

El síndrome de privación psicosocial: factores ambientales y conducta humana

M.J. Mardomingo.

Madrid

RESUMEN

La dicotomía en las Ciencias de la Salud Mental entre el ambiente y lo genético-biológico ha generado la discusión más apasionante y la menos fructífera habida en el seno de nuestra especialidad. La dependencia de paradigmas determinados y de variables socio-culturales ha hecho girar irremisiblemente el constructo final.

El estudio de la privación ambiental expresada como la ausencia de estimulación de potenciales de base es un «banco de pruebas» privilegiado en la investigación de la relación —mejor interrelación— entre lo innato y lo adquirido originando superestructuras de imbricación en donde deslindar uno u otro vector es imposible.

Palabras clave: Privación psicosocial. Niños institucionalizados.

El interés por el estudio de los factores ambientales y su repercusión en la conducta del

niño, es tal vez una de las características más significativas de la psiquiatría actual.

La medicina del siglo XX ha puesto de manifiesto la enorme importancia de los factores sociales en la aparición de las enfermedades. De hecho el medio sociocultural al que el hombre concreto pertenece modula la aparición de enfermedades y los modos de enfermar. Desde que Selye realizó sus trabajos sobre el estrés, la enfermedad se entiende como una respuesta adaptativa del ser humano a un medio adverso y agresivo. La enfermedad se convierte así, en última instancia, en una expresión de la vida y por tanto en un fenómeno socio-cultural. Una mejor comprensión de la enfermedad y de la medicina se traducen en una mejor comprensión de la cultura y de la sociedad, donde se dan, y viceversa. La medicina es actualmente una ciencia social (21).

Si los factores ambientales influyen y determinan los modos de enfermar, mayor es aún su importancia en el desarrollo de la conducta del ser humano. Es decir, la conducta del hombre adulto, el nivel intelectual y la adaptación y éxito social dependen en gran medida del ambiente en que ha vivido y muy especialmente del ambiente en que transcurrió su infancia.

Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital Provincial. Madrid.

FACTORES GENÉTICOS VERSUS FACTORES AMBIENTALES

La importancia de los factores genéticos y de los factores ambientales en el normal desarrollo de la conducta del niño ha sido valorada de distinta manera por unas y otras escuelas psicológicas. La escuela nativista ha concedido una importancia, en ocasiones absoluta, a los factores estructurales, cromosómicos, que permitirían la puesta en marcha de mecanismos innatos escasamente influenciados por el aprendizaje. La escuela epigenista, por su parte, ha concedido prioridad a los factores ambientales. El ambiente sería el verdadero rector de la conducta del niño, con extraordinaria importancia en el proceso evolutivo de la humanidad.

Piaget con su psicología genética se ha situado entre ambas posturas extremas. Para este autor el comportamiento infantil es el resultado de la interacción entre su bagaje congénito y su diferenciación acomodativa al ambiente, a través de un proceso de asimilación integradora.

Los factores cromosómicos estructurales, van a ser fundamentales durante las primeras fases del desarrollo determinando las formas de reacción habituales del recién nacido. Más adelante la dominancia cambia de signo y si bien los factores genéticos continúan y continuarán siendo la base del comportamiento, el aprendizaje, el ambiente, modificarán su organización. Son los factores ambientales los que permitirán la puesta en marcha del potencial congénito del niño y son los que posibilitarán la adquisición de funciones de nivel jerárquico superior tales como el lenguaje (17, 22).

FACTORES AMBIENTALES Y CONDUCTA ANIMAL

La investigación de las situaciones de privación ambiental y su repercusión sobre la conducta del niño, se han centrado fundamentalmente en el estudio de niños institucionaliza-

dos. Estas investigaciones han tenido que afrontar numerosas dificultades de tipo metodológico y ético, de ahí que muy pronto surgiera el interés por los estudios a nivel animal que permiten diseños más rigurosos y cuyos resultados, si bien no pueden trasladarse directamente al nivel humano, sí permiten extrapolar algunas de las conclusiones.

La experimentación animal ha demostrado como perros y ratas criados en un ambiente con una estimulación sensorial muy escasa, experimentan un intenso deterioro de la conducta y presentan un menor número de sinapsis y una menor riqueza de arborizaciones dendríticas. Diversas investigaciones sustentan la hipótesis de la existencia de una cierta relación entre mielinización y función. Así determinadas circunstancias que aceleran o retrasan la puesta en marcha de una actividad funcional afectan también el proceso de mielinización. Así por ejemplo Le Gros Clark (18) demostró que si a un animal recién nacido no se le permite ver la luz con un ojo, la mielinización del nervio óptico de ese ojo está retrasada en comparación con la del otro ojo que ha estado funcionando. Así mismo, cuando un niño nace prematuro, el proceso de mielinización se acelera. Si a un gatito recién nacido se le mantiene inmovilizado se comportará como ciego al dejarlo en libertad.

