínicas terapéuticas:

1. El experimento terapéutico, dirigido a la adquisición de conocimientos sobre una determinada intervención, y en el que el paciente no obtiene ningún beneficio;
2. El estudio terapéutico, dirigido también a la adquisición de conocimientos sobre una determinada intervención, pero en el que el paciente obtendrá un beneficio probable; y
3. El tratamiento bien establecido, cuya administración no proporcionará nuevos conocimientos, pero que producirá un beneficio seguro para el paciente.

La escasa disponibilidad, aunque creciente, de estudios psicofarmacológicos específicamente realizados en población infanto-juvenil, ha hecho que la mayor parte de las intervenciones terapéuticas en la práctica clínica habitual deban enmarcarse más propiamente en la categoría de “estudios terapéuticos” que en la de “trata-

mientos bien establecidos”. Las intervenciones clínicas en Psiquiatría Infanto-Juvenil se enfrentan así a una paradoja: por un lado, no es ético utilizar tratamientos sin una eficacia probada científicamente, por otro, hay problemas éticos para valorar científicamente la eficacia de un tratamiento. Ello ha obligado al uso de fármacos en la clínica sin disponer de estudios controlados que avalen su eficacia, adoptando resultados obtenidos de la experiencia con adultos, al considerar, no sin razón, que existe un imperativo ético superior en intentar tratar un trastorno o mejorar la calidad de vida de un niño y su entorno que en no asumir riesgos desconocidos ante la falta de evidencias sobre los efectos de un cierto fármaco. La búsqueda de la salud, como bien fundamental, debe primar sobre otras consideraciones, y, por tanto, el desarrollo de tratamientos eficaces y su comprobación científica son imperativos en la Psiquiatría Infanto-Juvenil, aunque teniendo en cuenta las particularidades de este grupo de población.

Todo ensayo clínico en niños y adolescentes debe reunir los siguientes requisitos:

- a) Inviolabilidad del paciente, es decir, dentro de los riesgos inherentes a todo ensayo, asumir los aceptables con una probabilidad razonable de eficacia del tratamiento;
- b) Información completa, razonable y comprensible para el paciente y su familia;
- c) Poder de decisión tanto del niño como de la familia para aceptar o no participar en el ensayo, teniendo en cuenta no obstante la gravedad del trastorno y la capacidad para decidir de ambos;
- d) Criterios de selección adecuados;
- e) Asumir el rol de terapeuta tanto como el de investigador, evitando que la primacía del segundo dañe los beneficios del sujeto como paciente;
- f) Plantear objetivos de relevancia científica y sanitaria reales;
- g) Adoptar un sistema de control tanto interno (del propio equipo clínico o investigador) como externo (tanto de un comité ético como de otro equipo o mediante el seguimiento de criterios establecidos, por ejemplo la Declaración de Helsinki⁶ o la Declaración de Madrid⁷).

Considerando, como ya se ha recalcado anteriormente, la escasa evidencia actual para muchos de los psicofármacos potencialmente beneficiosos en la clínica psiquiátrica infanto-juvenil, ésta debería ajustarse, para alcanzar un nivel de compromiso ético aceptable, a tales requisitos.

REFLEXIONES FINALES

Lo expuesto hasta aquí puede hacer pensar en un panorama poco halagüeño y hasta sombrío. Lejos de ello, no podría ser más apasionante y retador, más estimulante para el clínico ni más atractivo para el investigador. Pocas áreas de la Medicina, hoy día, pueden ofrecer más oportunidades para aprender cada día ni más armas potenciales que reconocer, estudiar, comprender y utilizar. Si el contexto es pobre, no lo es más que en muchos otros entornos vecinos, ni disponemos de menos capacidad y posibilidades de hacer que el futuro sea diferente. Este es el reto, la obligación ética y científica a la que tenemos que enfrentarnos.

La Administración, como figura jurídica, se enfrenta a un compromiso legal. Frente a ello, el clínico, aunque limitado por la ley, debe encarar su compromiso ético. Esto, en muchas ocasiones, no es sostenible desde el plano individual. Ni debe serlo, puesto que llevaría a una situación de figuras de prestigio, individuales, justificables por sí mismas pero con escasas posibilidades de generar una corriente continua, progresiva y duradera que pueda modificar hacia el futuro el panorama actual de forma sostenible.

Deben pues comenzar a surgir “grupos de presión” avalados, desde un punto de vista científico y corporativo, en el mejor sentido de la palabra, que puedan constituir grupos de expertos capaces de evaluar los niveles de prueba (“evidence”) y la justificación de uso de las intervenciones terapéuticas, ya sean farmacológicas o no, así como foros de discusión en tales materias. Igualmente, esto debe facilitarse mediante el acceso a estudios y publicaciones de nivel científico, así como mediante la creación de estructuras que permitan compartir la información de relevancia clínica, comunicar y publicar las experiencias terapéuticas, y que permitan también recibir la formación necesaria tanto en el terreno clínico como en el investigador. A ello se une, necesariamente, la obligación de comunicar y publicar por parte del clínico, de exigir dicha formación, y la obligación de diseñar estándares de evaluación, abordaje e intervención terapéutica por tales grupos de expertos, de fácil acceso e implementación factible.

Así, el reto es, como se decía al principio, apasionante. Pero no es sólo un reto científico, es también un compromiso y una obligación ética de cada uno, y sobre todo de todos en común. El progreso de la Psiquiatría Infanto-Juvenil como disciplina independiente pasará, necesariamente, por la asunción de la tarea común de dirimir qué estamos haciendo, y, sobre todo, cómo debe hacerse.

116 BIBLIOGRAFÍA

1. Olfson M, Marcus SC, Weissman MM, Jensen P (2002). National Trends in the Use of Psychotropic Medications by Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41 (5): 514-521.
2. Chambless DL & Hollin SD (1998). Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66 (1): 7-18.
3. American Academy of Family Physicians. Levels of evidence in AFP. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20020101/levels.html> (acceso 15 de Noviembre de 2009).
4. Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford University. Levels of evidence and grades of recommendation. Disponible en http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp (acceso 15 de Noviembre de 2009).
5. Greenhill LL, Jensen PS, Abikoff H, et al. (2003). Developing Strategies for Psychopharmacological Studies in Preschool Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (4): 406-414.
6. <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/helsinki.htm> (acceso 15 de Noviembre de 2009).
7. <http://www.wpanet.org/content/madrid-ethic-spanish.shtml> (acceso 15 de Noviembre de 2009).

V. Sánchez Vázquez¹
T. Guijarro Granados²
Y. Sanz López¹

Guía para el desarrollo de los Trastornos del Espectro Autista

1 Psicólogo clínico.
2 Psiquiatra
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Reina
Sofía. Córdoba

Guidance on the implementation of the management process of Autism Spectrum Disorders

Correspondencia:

E-mail: usmi.hrs.sspa@juntadeandalucia.es

RESUMEN

La gestión por procesos es una herramienta imprescindible en todo plan de calidad sanitario. En este artículo la metodología de la gestión por procesos se aplica a los Trastornos del Espectro Autista. Con la finalidad de servir de guía se señalan su estructura, objetivos, flujos y coordinación interniveles. Se concluye apostando por esta línea estratégica como forma de aumentar la salud y satisfacción de los pacientes con Trastornos del Espectro Autista (TEA) y sus familiares.

