

# IMPACTO PSICOLOGICO EN LA POBLACION DE ALCACER: DESCRIPCION Y EVALUACION DE LOS NIÑOS/AS CON PROBLEMAS PSICOLOGICOS \*\*

José P. Gil Martínez\*

\* Psicólogo Municipal, INVESCO. Carmen Cases Tamarit, Gloria Mata Roig, Joseffe Russo Puigcerver, Rosa Soriano Redondo, Carmen Valero Hernández, Eva Vera Navarro C/ Salvador Giner, 9 ALCACER. 46290 Valencia.

\*\* Este artículo complementa y es anterior al aparecido en el nº 53 de INFORMACIÓN PSICOLÓGICA con el título "IMPACTO PSICOLÓGICO EN LA POBLACION DE ALCACER: TRATAMIENTO"

## RESUMEN

Estudio del impacto psicológico que tuvo sobre la población infantil de Alcácer la noticia del asesinato de las tres niñas de Alcácer. La evaluación de los niños/as que acuden al servicio municipal de psicología ofrece tres grupos, uno en el que predominan los miedos clínicos y las fobias, otro en el que aparece un "síndrome depresivo" como reacción normal al "duelo" y el último en el que destacan los trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño y las parasomnias.

## PALABRAS CLAVE

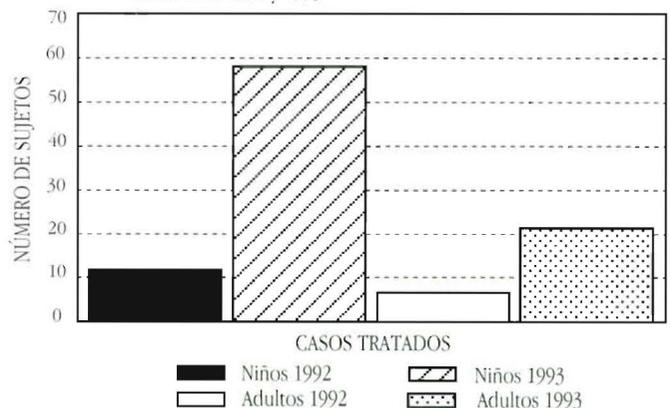
Miedos clínicos, fobias, "síndrome depresivo", "duelo", T.I.M.S., parasomnias.

## 1. INTRODUCCION

La noticia del asesinato "Toñi, Miriam y Desi", el 27 de enero de 1993 tuvo un fuerte impacto psicológico sobre la población de Alcácer, de hecho aumentan de forma espectacular el número de personas que consultan sus problemas en el servicio municipal de Psicología. Si se comparan las personas que reciben tratamiento

psicológico desde el día 1 de febrero de 1993 al 1 de abril del mismo año, con el mismo período del año 1992, se observa un crecimiento espectacular, los niños/as que acuden a terapia psicológica en 1993 son 58, esto representa el 5.64% de la población infantil de Alcácer cuyas edades oscilan entre 4 y 14 años, en tanto que en 1992 son 12, es decir el 1.17%. El número total de niños/as de la población de Alcácer entre estas edades es de 1.028. Por otra parte los adultos atendidos en 1993 son 22, lo que representa el 0.37% de la población superior a 14 años de un total de 5.967 personas y en 1992 son 7, lo que representa un 0.1% (véase gráfico 1).

Gráfica 1. Número de sujetos tratados entre el 1 de febrero y el 1 de abril de los años 1992 y 1993



De los 12 niños/as atendidos entre el 1 de febrero y el 1 de abril de 1992, la incidencia es la siguiente:

	N.º de casos
- Problemas de conductas leves en el hogar .....	3
- Enuresis funcional .....	2
- Retraimiento infantil .....	2
- Retraimiento infantil .....	1
- Celos al hermano mayor y/o menor .....	2
- Trastornos fóbicos .....	1
- Tics transitorios .....	1
- Trastornos de la conducta alimentaria .....	1
- "Síndrome depresivo" .....	1
Total .....	12

De los 58 niños/as atendidos desde el 1 de febrero al 1 de abril de 1993, la incidencia es la siguiente:

	N.º de casos
- Problemas de conductas leves en el hogar .....	2
- Enuresis funcional .....	3
- Celos al hermano mayor y/o menor .....	2
- Tics transitorios .....	2
- Trastornos fóbicos .....	25
- "Síndrome depresivo" .....	10
- Trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño y Parasomnias .....	14
Total .....	58

La distribución por edades de los 58 niños/as atendidos son las siguientes:

	N.º de casos
- De 4 a 5 años .....	11
- De 6 a 7 años .....	12
- De 8 a 9 años .....	10
- De 10 a 11 años .....	9
- De 12, 13, 14 años .....	16

Siendo 17 niños y 47 niñas.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS NIÑOS/AS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Como se observa existe un aumento de niños/as con Trastornos Fóbicos, "Síndrome depresivo", TICS y Parasomnias debido a los hechos acaecidos. Si se examina este grupo de niños/as tenemos un total de 49 casos cuya

distribución es similar a la del grupo que recibe terapia psicológica en general.

## 3. EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS COMO CONSECUENCIA DE LOS TRÁGICOS SUCEOS

El proceso de evaluación es el siguiente: cuando los padres (madre) generalmente acuden en

Siendo 12 niños y 37 niñas.