Monos criados en situación de aislamiento, privados de contacto físico con otros miembros de su grupo, desarrollan un patrón de conducta caracterizado por: tendencia al aislamiento, desinterés por el medio ambiente, pérdida del apetito y aparición de movimientos estereotipados sin carácter propositivo (10). Estos animales en la vida adulta son incapaces de integrarse en el grupo social, fracasan en la elección de pareja y desarrollan conductas de maltrato con sus propios hijos.

Las teorías que han intentado explicar los mecanismos de acción de la estimulación ambiental sobre la conducta animal pueden resumirse en tres fundamentalmente. La primera sostiene que los estímulos ambientales repercuten directamente sobre el proceso de maduración del sistema nervioso (19). Para la

segunda la estimulación ambiental produciría cambios en la motivación de la conducta (6). Según la tercera los estímulos ambientales repercutirían en los mecanismos de la atención (35). Probablemente se trata de un fenómeno de gran complejidad en el cual estos tres mecanismos —y otros que se pueden investigar— están implicados.

CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO INSTITUCIONAL

La organización de los servicios de asistencia al niño privado de un medio familiar normal, varía de unos países a otros. En unos casos el Estado tiene la total responsabilidad de esta asistencia, en otros la iniciativa privada ocupa un lugar importante. Aquí sólo vamos a referirnos a las instituciones estatales, para describir brevemente sus características y la evolución en su concepción y organización que empieza a vislumbrarse en las últimas décadas (2, 29, 30).

La filosofía asistencial puede decirse que se ha sustentado durante mucho tiempo en dos conceptos: proteccionismo y segregación. En líneas generales las características de la institución han sido y siguen siendo en muchos casos las siguientes:

- a) Tienen un gran tamaño, que dificulta la personalización del niño.
- b) Tienen un carácter de custodia más que un carácter educativo.
- c) Se da un predominio del modelo médico tanto en su concepción como en su organización.
- d) Se construyen en muchos casos en las afueras de las ciudades y suponen un bajo coste.
- e) La distribución de los niños se basa en criterios de edad y sexo.
- f) La dotación de personal es escasa y con baja o nula cualificación profesional.
- g) La ausencia de derechos del niño y la deshumanización son la norma en la mayoría de los casos.
- h) El progresivo deterioro de la conducta de los niños es el resultado.

i) Los trabajos de investigación de la conducta de los adultos procedentes de dichas instituciones, evidencian la mayor incidencia de delincuencia, alcoholismo, drogas, prostitución y desajustes sociales en este grupo que en el resto de la población.

A partir de los años 50 aparece poco a poco una nueva sensibilidad frente al niño institucionalizado y las características de la institución. Un nuevo modelo de institucionalización se va perfilando. Las experiencias de los hogares funcionales son un ejemplo. Así mismo la institución tiende a cambiar de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) Las instituciones son más pequeñas.
- 2) Se tiende a emplazarlas en los núcleos de población.
- 3) Hay una progresiva inserción de los niños en las actividades de la comunidad.
- 4) La dotación de personal asistencial es mayor y con mejor cualificación profesional.
- 5) Se da una mayor explicitación de los derechos del niño.
- 6) Del modelo médico y de custodia se pasa al modelo educativo.
- 7) La distribución de los niños intenta reproducir el modelo social de la familia.

El resultado es la progresiva normalización de la conducta del niño, con la obtención de unos niveles de conducta próximos a los del niño que vive en un medio familiar normal.

El ambiente institucional tradicional suele caracterizarse porque la estimulación sensorial oscila entre excesiva o escasa. La rutina diaria puede ser extremadamente monótona o por el contrario caótica y violenta, con el personal cambiando constantemente sin ofrecer una pauta estable de conducta. La estimulación verbal es muy pobre, traduciéndose en vocabulario limitado, deficiente estructura del lenguaje y deficiente razonamiento concreto, lo cual significa una mala base para el aprendizaje escolar. El lenguaje no verbal suele ser la clave en la comunicación ambiental, esto va a privar al niño de la posibilidad de adquirir y dominar unos mecanismos de expresión y comunicación de nivel jerárquico superior, especialmente el pensamiento abstracto (12). Por

otra parte la persona que cuida al niño suele hacerlo en los aspectos físicos, pero no tiene —o no ejerce— la oportunidad de jugar con él o proporcionarle otro tipo de experiencias. Los niños en estas circunstancias desarrollan una deficiente imagen-personal, con sentimientos de insignificancia e inseguridad (41) que repercute en el desarrollo cognitivo y emocional y en la conducta adaptativa. Su futuro es el fracaso escolar (4) y en último término el fracaso social y la desadaptación.

El deficiente estado nutritivo que puede darse en estos niños, se traduce para algunos autores en falta de respuesta y apatía global frente a los estímulos ambientales con graves consecuencias para el aprendizaje y la interacción social.

PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

La mayoría de los autores llegan a la conclusión de que las circunstancias ambientales anómalas propias de la institución repercuten directamente en el normal desarrollo de la conducta del niño, originando trastornos de conducta y retrasos del desarrollo tanto más intensos cuanto más temprana es la institucionalización del niño y cuanto más largo es el período de permanencia en el centro (23, 31).