Palabras clave

Gestión por Procesos, Calidad asistencial, Trastornos del Espectro Autista, Autismo.

ABSTRACT

The process management is an indispensable tool in any health quality plan. In this article, the methodology of management processes applies to Autism Spectrum Disorders. Aiming to serve as a guide the article identifies its structure, objectives, and coordination between flows. The conclusion is betting on this strategy as a way of increasing health and satisfaction in patients with autism spectrum disorder (ASD) and their families.

Key words

Management processes, quality of care, Autism Spectrum Disorders, Autism.

INTRODUCCIÓN

En 1988 surge, con el patrocinio de la Comunidad Europea, la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM), como respuesta a los modelos previos de Gestión de Calidad de Japón y Estados Unidos y al constatarse la necesidad de impulsar la calidad como factor esencial de desarrollo y competitividad de las empresas. Posteriormente, en 1991 se elabora el Modelo EFQM de Excelencia del que se deriva el Premio Europeo de Calidad, inicialmente orientado hacia las grandes empresas del sector privado. El modelo EFQM es el de mayor uso y consideración en Europa, y se ha convertido en una herramienta básica para la evaluación de la calidad de las organizaciones. Desde sus inicios, el EFQM se ha desarrollado como ayuda a la creación de organizaciones fuertes que practiquen los principios de la administración de la calidad global en sus procesos de negocios, en sus relaciones con sus empleados, clientes, accionistas y comunidades donde operan¹.

El mismo modelo aplicado a las empresas privadas es adaptado en 1995 para el sector público, estableciéndose en 1998 el grupo de trabajo para la aplicación del modelo al sector sanitario, centro de nuestro interés.

Como desarrollo de la mejora de la gestión de la calidad asistencial, diversas Comunidades Autónomas del Estado Español están implantando este modelo

118 de gestión sanitaria. En esta línea, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía plantea su Plan de Calidad, que desde el año 2000 orienta la calidad asistencial en esta comunidad autónoma². Lejos de ser un instrumento acotado temporalmente, el Plan de Calidad propone una estrategia de fondo, a largo plazo, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)³. Se hace una apuesta clara por la calidad asistencial, entendida como un concepto integral donde intervienen múltiples variables pero donde la satisfacción del ciudadano es el elemento irrenunciable de calidad, y donde la continuidad asistencial pasa a ser elemento clave y determinante. El desarrollo estratégico de este Plan de Calidad define siete líneas de desarrollo. En la primera, “Línea de Calidad y Procesos Asistenciales”, se enmarca de modo preferente el presente trabajo. Esta línea estratégica se sustenta en el principio de la “continuidad asistencial”, en la que intervienen diferentes profesionales y niveles asistenciales, teniendo por objetivo final la salud de los ciudadanos⁴.

Para la EFQM, un proceso se define como la organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico. Desde el punto de vista de la organización sanitaria, un “proceso asistencial” sería el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria que tienen como finalidad incrementar el grado de salud y satisfacción de la población que recibe los servicios tanto sanitarios como organizativos⁵, e implica mecanismos de coordinación en horizontal centrados en el usuario⁶.

DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

Lo definiríamos como el conjunto de actividades de detección, diagnóstico, atención y tratamiento de los problemas emocionales, conductuales, cognitivos, comunicacionales y relacionales que aparecen en los niños con trastornos del espectro autista o trastornos generalizados del desarrollo (F84. CIE-10) y concomitantes, de carácter secundario, que puedan aparecer en su entorno vital⁷.

Esto exige la implicación de diferentes servicios, dispositivos e incluso instituciones diversas, que aportan valor añadido a todo o parte del proceso. Se deben reflejar las actividades de cada cual, concatenadas entre sí, manteniendo en lo posible la linealidad y definiendo sus entradas y salidas al sistema. Las responsabilidades deben ser concretas y localizadas, evitando la ambigüedad y la dispersión.

OBJETIVOS

1. Detección precoz.
2. Coordinación con los dispositivos sanitarios y no sanitarios con implicaciones en estos trastornos.
3. Establecer un plan continuado de atención.
4. Disminuir el tiempo de inicio del tratamiento en los niños más pequeños.
5. Creación de dispositivos de referencia.
6. Aumentar la calidad de la intervención con programas de día.
7. Sistematizar el diagnóstico, las técnicas de exploración y el tratamiento.
8. Desarrollar sistemas de apoyo a la familia.

ESTRUCTURA

1. Detección precoz

- 1.1. Introducción. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la importancia de la intervención temprana en el tratamiento de los niños autistas. Los beneficios respecto a su autonomía, desarrollo del lenguaje y calidad de vida son innegables⁸. Por lo tanto, el interés por la identificación temprana de los trastornos del espectro autista radica en la evidencia acumulada que establece que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría del pronóstico en la mayoría de los casos⁹. Este supuesto plantea la necesidad del diagnóstico y la identificación precoz de los niños para poder beneficiarse de los programas de estimulación precoz. Por lo tanto se ha de: a) Facilitar la identificación temprana de niños con riesgo de padecer un trastorno del espectro autista, para que se les pueda remitir inmediatamente a las Unidades de Salud Mental Infantil (USMI) para una evaluación diagnóstica completa que permita iniciar lo antes posible la intervención; y, b) Acortar el tiempo que transcurre desde las primeras sospechas hasta el diagnóstico del caso, con la finalidad de reducir el estrés y sufrimiento familiar.
- 1.2. Método
 - 1.2.1. Aplicación del M-CHAT a los 24 meses por los pediatras de AP.
 - 1.2.2. Derivación con carácter preferente de los casos positivos a las Unidades de Salud mental Infantil (USMI).
 - 1.2.3. Valoración y diagnóstico en USMI según protocolo.
 - 1.2.4. Casos positivos: Programa de Atención Temprana.

- 1.2.5. Derivación a AP en caso de no confirmarse la sospecha de autismo y no detectarse ninguna otra patología.
- 1.3. Instrumento de valoración. Se ha seleccionado un instrumento especialmente prometedor como herramienta de cribaje: el CHAT-M, diseñado con la finalidad de mejorar la sensibilidad del CHAT (10). Presenta una gran sensibilidad (0,87), una especificidad de 0,99, y un valor predictivo positivo de 0,8 y negativo de 0,99, por lo que se puede recomendar como instrumento idóneo de detección alternativo al CHAT (especificidad: 0,99; sensibilidad: 0,33) en el momento actual⁹. El CHAT-M es un cuestionario fácil de 23 preguntas que puede ser rellenado por los padres a solas o dirigidos por el personal sanitario. Los ítems con mayor peso o críticos (en orden descendente) son el 7, 14, 2, 9, 15 y 13 (atención conjunta, interacción social y comunicación). El corte positivo se establece con dos de los ítems críticos o tres cualesquiera del conjunto¹¹.
- 1.4. Formato de la derivación. Los dos pilares fundamentales en este programa son AP y las USMI, que han de desarrollar entre sí canales rápidos y ágiles. A los niños con CHAT-M positivo en AP se les aplicará en USMI el protocolo clínico creado en esta Unidad para los TEA¹².
- 1.5. Evaluación.
- 1.5.1. Indicadores:
- I. N^o de niños atendidos en USMIJ con CHAT-M positivo procedentes de AP.
 - II. Relación: n^o niños con autismo procedentes de AP y derivados por otros dispositivos.
 - III. N^o niños con diagnóstico de autismo procedentes de AP.
 - IV. Tiempo desde CHAT-M positivo hasta diagnóstico en USMIJ.
 - V. Edad media de diagnóstico en USMIJ.
- 1.5.2. Indicadores de calidad:
- I. Relación III/I >0,5.
 - II. IV < 30 días.
 - III. V < 3 años y 6 meses.