	N.º de casos
- De 4 a 5 años .....	9
- De 6 a 7 años .....	10
- De 8 a 9 años .....	8
- De 10 a 11 años .....	7
- De 12, 13, 14 años .....	15
Total .....	49

busca de ayuda psicológica se les realiza una *entrevista general (Prediagnóstico Infantil)* de A. Izquierdo (1982), que evalúa el desarrollo del niño/a, la educación, las relaciones sociales y familiares, las características del niño/a, la situación escolar y el análisis de la situación por la que se acude a la consulta psicológica, y se dan los siguientes instrumentos para rellenar en casa:

- *Perfil de conducta infantil* de Achenback (Achenback, 1978; Achenback y Edelbrock, 1979; Achenback y Edelbrock, 1981). Este perfil proporciona descripciones cuantificables de áreas, como conducta esquizoide, depresión, interiorización, obsesiones, hipocondría, retraimiento social, hiperactividad, agresividad y delincuencia.

- *Inventario de miedos* de Pelechano (1981; 1984). Este inventario evalúa los siguientes factores: factor I, miedo a los animales; factor II, fenómenos naturales; factor III, daño corporal y enfermedades; factor IV, miedo a la muerte; factor V, miedo a situaciones sociales y a relaciones interpersonales, hostiles y/o agresivas; factor VI, miedo a lugares cerrados; y factor VII, miedo a la violencia física, peligro físico real o imaginario.

La segunda entrevista se realiza a los padres y al niño/a por separado. A los padres se les pasa la *entrevista estructurada*

sobre miedos, estrategias de eliminación y percepción de la eficacia del Pelechano (1981). Dicha entrevista consta de una anamnesis, una exploración de los estímulos elicitadores de miedos, las reacciones del niño/a ante los miedos, la actuación de los padres ante las reacciones de evitación o miedo de sus hijos/as y respuestas de los hijos/as ante ellas, por último el comportamiento de los hijos y/o padres de forma más específica. Al niño/a se le pasa la *entrevista de Elva O. Poznanski (Poznanski y cols., 1979)*, dicha entrevista evalúa áreas como escolaridad, capacidad para divertirse, retraimiento social, sueño, apetito o pautas de ingesta, fatiga excesiva, quejas somáticas, irritabilidad, culpabilidad, autoestima, sentimientos depresivos, ideación mórbida, ideación suicida, llanto, afecto deprimido, labilidad del humor y tiempo del habla.

Después de esta segunda entrevista se decide el tratamiento a seguir dependiendo de las relaciones funcionales encontradas en la evaluación.

Una vez realizada la evaluación a los niños/as se les asigna a uno de los siguientes grupos:

A) *Niños/as en los que predominan los trastornos fóbicos, miedos y ansiedad generalizada.* A este grupo se asignan todos los niños/as cuya puntuación "bruta"

en el inventario de miedos de Pelechano es superior a 94, es decir sobrepasa la media más una desviación típica a la muestra de niños/as valencianos dada por Pelechano (1981).

B) *Niños/as con predominio de estado de ánimo depresivo.* A este grupo se asignan aquellos niños/as que en el perfil de conducta de Achenback indican baja autoestima, cansancio, desinterés social, cambios de humor, etc., y que en la entrevista de Poznanski se observa los siguientes criterios: a) el niño/a tiene una conducta o apariencia depresiva; b) cuatro de los siguientes aspectos, aislamiento social, perturbación del sueño, quejas de fatiga, hipoactividad, anhedonia, baja autoestima o sentimiento de culpa, dificultades en el trabajo, ideas de suicidio; c) duración de los síntomas quince días.

C) *Niños/as con trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño, y parasomnias.* En este grupo se incluyen los niños/as que en alguno de los instrumentos de evaluación indican dificultad inicial de conciliar el sueño, despertarse frecuentemente durante el transcurso del sueño, despertar matutino precoz, frecuentes pesadillas y en algunos casos terrores nocturnos.

El que un niño/a se asigne a uno de los grupos, no quiere decir que no tenga síntomas de los otros grupos, pero predominan en él los de dicho grupo.

#### 4. MIEDOS Y TRASTORNOS FOBICOS

Por lo que se refiere a los 25 niños/as (7 niños y 18 niñas) con miedos se observa que la distribución de los mismos por edades es similar a la de otros estudios (Hagman, 1932; Jersild y cols., 1933; Jersild, 1950; MacFarlane y cols., 1954; Barnett, 1969; Lewis, 1991) (Véase gráfico 2).

Los estadísticos básicos y valor de "t" para las 18 niñas y 7 niños en cada uno de los factores del *inventario de miedos* se encuentran en el cuadro 1 y se pueden ver en el gráfico 3, sólo en el *factor I, miedos a los animales*, hay diferencia significativa entre niños y niñas, las niñas tienen una puntuación mayor y por tanto su miedo a los animales es mayor. Si se divide el grupo en mayores y menores de 10 años se observa lo siguiente, a medida que avanza la edad disminuye el *factor I, miedo a los animales*, es decir, los niños mayores de 10 años tienen menos miedo a los animales que los niños mayores de 10 años y aumentan en *factor IV, miedo a la muerte* y el *factor V, miedo a las situaciones sociales y a las*

**Cuadro 1.** Estadísticos básicos y valor de "T" en la muestra de niños/as con miedos en función del sexo en el inventario de miedos.

Factor	HEMBRAS			VARONES			T
	$\bar{X}$	DT	N	$\bar{X}$	DT	N	
F. I	8.22	1.90	18	6.57	1.27	7	2.15*
F. II	6.38	1.09	18	6.85	0.69	7	-1.07
F. III	27.05	4.708	18	27.29	2.56	7	-0.129
F. IV	9.6	2.03	18	9.57	1.7	7	0.035
F. V	34.38	5.10	18	31.7	4.75	7	1.22
F. VI	5.4	1.6	18	5	1.15	7	0.607
F. VII	15.9	2.26	18	16	2.16	7	-0.102

**Nota:**  $\bar{X}$  = media; DT = desviación típica; N = número sujetos; F. I a F. VII, factores lógicos en el inventario de miedos. Los asteriscos representan el nivel de significación: (\*) probabilidad mayor que 0.05; (\*\*) que 0.02; (\*\*\*) que 0.01.