2. Diagnóstico.

- 2.1. Introducción. El proceso diagnóstico de los TEA tiene como finalidad fundamental caracterizar, con la mayor fiabilidad posible, el comportamiento del individuo como perteneciente a una categoría diagnóstica específica, la identificación de trastornos

comórbidos y su diferenciación respecto a otros trastornos evolutivos¹³.

- 2.2. Diagnóstico sindrómico. Puesto que la etiología del autismo está claramente relacionada con factores genéticos, aún hoy no determinados con precisión, el diagnóstico no puede ser, en estos momentos, nada más que sindrómico. Se ha de partir de una sistemática historia clínica realizada por facultativos con experiencia en este tipo de trastornos. Se ha de acompañar de exploraciones complementarias (ADI-R, ADOS, etc.) en el marco de un protocolo clínico general.
- 2.3. Exploración biomédica. Rutter, junto a otros autores, sugiere que las causas médicas específicas asociadas al autismo pueden estar en torno al 10%¹⁴, de aquí la necesidad de realizar en todos los casos un estudio neurológico. Los datos epidemiológicos disponibles indican que 2-4% de los TEA tienen el síndrome X frágil, y el 0,4-2,9% esclerosis tuberosa^{15,16}. La carencia de respuesta de estos niños, en ocasiones, ante estímulos sonoros o su propio nombre es suficiente para indicar una exploración auditiva exhaustiva¹³.
- 2.4. Diagnóstico funcional. Un objetivo esencial del proceso diagnóstico es determinar el perfil general de habilidades/deficiencias concretas del sujeto en cuestión y sus zonas de desarrollo próximo¹⁷, con la finalidad de establecer un programa de intervención personal. Las capacidades mínimas que han de evaluarse en este apartado son: perfil intelectual, comunicación y lenguaje, capacidad adaptativa, problemas de conducta, y soporte, apoyo y funcionalidad familiar¹⁸.

3. Tratamiento.

- 3.1. Introducción. El estado actual de nuestros conocimientos científicos respecto a los Trastornos del Espectro Autista (TEA) conlleva cuatro aseveraciones previas respecto al tratamiento:
- 3.1.1. El tratamiento farmacológico curativo ha dado hasta el momento resultados poco satisfactorios.
 - 3.1.2. La investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de sustancias eficaces para tratar algunas alteraciones asociadas al autismo en algunos casos.
 - 3.1.3. La intervención psicológica y conductual parece la más productiva de los métodos de rehabilitación y tratamiento.

- 3.1.4. Un programa de intervención temprana hace que estos niños mejoren de manera significativa siempre que los programas sean sistemáticos, estén cuidadosamente planificados e incluyan objetivos individualizados en los siguientes parámetros: comunicación, habilidades de interacción social, juego, autonomía personal y desarrollo cognitivo^{19,20}.
- 3.1.5. Y conviene señalar lo que ninguno de los tratamientos puede hacer hoy día, que es la curación del autismo²¹.
- 3.2. Consideraciones generales del tratamiento. A la hora de abordar la intervención parcial o global con los niños autistas conviene tener en cuenta una serie de consideraciones o principios básicos formulados por RUTTER en 1985, y que aún hoy permanecen vigentes:
- 3.2.1. El programa de tratamiento ha de ser planificado acorde con el nivel de desarrollo de cada niño.
- 3.2.2. El centro del diagnóstico y tratamiento ha de partir del Sistema Sanitario y proyectarse en la escuela y la familia.
- 3.2.3. La familia ha de tener una implicación activa en los programas de tratamiento.
- 3.2.4. Los entusiasmos terapéuticos son exagerados para lo que en realidad se puede conseguir. Sin embargo, se pueden adquirir muchas cosas útiles y meritorias, así como evitar complicaciones innecesarias, con un tratamiento adecuado.
- 3.2.5. Tenemos que avanzar respecto a las técnicas que pueden facilitar el desarrollo social normal. Parece probable que la eficacia sería mayor si se empieza en la infancia, pero no sabemos en realidad si el tratamiento precoz es más eficaz.
- 3.2.6. La transición de la escuela al trabajo es un punto difícil para muchos de los individuos autistas, y parece importante el que dispongan de ayuda específica en este momento.
- 3.3. Programa de tratamiento general. Un programa de intervención o tratamiento global con niños autistas debe considerar, por lo menos, cuatro aspectos claves:
- 3.3.1. Inicio precoz. Como hemos señalado anteriormente, la intervención temprana redundará en un mejor pronóstico.
- 3.3.2. Un programa individualizado de desarrollo personal. Debe establecerse tanto en el ámbito de la Atención Temprana (0 a 4 años) como en

la escolarización obligatoria (3 a 16 años). La estimulación precoz de los niños autistas ha de realizarse preferentemente en el ámbito sanitario, en las unidades hospitalarias de salud mental infantil, con programas específicos coordinados básicamente con los servicios de pediatría. Para los niños autistas en edad de escolarización debe haber un análisis cuidadoso de sus requerimientos educativos de manera que se encuentre una clase, unidad o colegio especial. Los esfuerzos terapéuticos se han de dirigir hacia el niño y su entorno natural, trabajando con los padres y asegurando una unión fuerte entre los programas de los padres y los de estimulación precoz o los escolares, según la edad.

- 3.3.3. Intervención familiar. La intervención familiar debe abordar tres tipos de cuestiones: a) La disminución del estrés familiar; b) El asesoramiento y control de la crianza del niño autista; c) Aspectos sociales y comunitarios.
- 3.3.4. Problemas especiales de tratamiento. Situamos bajo este epígrafe dos cuestiones de especial relevancia con las que frecuentemente se ha de enfrentar el terapeuta en el tratamiento de los niños autistas: a) Reducción de la rigidez de las estereotipias; y, b) Eliminación de conductas disruptivas no específicas.

COORDINACIÓN

El carácter multidisciplinar de todo el proceso hace necesaria la coordinación entre dispositivos. Se han de establecer necesariamente una de serie niveles de coordinación reglada con los siguientes dispositivos:

1. Pediatría de Atención Primaria.
2. Salud Mental Infantil.
3. Neuropediatría, Neonatología, Genética y ORL del hospital de referencia.
4. Centros de Atención Temprana.
5. Equipos de Orientación Psicopedagógica de Educación.
6. Servicios Sociales.
7. Asociaciones de padres de niños con TGD.