*relaciones interpersonales, hostiles y/o agresivas*, es decir, que los niños/as mayores de 10 años tienen más miedo a morir y a las situaciones sociales agresivas. Esto puede ser debido a que los niños mayores de 10 años han vivido de forma más intensa los sucesos. La media, desviación típica y valores "t" se pueden ver en el cuadro 2 y en el gráfico 4.

En el gráfico 5 y 6 se pueden comparar las puntuaciones obtenidas en los siete factores por

los niños/as de Alcácer, niños/as con miedo, y las puntuaciones obtenidas por Pelechano (1981) en una muestra de niños/as valencianos sin miedo. Como se puede observar fácilmente, las puntuaciones de las niñas/os de Alcácer con miedos, son muy superiores que las del grupo niños/as valencianos en todos los factores.

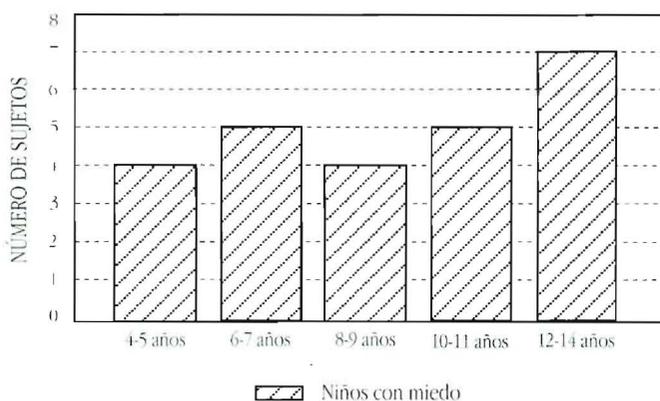
En el *perfil de conducta* de Achenback sólo se observa que este grupo de niños/as puntúan elevado en las preguntas: ¿su hijo

**Cuadro 2.** Estadísticos básicos y valor de "T" en la muestra de niños/as mayores y menores de 10 años en el inventario de miedos.

Factor	MENORES 10 años			MAYORES 10 años			T
	$\bar{X}$	DT	N	$\bar{X}$	DT	N	
F. I	8.46	1.98	13	7	1.47	12	2.07*
F. II	6.07	0.95	13	6.5	1.16	12	-1.01
F. III	26.6	5.17	13	27.5	2.74	12	0.53
F. IV	8.23	1.09	13	11.16	1.33	12	-6.05***
F. V	29.8	4.03	13	35.2	8.7	12	-2.01*
F. VI	5.15	1.46	13	5.75	1.35	12	-1.06
F. VII	15.6	2.25	13	16.33	2.14	12	-0.82

**Nota:**  $\bar{X}$  = media; DT = desviación típica; N = número sujetos; F. I a F. VII, factores lógicos en el inventario de miedos. Los asteriscos representan el nivel de significación: (\*) probabilidad mayor que 0.05; (\*\*) que 0.02; (\*\*\*) que 0.01.

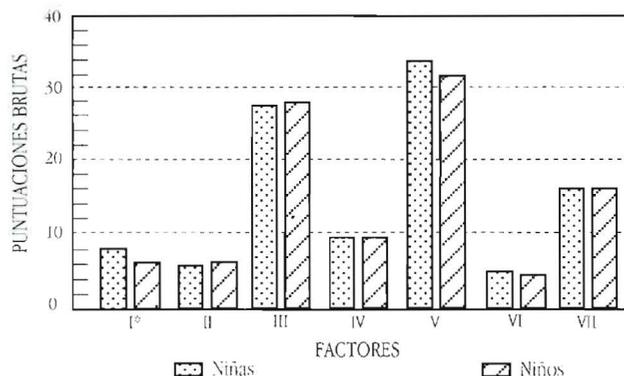
**Gráfico 2.** Distribución por edades de niños/as con miedos y fobias



tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares?, ¿su hijo es asustadizo o ansioso? Y en la entrevista de Poznanski no se encuentran puntuaciones elevadas en ninguno de los criterios evaluados. En el apartado número VII se comparan los resultados de los niños/as diagnosticados con miedos y trastornos fóbicos, "síndrome depresivo" y trastornos del sueño, en el inventario de miedos, en el perfil de conducta de Achenback y en la entrevista de Poznanski.

Los niños/as parecen atribuir mucha importancia a los miedos. En 1946 England interrogó a niños/as de 10 años sobre los acontecimientos más importantes de su vida, pidiendo que dibujasen algo relacionado con esas experiencias y casi la tercera parte de los dibujos se referían a experiencias de miedos. La mayoría de los niños/as presentan miedos en diferentes estadios del proceso evolutivo, muchos miedos surgen de forma innata, pero otros aparecen como consecuencia de acontecimientos disparadores y fruto del aprendizaje. En el caso de Alcácer ambos elementos, los acontecimientos y el aprendizaje han impactado sobre la población infantil, los acontecimientos fueron bastante fuertes como para impresionar a los niños/as, pero la reacción de la población adulta y las imágenes ofrecidas en diversos medios de comunicación acabaron de disparar los miedos. Hagman (1932) comprobó cómo en el momento que el estímulo evocador del miedo se presenta los niños/as lo primero que hacen es mirar a los adultos que los acompañan, también Bowlby (1952) comprobó cómo los niños/as experimentan el estrés a través de sus "adultos significativos".