CONCLUSIONES

La aplicación de la metodología de los procesos asistenciales a los TEA posibilita:

1. Implicar a mayor número de profesionales y niveles asistenciales.
2. Establecer de forma clara y precisa las actividades

- de cada profesional en su respectivo nivel o dispositivo asistencial.
3. Fijar estructuralmente los flujos.
 4. Avanzar considerablemente en la metodología de evaluación con la elaboración de indicadores concretos, operativos y cuantificables que reflejen las garantías de calidad del proceso.
 5. Evitar la circularidad asistencial y desdénar intervenciones que no aportan valor añadido al proceso asistencial.
 6. Reducir el tiempo desde la primera consulta al inicio del tratamiento.
 7. En definitiva, incrementar el grado de salud de los niños y la satisfacción de sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. LORENZO S, (ed.). "Modelo Europeo de Excelencia". Número Monográfico. Revista Calidad Asistencial, 2000, 15, pp. 129-184.
2. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2000.
3. Torres, A., y otros. "Gestión de calidad asistencial en Andalucía". Revista Calidad Asistencial, 2004, 19(3), pp. 105-12.
4. Evaluación de normas de calidad de los procesos asistenciales integrados en atención especializada, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2004.
5. Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2001.
6. PÉREZ, J.J.; GARCÍA, J.; TEJEDOR, M., Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Revista. Calidad Asistencial, 2002, 17(5), pp. 305-11.
7. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Madrid, Organización Mundial de la Salud, 1992.
8. TRILLINGSGAARD, A. SORENSEN, EU. Nmec, G y JORGENSEN, M. "GAT distinguishes autism spectrum disorders from other developmental disorders before the age of four years?", European child & adolescent psychiatry, 2005, 14(2), pp. 65-72.
9. HERNÁNDEZ, J.M. y otros. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista (I), Revista de Neurología, 2005, 41 (4), pp. 237-245.
10. BARON-COHEN, S., ALLEN, S., GILBERG, J., Can Autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. Br J Psychiatry, 1992, 161, pp. 839-43.
11. ROBINS, DL. FEIN, D. BARTON, ML y GREEN, JA. The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of autism and developmental disorders, 2001, 31 (2), pp. 131-144.
12. SÁNCHEZ VÁZQUEZ, V. GUIJARRO GRANADOS, T. y BARRIOS AGRAFOJO, M. Programa y protocolo clínico de intervención en autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo. En SÁNCHEZ VÁZQUEZ, V, (Dir). Protocolos y programas en salud mental infantil y juvenil, Córdoba, Fundación Castilla del Pino, 2004.
13. DÍAZ-CUERVO, A., y otros. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Revista de Neurología, 2005, 41 (5), pp. 299-310.
14. RUTTER, M., y otros. Autism and known medical conditions: myth and substance. J Child Psychol Psychiatry, 1994, 35, pp.311-32.
15. Bailey A, Bolton P, Butler L, Le Couteur A, Murphy M, Scott S, et al. Prevalence of the fragile X anomaly amongst autistic twins and singletons. J Child Psychol Psychiatry 1993; 34: 673-88.
16. Smalley SL. Autism and tuberous sclerosis. J Autism Dev Disord 1998;28: 407-14.
17. VYGOTSKI. Obras escogidas, Madrid, Aprendizaje Visor, 1991.
18. SANZ LÓPEZ, Y. Programa de intervención temprana en los trastornos generalizados del desarrollo. En SÁNCHEZ VÁZQUEZ, V, (Dir). Protocolos y programas en salud mental infantil y juvenil, Córdoba, Fundación Castilla del Pino, 2004.
19. PEYDRÓ, S. RODRÍGUEZ GARCÍA, V. El autismo en el siglo XXI. Recomendaciones educativas basadas en la evidencia. Siglo Cero, 2007, 222, 75-94.
20. CANAL BEDIA, R. y otros. ¿ Podemos detectar niños con sospecha de TEA mediante el M-CHAT/ES ? En VV.AA. Investigación e innovación en autismo. Madrid, AETAPI, 2007.
21. RUTTER, M. Treatment of autistic child. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1985, 26(2), pp. 193-214.

Ó.Herreros Rodríguez
B. Rubio Morell

Trastornos de ansiedad
en la infancia temprana:
a propósito de un caso

Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario de Canarias
(Tenerife)

*Anxiety disorders in
infancy/preschoolers:
apropos of a case*

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Psiquiatría (Consultas
Externas).
Ofra - La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

Nuestra niña tiene dos años y un mes en el momento de llegar a la consulta. Es la menor de dos hermanas (7 años la mayor), y convive con ésta y sus padres naturales. Viven en un medio urbano, de nivel socio-económico mixto, pero donde predomina la clase media-baja y las viviendas de protección, si bien su familia y ella viven en un piso propio "normal". El padre trabaja como maestro albañil y la madre es ama de casa, no habiendo trabajado nunca fuera de su hogar. Aún no se ha incorporado al medio escolar, previendo la madre su inclusión en guardería (la más próxima a su domicilio) dentro de 3 meses.

Es remitida a consulta por la Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de referencia de su zona de salud, a quien fue a su vez remitida por su Pediatra para "valoración de trastornos de conducta y sueño". El motivo de remisión de su USM no difiere sustancialmente del de su Pediatra.

En la primera consulta nos encontramos ante una niña aparentemente normal sin signos físicos relevantes que acude con su madre, y sin historia asistencial de relevancia salvo una caída accidental con resultado de fractura del brazo izquierdo. En este momento no se la administra fármaco alguno, si bien su Pediatra indicó cloracepató (Tranxilium pediátrico®) "a demanda" en relación con las situaciones motivo de consulta.

Los padres tienen una relación que la madre describe como "mala", con discusiones frecuentes en casa delante de las niñas, que en parte justifica por el pequeño tamaño de la vivienda y la inexistencia de zonas de recreo apropiadas para las niñas próximas a la casa.

La madre describe a su marido como una persona de poca paciencia, nervioso, que acostumbra a delegar las responsabilidades con las niñas en ella, y con unos progenitores (los abuelos paternos de la niña) muy estrictos. Se describe a sí misma como "nerviosa" y "deprimida", frustrada por no trabajar fuera de casa, demasiado protectora con sus hijas y con escasa capacidad para imponer límites en casa, hasta el punto de hacer a su hija mayor tareas básicas antes que afrontar y resolver el conflicto (bañarlas, dar de comer a la pequeña, vestirlas,...).

MOTIVO DE CONSULTA

La demanda referida por la madre es que la niña "es intranquila", "no se cansa", "no se entretiene con nada", pega a la hermana y a la madre, es "mandona", duerme mal y no se separa de la madre en ninguna circunstancia.

ANTECEDENTES PERSONALES Y PROCESO DE DESARROLLO

La niña es fruto de un embarazo deseado por ambos progenitores, de duración normal y sin eventos destaca-

bles. La madre sufrió una gripe durante el mismo, pero no tomó ningún fármaco. Describe su situación afectiva durante el mismo como inestable, “deprimida, nerviosa”, debido a problemas matrimoniales y económicos que se solventaron sin mayores consecuencias (aunque también dice que “siguen llevándose mal”).

El parto fue normal, sin que ninguna de las dos (madre e hija) requiriera asistencia extraordinaria alguna. El peso de la niña al nacer fue de 3.050 grs. Recibió siempre alimentación artificial por imposibilidad de la madre de darle el pecho (igual sucedió con la hermana).

El desarrollo psicomotor de la niña hasta el momento de la consulta era absolutamente normal, alcanzando todos y cada uno de los hitos madurativos dentro del tiempo esperable (reacción a estímulos auditivos y visuales, gateo, primeros pasos, desarrollo de la deambulación, adquisición del lenguaje y capacidad de comunicación, control de esfínteres). Tan sólo destaca que nunca durmió bien (sueño “malo”, con llantos frecuentes, muchos despertares y sueño inquieto).

ANTECEDENTES FAMILIARES

El abuelo materno es diabético insulín-dependiente, la abuela materna es asmática, el abuelo paterno padece bronquitis crónica, la abuela paterna es obesa, el padre “padece de nervios y del estómago”, la madre se describe como “nerviosa”, y la hermana está en control pediátrico por obesidad.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y ESTUDIOS REALIZADOS

En la primera cita acuden la niña y la madre. El aspecto físico inicial de la niña es de total normalidad, sin signos que pudieran sugerir, a simple vista, la presencia de algún trastorno orgánico no detectado. Durante el período de espera en la sala común, con pacientes tanto niños como adultos y familiares de éstos, la actitud de la niña no llama la atención en ningún sentido. Permanece sentada junto a la madre, sin manifestar conductas llamativas, y entretenida con los juguetes que se ha traído de casa.

Al entrar en la consulta su actitud es muy cerrada. Permanece muy próxima a la madre, en constante contacto físico con ella, semi-escondida y acentuando esta actitud en cualquier intento de aproximación directa, ya sea física, verbal o a través de otros recursos como juguetes o instrumentos para dibujar. La madre define esta situación como la habitual en ella en presencia de extra-

ños, destacando que incluso con conocidos y familiares es imposible que la niña acepte quedarse en ausencia de ella. Tales comportamientos se repiten no sólo con personas mayores, sino también con sus pares (en parques, casas ajenas, etc.), por lo que apenas juega o se aproxima a niños de edades próximas.

Ante dicha situación, y con la sospecha inicial de hallarnos ante un trastorno de características ansiosas y/o emocionales, se decide continuar la exploración sin forzar la separación de la madre con su salida de la consulta, procediendo a realizar una exploración psicopatológica por síntomas a través de la madre más la observación de la niña a lo largo de la misma.

Los datos obtenidos se refieren a dificultades en el dormir (insomnio de conciliación y frecuentes despertares nocturnos, duerme con la luz encendida y con algún objeto, necesita la presencia de la madre para dormirse, se pasa con frecuencia a la cama de los padres, duerme intranquila, hablando, llorando o rechinando los dientes), digestivas (épocas de diarrea o estreñimiento, frecuentes vómitos, dolores de barriga, come mucho y muy deprisa), conductuales (intranquilidad, rabieta, sobreactividad - siempre en movimiento, no se centra ni se entretiene con nada, cambios constantes de actividad-, agresividad), y ansiosas y emocionales (se muerde las uñas, sólo habla con conocidos muy próximos, es muy tímida fuera de casa, miedos -a desconocidos, a animales-, llanto frecuente y sin motivos, labilidad).

Una aproximación más detallada a estos signos clarifica un poco los datos obtenidos en el área conductual, señalando la madre que las “rabieta” aparecen siempre en el contexto de lugares muy concurridos o que exijan la aproximación de la niña hacia desconocidos, sin aparente relación con caprichos o demandas concretas, y desapareciendo al abandonar el lugar donde se producen (por ejemplo, grandes centros comerciales). Tanto la agresividad como la hiperactividad son episódicas, en las citadas circunstancias (parques, etc.), y sin aparente instauración en el carácter de la niña, sino más bien sintomáticas y reactivas a la demanda de la niña de abandonar las situaciones motivo de conflicto.

JUICIO CLÍNICO (DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES POSIBLES, DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y PSICOPATOLÓGICO POSIBLE)

La exploración realizada hace descartar los datos conductuales como nucleares al padecimiento de la niña, reorientándolos como meramente sintomáticos al trastorno, y descartándose por tanto trastornos prevalentes en

124 dicha área, como pudieran ser el Trastorno Hiperactivo, el Trastorno Oposicionista Desafiante u otros trastornos del comportamiento.

Su encuadre psicopatológico, al que se suman los datos del dormir, digestivos y emocionales, dirigen más evidentemente el caso a un “trastorno emocional de comienzo específico en la infancia” o a un “trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia”, CIE-10-MIA. Si a esto sumamos los antecedentes familiares, parece haber mucho que pensar al respecto.

Ahora bien, y siguiendo en el contexto de los así llamados “manuales diagnósticos”, al repasar las “pautas para el diagnóstico” nos topamos con todo un ramo de ricas “comorbilidades”, tan traídas en la infancia, que harían las delicias del DSMtrista más acérrimo. Así, podremos encajar el caso en el Trastorno de Ansiedad por Separación, el Trastorno de Ansiedad Fóbica de la infancia (con agorafobia), el Trastorno de Hipersensibilidad Social de la infancia, el Mutismo Selectivo, e incluso Otros Trastornos Emocionales de la infancia y Otros Trastornos del Comportamiento Social en la infancia y adolescencia.

Ante tan clarificadora lista y la esperable baja capacidad de aceptación de la familia a un diagnóstico de aparente gravedad, con el consiguiente desbordamiento emocional que probablemente lleve a un mayor florecimiento de los síntomas, se decidió un diagnóstico interno de “Trastorno de Ansiedad”, transmitiendo a la madre como enfoque diagnóstico y terapéutico un diagnóstico externo de “nervios”, coherente con toda la línea familiar (aunque descargando de posibles culpabilizaciones para luego poder repartir el peso de la intervención de forma coherente), y recalcando la “suerte” de su temprano debut sintomático para poder realizar un trabajo terapéutico que evite en lo posible su asentamiento en el carácter de la niña. No obstante, se decidió ocupar una consulta para recalcar el riesgo psicopatológico futuro, previsible pero evitable, con el fin de evitar un abandono del seguimiento tras lograr la remisión sintomática motivo de demanda.

PROPUESTA TERAPÉUTICA (GRADO DE ACEPTACIÓN, TIPO DE TRATAMIENTO)

Se decide entonces un planteamiento terapéutico en diferentes áreas:

1. Intervención familiar psicoeducativa, buscando una comprensión más clara y menos conductual de los síntomas presentados por la niña, paliando la gravedad

subjetiva atribuida a los mismos, y tratando de cubrir el riesgo de abandono terapéutico en el momento de la remisión sintomática.

2. Intervención familiar conductual, enseñando habilidades básicas de intervención para las conductas actuales y de modificación para otras eventualmente emergentes.
3. Intervención conductual concreta sobre las conductas actuales más lastrantes para la niña y para la familia, escogiendo la familia trabajar sobre “ir de compras”, y nosotros la aproximación a iguales desconocidos previendo la explosión sintomática esperable en el momento de entrar en la guardería dentro de dos meses.
4. Intervención psicofarmacológica para normalizar el sueño, ante la incapacidad familiar para aplicar pautas de conducta en esta área y la consideración por nuestra parte de la necesidad de disponer de una familia y una niña descansadas en el día para trabajar aspectos aparentemente peor tolerados por la familia.
5. Intervención personal con la niña, buscando la aceptación del terapeuta y su posterior generalización a terceras personas (aproximación a adultos desconocidos).
6. Intervención conductual para su integración en la guardería, que comienza a planificarse para ponerla en marcha en su momento (en Septiembre).