Gráfica 3. Puntuaciones brutas en los 7 factores del inventario de miedo infantil en función del sexo.



### 5. SINDROME DEPRESIVO COMO REACCION AL DUELO

Hay diez personas que son diagnosticadas como "síndrome depresivo", ocho chicas y dos chicos. En la distribución por edades se observa que la mayoría de ellas se sitúa en la preadolescencia (12, 13 y 14 años), véase el gráfico 7.

Aunque la muerte de un familiar o amigos cercanos es uno de los acontecimientos más estresantes que pueden ocurrirle a un niño/a y la noticia del asesinato de las tres niñas supuso un fuerte impacto para muchos niños/as de la población, este acontecimiento no llega a provocar una clara depresión con síntomas como una autoimagen negativa o un excesivo autocrítica, ideas de suicidio, sentimiento de culpa o dificultades en el trabajo escolar, todo con una duración superior a un mes, que serían criterios necesarios para el diagnóstico de una depresión infantil, sin embargo sí que se observa un lige-

ro aislamiento social, perturbación del sueño, pérdida de energía, hipoactividad, pérdida de interés, excesiva preocupación por la muerte, durante las dos semanas posteriores al 27 de enero. Básicamente se observa una tendencia a exagerar el hecho ocurrido produciendo generalizaciones excesivas y se ve cómo algunas jóvenes llegan a pensar: "acabarán con nosotras", "vienen a por nosotras", etc.

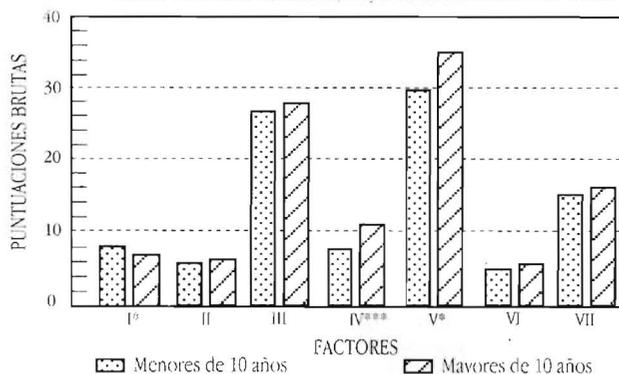
Concretamente en la entrevista de Elva O. Poznanski:

1. El rendimiento escolar es normal en consonancia con la capacidad del niño/a, sólo algunas personas tienen dificultades de concentración.

2. Capacidad para divertirse, la mayoría manifiesta interés, pero no entusiasmo y las últimas dos semanas no han "salido con sus amigos".

3. Retraimiento social, como se ha comentado las últimas dos semanas han permanecido en casa sin salir.

Gráfica 4. Puntuaciones brutas en los 7 factores del inventario de miedo infantil en función de la edad, mayor de 10 años, menor de 10 años.



4. Sueño, aparecen problemas ligeros con el sueño.

5. Apariencia, disminuye el apetito ligeramente.

6. Fatiga, aparecen quejas excesivas.

7. Quejas somáticas, ocasionales.

8. Irritabilidad ocasional varias veces por semana.

9. Culpabilidad, no existe culpa indebida.

10. Autoestima, los niños/as describen en términos positivos.

11. Sentimientos depresivos, ligeros y excesivos en relación con los acontecimientos.

12. Ideación mórbida, aparecen pensamientos sobre la muerte de amigos, animales, familiares y propia.

13. Ideación suicida nula.

14. Llanto con más frecuencia que los niños/as de su edad.

15. Afecto deprimido en algunos momentos de la entrevista.

16. Labilidad de humor, cambios durante la entrevista de su estado de humor.

17. Tiempo de habla, normal.

18. Hipoactividad, no hay.

En el perfil de conducta de Achenback se observa que los comportamientos que más se repiten en este grupo de niños/as se encuentran en el factor depresión, pero no puede decirse que exista una puntuación elevada para diagnosticar una depresión clínica, los padres describen a estos niños/as como algo o en parte preocupados, tristes, irritables, con cambios de humor, reservados, asustadizos, etc., también ven que sus hijos/as tienen pensamientos, sobre el asesinato de las niñas y el asesino, que no pueden eliminar de su cabeza y con miedo a que les hagan daño.

**Cuadro 3.** Medidas y desviaciones típicas de las niñas con miedos clínicos, síndrome depresivo y trastornos del sueño en el inventario de miedos.

Factor	MENORES 10 años			MAYORES 10 años			TIMS		
	$\bar{X}$	DT	N	$\bar{X}$	DT	N	$\bar{X}$	DT	N
F. I	8.22	1.89	18	5.4	1.1	8	4.3	1	9
F. II	6.38	1.09	18	4.8	0.9	8	4	0.7	9
F. III	27.05	4.708	18	17.3	1.3	8	17.7	1.4	9
F. IV	9.6	2.03	18	5.1	0.6	8	4.3	1	9
F. V	34.38	5.10	18	22.9	1.8	8	22.7	2.4	9
F. VI	5.4	1.6	18	3	0.8	8	3.1	0.9	9
F. VII	15.9	2.26	18	13.3	1.3	8	14.2	1	9

VALOR DE "T"

Factor	MIEDOS/SIN. DEPRESIVO	MIEDOS/TIMS	SIN. DEPRESIVO/TIMS
F. I	3.71***	5.89***	2.22*
F. II	3.40***	6.03***	2.09
F. III	5.41***	5.89***	-0.62
F. IV	5.77***	7.501***	1.95
F. V	5.83	6.59***	0.19
F. VI	3.77***	4.22***	-0.25
F. VII	2.87***	2.18*	-1.66

**Nota:**  $\bar{X}$  = media; DT = desviación típica; N = número sujetos; F. I a F. VII, factores lógicos en el inventario de miedos. Los asteriscos representan el nivel de significación: (\*) probabilidad mayor que 0.05; (\*\*) que 0.02; (\*\*\*) que 0.01.

En el *inventario de miedos* de Pelechano las medias de las puntuaciones en cada uno de los factores se sitúan entre el percentil 60 y el 75, en la tipificación por edades realizada por Pelechano (1984). Además las puntuaciones totales obtenidas por los sujetos no superan el criterio diagnóstico fijado en una puntuación superior a 94, es decir, la media más una desviación típica de la muestra de niños valencianos sin miedo (Pelechano, 1981).

En general se puede decir que estos niños/as presentan una reacción de estado de ánimo depresivo ante los acontecimientos sucedidos, pero que no puede diagnosticarse claramente como una "depresión infantil", ya que no se cumplen criterios como la duración mínima de un mes, ideas de suicidio, sentimientos de culpa, etc., (DSM-III-

R). Sería más apropiado hablar de "duelo" como una reacción normal ante la muerte de seres queridos que se manifiesta con un síndrome depresivo y sobre el que hay que evitar que se complique.

**6. TRASTORNOS DE INICIACION Y MANTENIMIENTO DEL SUEÑO Y PARASOMNIAS**

Los niños/as que tienen problemas relacionados con el sueño son 14, de ellos 9 niñas y 5 niños. Todos se sitúan entre los 4 y los 10 años. (Véase gráfico 8).

En el *inventario de miedos* de Pelechano (1981), las medias de los siete factores están alrededor de los percentiles 60-75 al consultar las normas percentiladas por edades de Pelechano (1984). Las puntuaciones de los 14 niños/as no son superio-

res a 94, es decir, la media más una desviación típica (Pelechano, 1981).

En el *perfil de conducta* de Achenback se observa que los padres describan a sus hijos/as con pesadillas y que no duermen bien.

En la *entrevista de Poznanski* el niño/a dice tener problemas relacionados con el sueño casi cada noche.

Aunque los TIMS y las parasomnias tienen una prevalencia en descenso a medida que avanza la edad (Simonds y Parraga, 1982a, b, 1984) el hallazgo de Hauri (1983) en el que los adultos con insomnio tienen antecedentes de este trastorno en la niñez hace que el tratamiento de este tipo de problemas sea una medida preventiva (Cashman y McCann, 1991).

**7. COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INVENTARIO DE MIEDO, EL PERFIL DE CONDUCTA Y LA ENTREVISTA DE POZNANSKI EN LOS NIÑOS/AS CON MIEDOS, SINDROME DEPRESIVO Y TRASTORNO DEL SUEÑO**

7. 1. *Comparaciones de los resultados del inventario de miedo de Pelechano en los niños/as con miedos, síndrome depresivo y trastornos del sueño.*

En el inventario de miedos, por lo que se refiere a las chicas, se observa que el grupo de niñas diagnosticado con *miedos clínicos* obtiene puntuaciones significativamente superiores en los siete factores al compararlo con el grupo diagnosticado como "síndrome depresivo" y *trastornos del sueño*. Entre el grupo "síndrome depresivo" y *trastornos del sueño* tan sólo existe una diferencia significativa en el factor I, miedo a los animales (véase cuadro 3).

Por lo que se refiere a los niños, el grupo de *miedos clínicos* y el de "síndrome depresivo" obtienen diferencias significativas en todos los factores, excepto en el factor I, miedo a los animales, es decir, que el grupo con *miedos clínicos* tiene en general más miedos que el grupo diagnosticado como "síndrome depresivo", excepto a los animales. Entre el grupo de *miedos clínicos* y *trastornos del sueño*, existen diferencias significativas en el factor III, daño corporal y enfermedades; factor IV, miedo a la muerte; factor V, miedos a situaciones sociales, hostiles y/o agresivas, y el factor VI, miedo a lugares cerrados, es decir el grupo de miedos clínicos tienen más miedo en estos factores que el grupo con trastornos del sueño. Entre los grupos "síndrome depresivo" y *trastornos del sueño* no existen diferencias significativas para los niños (véase cuadro 4).

**Cuadro 4.** Medias y desviaciones típicas de los niños con miedos clínicos, síndrome depresivo y trastornos del sueño en el inventario de miedos.

Factor	MIEDOS			SINDROME DEPRESIVO			TIMS		
	$\bar{X}$	DT	N	$\bar{X}$	DT	N	$\bar{X}$	DT	N
F. I	6.57	1.2	7	5.5	0.7	2	5.4	0.9	5
F. II	6.85	0.69	7	4.5	0.7	2	4.6	1.1	5
F. III	27.29	2.56	7	17.5	0.7	2	18	1.6	5
F. IV	9.57	1.7	7	5.5	0.7	2	5.4	1.5	5
F. V	31.7	4.75	7	21.5	0.7	2	24.4	5.3	5
F. VI	5	1.15	7	3.5	0.7	2	3.8	0.8	5
F. VII	16	2.16	7	12	1.4	2	16.8	1.6	5

VALOR DE "T"

Factor	MIEDOS/SIN. DEPRESIVO	MIEDOS/TIMS	SIN. DEPRESIVO/TIMS
F. I	1.107	1.76	0.15
F. II	3.609**	1.19	-0.028
F. III	5.12***	7.16***	-0.45
F. IV	3.15**	4.35***	0.09
F. V	2.89*	2.51*	-0.79
F. VI	3.13**	2.97**	-0.48
F. VII	2.41*	-0.69	-3.92

**Nota:**  $\bar{X}$  = media; DT = desviación típica; N = número sujetos; F. I a F. VII, factores lógicos en el inventario de miedos. Los asteriscos representan el nivel de significación: (\*) probabilidad mayor que 0.05; (\*\*) que 0.02; (\*\*\*) que 0.01.