ENCUADRE PSICOTERAPÉUTICO (PERIODICIDAD, TIPO, DURACIÓN)

En función de la disponibilidad de la familia, se plantean dos sesiones cada tres semanas, consecutivas, una con la niña y otra con la madre o con los padres si pudieran venir ambos. En el seno de la segunda se enseñarán y reforzarán las pautas de intervención conductual, se modificarán en función de sus resultados, se ajustará el tratamiento farmacológico de ser necesario, y se insistirá en el trabajo psicoeducativo.

Las sesiones con la niña discurrirán como es habitual para su edad, a través del juego y el dibujo, con una flexibilidad en tiempo y actividades dependiente de la receptividad de ésta.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

Los objetivos transmitidos a la familia son:

- Mejorar la sociabilidad de la niña.
- Estructurar el proceso de inmersión en la guardería, de modo que pueda realizarse desvestiéndolo de una vivencia de “urgencia”, “gravedad” o incluso “enfer-

medad”, sino más bien como una variante “normal” esperable.

- Lograr su adaptación espontánea a situaciones nuevas, generalizándola lo suficiente para no precisar un abordaje específico de cada situación.
- Reestructurar el funcionamiento familiar, evitando mantener a la niña y sus conductas como centro de la actividad de la familia.

DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN (POR FASES DEL PROCESO Y ESTADO ACTUAL, SOBRE LA BASE DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS).

SESIONES TIPO.

Si bien se han llevado a cabo de forma simultánea, el progreso de la intervención puede dividirse en cuatro fases diferenciadas:

1. *Intervención psicoeducativa familiar*: al principio se centró en la anulación de las vivencias de culpa de los padres, nacidas tanto del perfil ansioso de ambos (e identificado siempre en el otro) como de los sucesivos comentarios culpabilizadores recibidos de terceros (abuelos, amigas de la madre, vecinos, pediatra). Su control permitió eliminar gran parte de la vivencia de gravedad psíquica y enfermedad mental volcadas en la niña, pudiendo así contar con un grupo familiar más capacitado para aplicar “fórmulas conductuales de castigo y recompensa” razonables, y evitándose los “premios” que surgían frente a las conductas de evitación y rechazo.
2. *Planificación y ejecución de la participación de la niña en las actividades-objetivo planteadas*: se decidió un plan sencillo de aproximación progresiva a los lugares objeto de rechazo por la niña (se escogió un centro comercial cercano a su vivienda y especialmente concurrido), utilizando como recompensa llevarla a un lugar de ocio que conllevara la presencia de otros niños y que permitiera su progresiva aproximación a éstos en un medio atractivo.
3. *Intervención personal con la niña*: realizada a través del juego y el dibujo, permitió evaluar los progresos realizados por ésta en su capacidad de socialización. Se fijó su límite en lograr que realizara verbalizaciones espontáneas durante las sesiones, y que fuera capaz de aceptar una sesión exclusivamente de intercambio verbal con el terapeuta sin la presencia de terceras personas.
4. *Planificación y ejecución de la integración en la guardería*: se estructuró un plan sencillo de permanencia de la madre con la niña en el centro en tiempos suce-

sivamente más breves a lo largo de un mes, a la vez que la niña permanecía cada vez más tiempo en la guardería, planteando como objetivo lograr tras un mes o mes y medio que se quedara a tiempo completo y sin la presencia materna. Así, se combinó un aumento del tiempo real que estaba en la guardería con un descenso del porcentaje de tiempo que la madre se quedaba con ella.

A lo largo de tres meses, y hasta la llegada de las vacaciones de Navidad, se alcanzaron gran parte de los objetivos: la niña se quedaba sola en la guardería sin que la madre tuviera que entrar con ella, iba sin mayores incidencias a lugares concurridos y se aproximaba de forma espontánea a otros niños para jugar. Así pues, se utilizó la Navidad para llevar a cabo un proceso de refuerzo, para lo que se decidió intentar que la niña se quedara en casa de algún familiar o amigo para jugar sin que la madre tuviera que quedarse con ella. El proceso fue relativamente breve y natural, sin necesidad de intervenciones suplementarias, y logrando la niña ya en Enero ir sin problemas a cumpleaños de otros niños sin necesitar familiares presentes, y desarrollando aproximaciones espontáneas a otros niños, incluso desconocidos.

Tras su seguimiento sin incidencias, se le dio el alta al cumplir 6 años.

COMENTARIO

La elección del caso, más allá de su buena evolución, deriva por un lado del componente de confusión que puede aportar su intento de ubicación en un manual diagnóstico. Su uso por parte de un profesional no capacitado para la intervención terapéutica generará el error de obviar su gravedad clínica a efectos de evolución personal, retrasando la intervención del caso y permitiendo su posible evolución hasta un momento en el que el trabajo clínico pudiera dificultarse en extremo. El etiquetado inicial de “trastornos de conducta” y la subsiguiente alarma sanitaria que produce en una niña tan pequeña, aún como error diagnóstico, ha permitido una intervención precoz, sencilla y eficaz.

Por otro lado, y aunque en este sentido no sea el caso más típico, el uso en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil de un abordaje “eclectico”, en el que con mucha frecuencia se incluye la psicofarmacología, pretende resaltar la conveniencia de utilizar cualquier instrumento útil en la clínica más allá de las adscripciones teóricas o las fórmulas de manual, desde el buen sentido de la búsqueda de la mejoría del paciente y su entorno. Aunque no se haya recalado durante la exposición evolutiva, conse-

126 guir un sueño eficaz en la niña y la familia, al eliminar un “síntoma-señal” motivo de crispación, habilitó a los padres para el trabajo de fondo y contribuyó a crear un clima de confianza con el terapeuta cara al trabajo psico-educativo.

Es conveniente no olvidar que los manuales diagnósticos no nacen de un interés clínico, sino de un consenso de investigadores para “hablar todos de lo mismo cuando decimos lo mismo”. Su extensión hacia profesionales de otras áreas puede convertir la visión del trabajo psicoterapéutico en un libro de recetas al alcance de cualquiera. Esto no debe avisarnos necesariamente contra su uso y generalización, sino a favor de una formación básica en los niveles de Atención Primaria, similar a la que se realiza en patologías como el asma o la diabetes, que permita su uso razonado y facilite la discusión de sus resultados.

Vidal Parera, en su manual (1907), ya hablaba de casos parecidos; Spitz señaló la “toxicidad” en la relación precoz madre-bebé a la hora de estructurar los organizadores del yo; Bowlby nos enseña lo que también Lorenz encontrara en las conductas animales sobre el apego; Rof Carballo nos habla de urdimbre afectiva...

La orientación ecléctica debe ser la base, pues lo primero debe ser establecer un vínculo basado en un apego por medio de un objeto imaginario y transicional: el medicamento, del orden de lo médico, que posibilitó otro tipo de trabajo. Esta introducción paulatina de técnicas e instrumentos diversos es la base de la terapia interpersonal y de las psicoterapias vinculares. En la primera infancia las técnicas diádicas (P. Mâle) son de gran ayuda, así como las consultas terapéuticas (Manzano, Palacios y Cramer), que es, al cabo, lo que se ha aplicado en la intervención.