7. 2. *Comparaciones de los resultados del perfil de conducta infantil de Achenback entre los grupos miedos clínicos, "síndrome depresivo" y trastornos del sueño.*

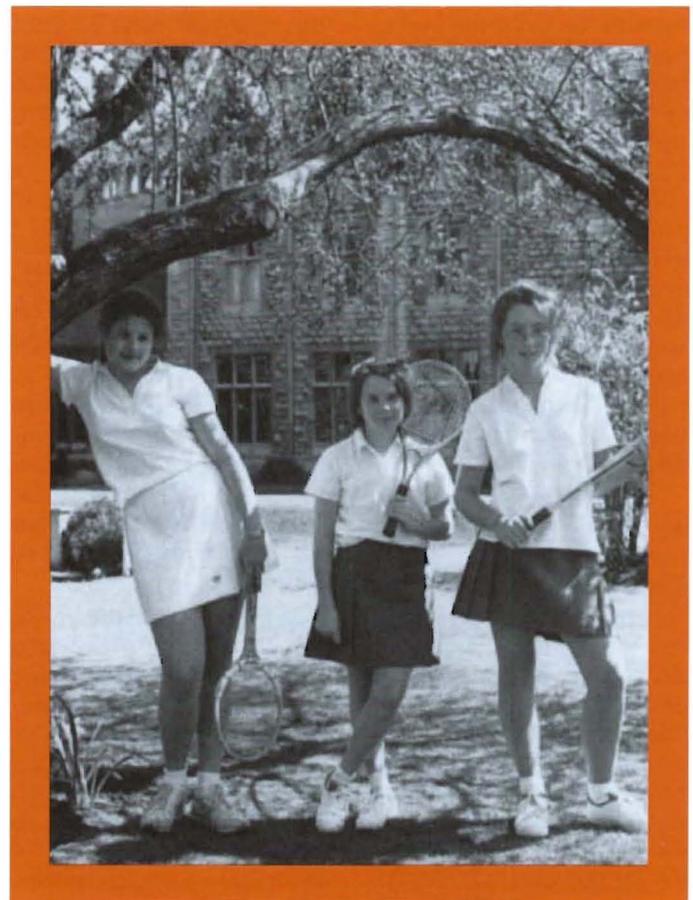
Al comparar los resultados entre los grupos diagnosticados como miedos clínicos y trastornos del sueño, se observan

diferencias significativas sólo en el área de conducta depresión, es decir los niños/as con miedos clínicos obtienen una puntuación mayor en comportamientos depresivos. Entre miedos clínicos y "síndrome depresivo" se observan diferencias significativas en el área de conducta esquizoide e hiperactividad, es decir, el grupo de

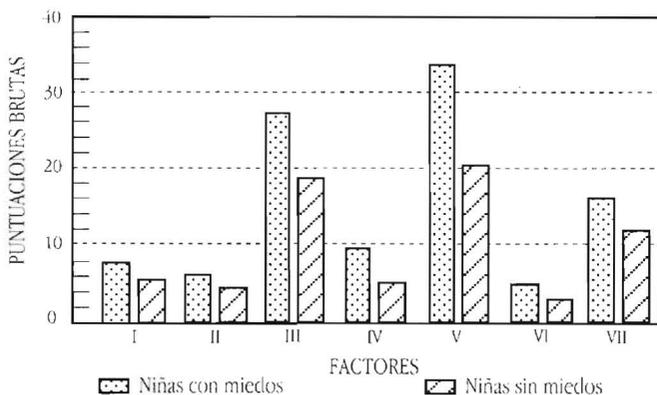
miedos clínicos tiene más comportamientos de los clasificados en estas áreas. Si comparamos el grupo "síndrome depresivo" con trastornos del sueño se observa que el grupo "síndrome depresivo" presenta más problemas de conducta de los agrupados en el área depresión e interiorización, el grupo miedos clínicos tiene más problemas de comportamiento en las áreas conducta esquizoide, hiperactividad, agresividad y delincuencia (véase el cuadro 5).

7. 3. *Comparaciones de los resultados de la entrevista de Poznanski en los grupos "síndrome depresivo", trastornos del sueño y miedos clínicos.*

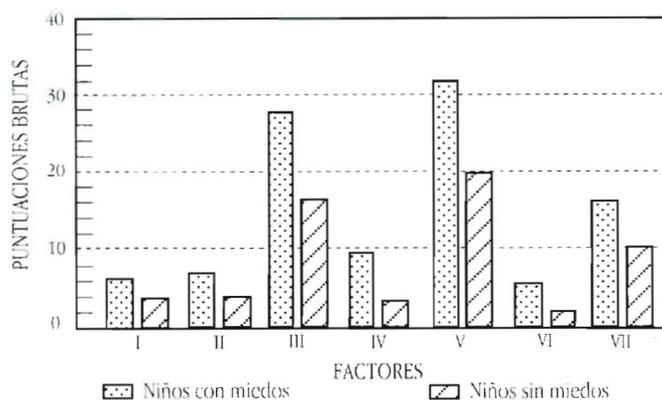
Si comparamos los grupos "síndrome depresivo" con miedos clínicos, encontramos que el primer grupo tiene menor capacidad para divertirse, mayor retraimiento social, menos apetito, mayor irritabilidad, más sentimientos de culpa, más sentimientos depresivos, más ideas mórbidas.