La aproximación al caso desde una perspectiva vincular parece situarnos en el modelo D de Salomon (vinculación desorientada/desorganizada), derivado quizás de un entorno relativamente conflictivo y, sobre todo, muy marcado por las manifestaciones ansiosas y somato-ansiosas. En este sentido, un dato en apariencia poco relevante como las dificultades en el dormir experimentadas por la niña (y por tanto por la madre en primer lugar, y por el resto del núcleo de convivencia) podrían haber sido el “gatillo” para establecer un círculo de ansiedades, inseguridades y desconfianzas mutuas.

En cuanto al objeto transicional, es posible que, aunque el medicamento haya actuado positivamente a la hora de romper en un principio el círculo por su zona más débil, los trastornos en el dormir, la propia consulta haya sido la que ha actuado como tal en el nivel materno, derivando su angustia por ser una “mala madre” (niña llorona, excesivamente apegada, “malcriada”) hacia una relativa despreocupación por los síntomas existentes y una mayor capacidad para centrarse en el origen de dichos síntomas, pudiendo dedicarse más a ayudar a su hija y menos a disculparse como madre “ineficaz”. ¿Rebuscamos en su “fracaso” como esposa los orígenes de una hiperfunción ineficaz como madre, o en un padre inexistente como base para una confusión de papeles en la madre? A veces retorcer las cosas puede generar hipótesis atractivas, aunque poco útiles en la clínica.

Ante todo esto, quizás lo más destacable sea la intervención y cómo las cosas van saliendo adelante con pocos medios cuando buscamos con más esperanza las capacidades y con menos ímpetu diagnosticador las debilidades. De cualquier padre podemos hacer una figura de intervención útil si la consulta es un área de reposo. Las culpas a veces son ciertas, pero casi nunca son útiles.

E. Díaz Mesa
Ó. Herreros Rodríguez

¿TGD? ¿Manía? ¿Esquizofrenia?
Diagnósticos sindrómicos y
síndromes sin diagnóstico

Unidad Psiquiátrica Infantil. Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)

PDD? Mania? Schizophrenia? Syndromic diagnosis and Syndromes without diagnosis

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Psiquiatría (Consultas Externas).
Ofra - La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas el significado conceptual de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) ha sido muy discutido, separándose finalmente del término global de “psicosis infantiles” para formar un grupo de entidades que presentan unas características generales comunes a todas las formas clínicas comprendidas en él. Este cambio determinó una visión conceptual y etiológica diferente, con sus implicaciones afectivas y dinámicas propias.

El problema planteado por el caso presentado es la dificultad diagnóstica que surge cuando se solapan síntomas de ambos cuadros. Respecto a ello, hay autores que opinan que el síndrome de Asperger (uno de los diagnósticos diferenciales planteados en un primer momento) solo raramente se asocia con la esquizofrenia, de manera que podría sugerir una simultaneidad casual. Actualmente no hay consenso sobre ello, pensándose que el debate se resolvería si la esquizofrenia no se conceptualizara como una sola entidad diagnóstica. Además, un factor que contribuye a la confusión es que se ha visto que una proporción considerable de los individuos diagnosticados de este síndrome pueden sufrir microepisodios psicóticos en situaciones percibidas por ellos mismos como estresantes, episodios sobre todo de contenido paranoide y más frecuentemente al comienzo de la vida adulta, por

lo que se acaban englobando dentro de la etiqueta general de esquizofrenia.

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 6 años de edad remitido de su centro de salud de referencia a la Unidad de Psiquiatría Infantil por presentar fácil agresividad ante cualquier agente externo molesto para él, ensimismamiento, “conductas alucinatorias” e insomnio de conciliación.

HISTORIA PSICOBIOGRÁFICA

- Embarazo no deseado. Parto mediante cesárea.
- Retraso en la evolución psicomotriz.
- Hasta los dos años y cuatro meses el niño tiene escaso contacto con su entorno (permanece recluido en su cuna) debido a enfermedad materna (trastorno afectivo tipo depresivo), coincidente con un período de separación de sus padres y grandes dificultades económicas.
- Es el menor de tres hermanos.
- En el momento de su primera valoración en su Unidad de Salud Mental el informe remitido refiere que presentaba alteraciones en la interacción social, conductas de aislamiento marcadas, ausencia de actividad lúdica y ausencia de respuesta cuando se le llamaba (descartándose hipoacusia en

128

ese momento), marcada sobreactividad y déficits en el área del lenguaje, aunque había mejorado en los meses previos con el uso de lenguaje no verbal.

- En ese momento se le diagnostica de trastorno reactivo de la vinculación de la infancia, y seis meses después se le diagnostica de una hipoacusia mecánica (a pesar de haberse descartado en un primer momento).

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 6 años de edad remitido de su Centro de Salud, con historia de sendas intervenciones a los 3 y 4 años en su Unidad de Salud Mental, refiriéndose una buena evolución aunque sin seguimiento posterior del caso.

Su madre actualmente lo describe como un niño inquieto, impulsivo y “con mucha fantasía” (p. ej., él dice que puede volar, haciendo gestos arriesgados congruentes con dichas verbalizaciones).

En el último informe del colegio se destaca una buena capacidad intelectual, dificultades para relacionarse con los otros niños, agresividad cuando se le limita con normas, etc.

Hipoacusia mecánica que actualmente es inexistente según la madre.

HISTORIA CLÍNICA REFERIDA POR LA PSICÓLOGA DE LE UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ZONA

En la entrevista inicial (con 3 años) colabora, aunque resulta difícil que centre su atención. Capacidad de comprensión conservada. Leves dificultades en el lenguaje expresivo. Buena resonancia afectiva. Discreta hiperactividad. Excitable ante estímulos externos. En las consultas posteriores se encuentra más inquieto, con negativa a los cambios y tendencia a la rutina. Ecolalia ocasional. Tras varias consultas abandona el seguimiento.

Al año siguiente vuelve a acudir a su Unidad de Salud Mental. Presenta un mejor contacto afectivo. Está más organizado conductualmente respecto al primer período en que se comenzó a ver. Hay una mejor tolerancia de la madre hacia las conductas del niño, aunque se mantiene una actitud pasiva. En el colegio el rendimiento académico es bueno.

En la siguiente consulta el niño está inquieto, irritable. Su madre refiere conductas rumiativas con los alimentos que prefiere. Presenta alteraciones en el sueño aunque leves. Ideas de carácter obsesivo acerca de tener capacidad de volar (su madre lo ha encontrado en varias oca-

siones en la ventana realizando el gesto de saltar). Soliloquios ocasionales. Adaptado conductualmente en el colegio.

En las consultas posteriores continúan las alteraciones en el sueño y la inquietud psicomotriz. Hay que tener en cuenta la presencia de un cuadro ansioso en su madre, que está siendo tratado actualmente, ya que esto podría condicionar parcialmente la conducta del niño y la información sobre ésta aportada por la madre.