**Gráfica 5.** Puntuaciones brutas en los 7 factores del inventario de miedo infantil entre niñas con miedos de la población de Alcaer y niñas sin miedos de la Comunidad Valenciana



**Gráfica 6.** Puntuaciones brutas en los 7 factores del inventario de miedo infantil entre niños con miedos de la población de Alcaer y niños sin miedos de la Comunidad Valenciana



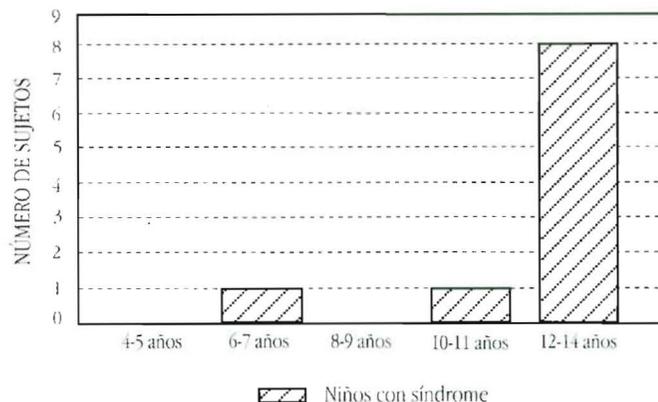
das, más lloros, mayor afecto deprimido y más cambios de humor. Al cotejar los grupos "síndrome depresivo" y trastornos del sueño se obser-

va que el primer grupo tiene menor capacidad para divertirse, más retraimiento social, menor apetito, más culpabilidad, más sentimien-

tos depresivos, más ideas mórbidas, más lloros y mayor afecto depresivo, sin embargo el grupo de sueños, como es de esperar, tiene más problemas de sueño y mayor fatiga diurna. Si se comparan el

grupo de *trastornos del sueño con miedos clínicos* se observa que el grupo de sueños tiene significativamente más problemas de sueño, mayor fatiga diurna y son más irritables (véase cuadro 6).

**Gráfica 7.** Distribución por edades de niños/as con "síndrome depresivo"



**Cuadro 5.** Medias y desviaciones típicas del perfil de conducta infantil en los grupos miedos clínicos, síndrome depresivo y trastornos del sueño.

	MIEDOS			SINDROME DEPRESIVO			TIMS		
	X	DT	N	X	DT	N	X	DT	N
Conducta Esquizoide	2.6	0.58	25	2.1	0.31	10	2.7	0.47	14
Depresión	3.2	0.76	25	5.9	0.31	10	2.5	0.52	14
Interiorización	2.1	0.76	25	3.3	0.48	10	2.2	0.7	14
Obsesiones	3.7	1.06	25	4	0.6	10	4.5	0.85	14
Hipocondría	1.7	0.48	25	1.8	0.42	10	1.8	0.43	14
Retraimiento social	0.9	0.3	25	1	0	10	0.8	0.43	14
Hiperactividad	0.5	0.5	25	0	0	10	0.6	0.5	14
Agresividad	3.3	0.9	25	2.7	0.67	10	3.7	0.8	14
Delincuencia	0.3	0.48	25	0	0	10	0.6	0.63	14

El tratamiento realizado en cada uno de los tres grupos, así como el resultado del mismo, se analizarán en un posterior artículo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

ACHENBACH, T. M. (1978): "The child behavior profile: I. Boys 6-11". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.

ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. (1979): "The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223-233.

ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. (1981): "Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16". *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46 (1. Serial n.º 188).

**VALOR DE "T"**

	MIEDOS/SIN. DEPRESIVO	MIEDOS/TIMS	SIN. DEPRESIVO/TIMS
Conducta Esquizoide	2.57***	-0.55	-3.52
Depresión	-9.53***	3.06***	13.34
Interiorización	-4.61***	-0.408	4.3
Obsesiones	-0.82	-2.41	-1.54
Hipocondría	-0.57	-0.65	-0.4
Retraimiento Social	-0.94	0.82	1.48
Hiperactividad	3.07***	-0.59	-3.8***
Agresividad	1.89	-1.37	-6.34***
Delincuencia	1.97*	-1.49	-2.99***

**Nota:** X = media; DT = desviación típica; N = número sujetos; F. I a F. VII, factores lógicos en el inventario de miedos. Los asteriscos representan el nivel de significación: (\*) probabilidad mayor que 0.05; (\*\*) que 0.02; (\*\*\*) que 0.01.

**Cuadro 6.** Medias y desviación típica de la entrevista de Poznanski para los grupos miedos clínicos, síndrome depresivo y trastornos del sueño.

		MIEDOS			SINDROME DEPRE.			TIMS		
		X	DT	N	X	DT	N	X	DT	N
I	Escolaridad	1.6	0.8	25	1.3	0.48	10	1.35	0.49	14
II	Capacidad para divertirse	1.1	0.4	25	2.4	0.5	10	1	0	14
III	Retraimiento social	1.6	0.9	25	2.4	0.5	10	1.5	0.8	14
IV	Sueño	2.8	0.6	25	2.5	0.5	10	4.2	0.9	14
V	Apetito	1.4	0.6	25	2.3	0.4	10	1.5	0.7	14
VI	Fatiga excesiva	1.4	0.7	25	2.2	0.4	10	2.7	0.4	14
VII	Quejas somáticas	1.4	0.5	25	1.4	0.5	10	1.5	0.7	14
VIII	Irritabilidad	1.5	0.5	25	2.1	0.5	10	1.9	0.2	14
IX	Culpabilidad	1	0	29	1.3	0.4	10	1	0	14
X	Autoestima	1.6	0.9	25	2	1.05	10	1.7	0.9	14
XI	Sentimiento depresivo	1.3	0.6	25	2.3	0.4	10	1.2	0.7	14
XII	Ideación mórbida	2.2	1	25	4	0.6	10	2.1	1.02	14
XIII	Ideación suicida	1	0	25	1	0	10	1	0	14
XIV	Llanto	1.3	0.4	25	2.5	0.7	10	1.5	0.5	14
XV	Afecto deprimido	1.4	0.5	25	2.2	0.4	10	1.5	0.5	14
XVI	Labilidad de humor	1.3	0.7	25	2.1	0.5	10	1.7	0.9	14
XVII	Tiempo de humor	1.3	0.3	25	1.4	0.5	10	1.3	0.4	14
XVIII	Hipoactividad	1	0	25	1	0	10	1	0	14

VALOR DE "T"

	MIEDOS/SIN. DEPRESIVO	MIEDOS/TIMS	SIN. DEPRESIVO/TIMS
I	-1.09	-1.06	-0.28
II	7.16***	-0.79	10.28***
III	2.6***	-0.33	-2.97***
IV	-1.27	5.53***	-5.29***
V	3.94***	0.43	2.93
VI	3.31***	6.15***	-2.69***
VII	-0.14	0.46	-0.36
VIII	3.06***	2.75***	1.25
IX	3.17***	0	2.35*
X	1.08	0.31	0.71
XI	4.51***	-0.45	4.18***
XII	5.22***	-0.29	5.13***
XIII	0	0	0
XIV	5.75***	1.2	4.02***
XV	4.4***	0.59	3.55***
XVI	3.69***	1.6	1.14
XVII	1.77	1.43	0.44
XVIII	0	0	0

**Nota:** X = media; DT = desviación típica; N = número sujetos; F. I a F. VII, factores lógicos en el inventario de miedos. Los asteriscos representan el nivel de significación: (\*) probabilidad mayor que 0.05; (\*\*) que 0.02; (\*\*\*) que 0.01.

BARNETT, J. T. (1969): *Development of children's fears: the relationship between three systems of fear measurement.* Tesis Licenc. no publicada, Universidad de Wisconsin.

BOWLBY, J. (1952): *Maternal care and mental health.* World Health Organization, 1952.

CASHMAN, M. A.; McCANN, B. S. (1991): *Trastornos del sueño en niños y adolescentes.* Martínez Roca. Barcelona.

ENGLAND, A. O. (1946): "Nonstructured approach to the study of children's fears", *J. of Clin. Psychology*, 2, pp. 363-368.

HAGMAN, R. R. (1932): A study of fears of children of preeschool age, *J. of Experim. Education*, 1, pp. 110-130.

HAURI, P. J. (1983): "A cluster analysis of insomnia". *Sleep*, 6, 326-338.

IZQUIERDO, A. (1982): *Prediagnóstico infantil.* TEA, Madrid.

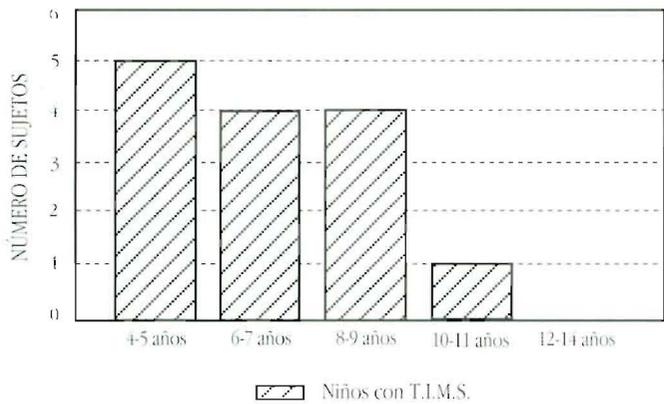
JERSILD, A. T. (1950): *Child psychology.* (3.ª Ed., págs. 260-284). Staple Press. Londres.

JERSILD, A. T.; MARKEY, F. U.; JERSILD, C. L. (1933): "Children's fears, dreams, wishes, daydreams, likes, dislikes, pleasant and unpleasant memories". *Child Development Monograph*, n.º 12.

LEWIS, D. (1991): *Ayuda a su hijo a vencer temores y ansiedad.* Martínez Roca. Barcelona.

MACFARLANE, J. W.; ALLEN, L.; HONZIK, M.

Gráfica 8. Distribución por edades de niños/as con T.I.M.S. y parasomnias.



P. (1954): *Behaviour problems of normal children between 21 months and 14 years.*

University of Calif. Press, Berkeley.

PELECHANO, V. (1981): *Miedos infantiles y tra-*

*pia familiar natural.* Ed. Alfaplús. Valencia.

PELECHANO, V. (1984): "Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos". *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-224.

POZNANSKI, E. O.; COOK, S. C.; CARROLL, B. J. (1979): "A depression rating scale for children". *Pediatrics*, 64, 442-450.

SIMONDS, J. F.; PÁRRAGA, H. (1984): "Sleep behaviors and disorders in children and adolescents evaluated at psychiatric clinics".

*Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5, 6-10.

SIMONDS, J. F.; PÁRRAGA, H. (1982a): "Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents". *Journal of the American of Child Psychiatry*, 21, 383-388.

SIMONDS, J. F.; PÁRRAGA, H. (1982b): "The parasomnias: Prevalence and relationship to each other and to positive family histories". *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 4, 25-38.