Dada la evolución del cuadro psicopatológico de base que presenta el paciente se decide su remisión a Consultas Externas de Psiquiatría del Hospital de referencia para valoración por el psiquiatra de referencia.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA REALIZADA POR EL PSIQUIATRA DE REFERENCIA

En la exploración se objetiva la presencia de un cuadro florido con ideación delirante de carácter megalomaniaco-fantástico y probables alucinaciones auditivas (soliloquios en el domicilio, incluso manteniendo conversaciones, comentarios sobre “fantasía” y poderes” que cree poseer, aunque de forma aparentemente aprendida dice “que son broma”, “que no son reales”). Cuando se le pregunta directamente qué quiere ser de mayor responde “de mayor voy a ser Dios”. Riqueza de vocabulario llamativa, con expresiones verbales aparentemente superiores a lo correspondiente para su edad cronológica y extrañas en el contexto. Gran labilidad emocional. En ocasiones conductas congruentes con esa ideación fantástico-delirante. Parece no haber una ruptura completa con la realidad.

Pruebas complementarias

- TONI: PD (12), CI (95), PC (38).
- CAS (no ansiedad significativa)
- WISC-R: CI (71), CI verbal (70), CI manipulativo (80)

TRATAMIENTO

Al inicio se instaura 1cc. de risperidona en la cena, con una subida gradual en función de la respuesta clínica y efectos adversos hasta alcanzar una respuesta satisfactoria con 5 cc., sin efectos secundarios relevantes.

EVOLUCIÓN

Desde que se instaura el tratamiento comienzan a mejorar las alteraciones en la esfera vegetativa y en la psicomotricidad, aunque todavía no se aprecian cambios psicopatológicos.

En las consultas posteriores se observa cómo va dis-

minuyendo la intensidad de la semiología productiva delirante, manifestándose en una mayor tolerancia a los cambios, menor inquietud psicomotriz y menor aislamiento social.

Presenta algún episodio ocasional de irritabilidad en el domicilio, pero parece que está relacionado con conflictos en la dinámica familiar (la madre presenta un episodio depresivo reactivo a la situación, requiriendo tratamiento psicofarmacológico y seguimiento psiquiátrico ambulatorio). Persisten no obstante algunas dificultades ante los cambios en rutinas diarias.

DISCUSIÓN DEL CASO

En el caso expuesto se plantean diversos diagnósticos diferenciales: el Síndrome de Asperger, la Esquizofrenia Infantil, el Trastorno Bipolar y las recientes (y aún por validar) categorías diagnósticas MID (Multidimensionally Impaired Disorder) y MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder).

Los datos que van a favor del síndrome de Asperger son las dificultades en la interacción social, la adhesión inflexible a las rutinas y determinadas conductas repetitivas, con ausencia de retraso general en el desarrollo cognoscitivo y en el área del lenguaje.

Los datos que orientan hacia una posible esquizofrenia infantil son las alucinaciones auditivas, muy raras en el síndrome de Asperger, y que este paciente las presenta en forma de soliloquios y conversaciones. Los trastornos en el contenido del pensamiento, aunque pueden aparecer en el Asperger, lo hacen en la etapa de la adolescencia y la temática suele ser paranoide con mayor frecuencia. Además otros síntomas presentados por este paciente, y relacionados con trastornos en las funciones ejecutivas, también suelen estar presentes en la esquizofrenia: la inatención, el coeficiente intelectual bajo y los problemas en la capacidad para planificar hacia delante y cambiar de objetivo. Por último hay que tener en cuenta que hay por lo menos dos fenotipos clínicos de esquizofrenia, una forma asociada con un patrón de anormalidad evolutiva duradera en la que el episodio psicótico agudo se desarrolla después de varios años de una anormalidad preexistente, y otra forma del trastorno que se desarrolla en el contexto de un desarrollo previo normal.

Respecto al Trastorno Bipolar, varios son los síntomas presentes en el paciente considerados nucleares en este trastorno: la irritabilidad, que prima sobre la manía en niños, la distraibilidad ante estímulos externos, y las ideas delirantes de grandiosidad, con repercusión afectiva y conductual congruente con la ideación.

Con respecto al MID y el MCDD, el paciente presenta criterios diagnósticos congruentes con ambos trastornos: la inestabilidad afectiva, manifiesta por explosiones de rabietas, agresividad y oscilaciones del humor (y a menudo asociadas con impulsividad), las destrezas sociales pobres, la fantasía exagerada con un pensamiento mágico y escasa capacidad para distinguir fantasía de realidad (propias del MID), más los delirios de grandiosidad y otros síntomas de rango psicótico (propios del MCDD). Este abigarramiento de síntomas clínicos cuestiona, cuando menos, la posibilidad de un encuadre diagnóstico claro del paciente.

Sólo la evolución del paciente a lo largo de los años ha permitido finalmente concluir un diagnóstico, siendo este el de Síndrome de Asperger.

COMENTARIOS FINALES

Es frecuente encontrar en la práctica clínica de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, y más a menor edad del paciente, casos con síntomas mixtos y variados similares al presentado, cuyo encuadre diagnóstico se desliza entre los trastornos (más o menos generalizados) del desarrollo, los trastornos del comportamiento perturbador, los prodromos de trastornos psicóticos y/o afectivos, la sospecha (no confirmada por “pruebas”) de un trastorno de naturaleza “orgánica”, el inicio de una personalidad idiosincrásica (esquizoide, esquizotípica), etc. No cumplen, o cumplen demasiados, criterios de diversos trastornos, y terminan cayendo en el cajón de los “no especificados” o en el de las múltiples comorbilidades.

Su problema es que, más allá de que el sentido común nos pueda permitir manejar su tratamiento y de que su transcurso evolutivo nos pueda permitir afirmar un diagnóstico concreto con el paso del tiempo, la incertidumbre diagnóstica muchas veces es traducida por la familia como una ignorancia clínica, llevándola a un peregrinar médico (y no tan médico) y a abandonos tempranos del seguimiento. Es preceptivo, en estos casos, saber comunicar esta incertidumbre de forma eficaz, y subrayar el carácter evolutivo (e inestable) de la psicopatología infantil.

Por desgracia, desde el punto de vista médico, el carácter de “no especificados” los excluye de demasiados estudios de investigación, por lo que su tratamiento queda con frecuencia a merced del mero juicio clínico, y su pronóstico no puede inferirse al carecer de estudios de seguimiento apropiados. El conglomerado de dificultades atencionales y/o de funciones ejecutivas, disregulación del afecto, problemas ante las transiciones y cambios,

130 alteraciones del desarrollo motor, dificultades sociales y del lenguaje, etc., coloca a estos pacientes en una “tierra de nadie” que, si como clínicos no somos capaces de ocupar con suficiencia, acabará llenándose de pseudociencias y de partidarios del “es demasiado pequeño para...”, “vamos a esperar a ver si...” que, irrevocablemente, comprometerán su evolución y pronóstico a veces de manera fatal.

BIBLIOGRAFÍA

- Helmut Remschmidt. Esquizofrenia en niños y adolescentes. 2003.
- Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 1998.
- Jaime Rodríguez Sacristán. Psicopatología Infantil Básica. 2000.
- Belén Rubio et al. Revisión: Multiple Complex Developmental Disorder. Revista Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 2003; 3: 120-125.
- Weisbrot DM, Carlson GA: Diagnostically homeless. Current Psychiatry Online 2005; 4 (2): 25-42.