La institucionalización no va a afectar por igual a todas las áreas del desarrollo de la conducta. Las funciones cognitivas y sobre todo el lenguaje son las más vulnerables, mientras que la motricidad es la que tiene una mejor evolución (23, 39, 40). El retraso intelectual y del lenguaje es detectable ya en etapas muy tempranas, está en relación proporcional con el grado de privación sensorial y verbal a que el niño está sometido. Así mismo estos niños presentan un trastorno de la empatía y socialización evidentes (24) y altamente significativos en cuanto al pronóstico futuro de la conducta del adulto. La apatía y la no adecuada discriminación social aparecen como anomalías precoces de la conducta personal-social, precursoras de otras características anómalas

de la conducta del adolescente y del adulto tales como:

- el escaso control de los impulsos,
- la falta de sentimientos adecuados de culpabilidad, asociada a agresividad y conductas destructivas,
- la incapacidad para establecer relaciones interpersonales estrechas.

Estas conclusiones se basan fundamentalmente en dos tipos de trabajos: el estudio directo de niños que viven en ambiente institucionalizado y el estudio retrospectivo de adultos y adolescentes, educados en dicho ambiente.

Los primeros trabajos sobre institucionalización insisten en la imposibilidad de prevenir el retraso mental de origen ambiental. Sin embargo estudios posteriores han demostrado: primero, que este retraso no depende exclusivamente de una sola variable —concretamente la ausencia de una relación emocional adecuada entre el cuidador y el niño— y segundo, que es prevenible (3). Las variables que van a afectar el desarrollo del niño de un modo preferente son:

- 1) La cantidad, calidad y variedad de estímulos sensoriales y perceptivos proporcionados por el cuidador del niño (2).
- 2) El número de oportunidades que tiene el niño para ejercitar la motricidad fina.
- 3) La calidad de la respuesta del cuidador ante las demandas del niño.
- 4) La continuidad de una misma persona que desempeña las funciones propias de la madre.
- 5) La calidad del intercambio emocional entre el niño y el cuidador.

Tres tipos de circunstancias ambientales — además de la institucionalización— han sido descritas como potencialmente causantes de anomalías en el desarrollo de la conducta del niño; la existencia de varias figuras maternas, la separación del niño de la madre, los trastornos en la interacción empática madre-niño.

Los niños que son depositados en las Inclusas están sometidos generalmente a estos cuatro tipos de experiencias, lo cual les convierte

en uno de los grupos de más alto riesgo de nuestra sociedad.

La existencia de varios cuidadores del niño y el cambio continuo de cuidadores se considera una de las causas más importantes de los trastornos en la conducta personal social que presenta el niño institucionalizado. El niño necesita la presencia continuada de una persona que desempeñe las funciones propias de la madre en nuestra sociedad occidental. La ausencia de esta figura priva al niño de la posibilidad de desarrollar expectativas consistentes en torno a una misma persona lo cual parece ser un requisito necesario para la adquisición del sentimiento de confianza en sí mismo elaborado por el niño sobre todo a partir de la relación con el cuidador durante el primer año de vida (8). Por otra parte los cuidadores no suelen individualizar al niño y darle respuestas personalizadas. De este modo el desarrollo de una relación personal significativa no es posible.

Margaret Mead ha cuestionado no obstante la validez de estas afirmaciones basándose en sus estudios antropológicos sobre tribus primitivas en las cuales el cuidado de los niños recae sobre varios adultos sin que se deriven aparentemente efectos perjudiciales. Parece ser que en la sociedad occidental, incluso en aquellas familias muy numerosas en las cuales múltiples adultos se relacionan con el niño, éste tiene la oportunidad de saber quienes son realmente sus padres. Podría concluirse que el contacto con varios adultos no es en sí mismo un factor perturbador del desarrollo del niño, incluso puede proporcionarle más variadas y ricas fuentes de estimulación ambiental pero al mismo tiempo el niño precisa de un punto de referencia estable —sea el padre, la madre u otro adulto— para su correcto desarrollo cognitivo y emocional. El niño será capaz de referir experiencias en principio desconectadas de la persona que le cuida y al mismo tiempo distinguirá a esta persona de otras. Estas experiencias hacen posible su desarrollo perceptivo y cognitivo. Así mismo el tipo de lazos que el cuidador establece con el niño determinan su posterior interacción social. El niño

aprende a través de esta relación los modelos y pautas de conducta que luego desarrollará en el proceso de socialización como adolescente y adulto.

La separación del niño de la madre cuando ya se han establecido unos lazos madre-niño y el niño reconoce a la madre como una figura distinta de las otras que le rodean, se puede traducir en un cuadro clínico descrito por los autores anglosajones con el término de depresión anaclítica de Spitz o «attachment disorder of infancy anaclitic type» (12), en el que suelen darse tres fases: 1.ª reacción de protesta a través de la cual el niño intenta la búsqueda de un sustituto de la madre. 2.º reacción de desesperación y de rechazo de las personas que rodean al niño. 3.º ruptura de lazos afectivos con el fracaso del niño para establecer nuevas relaciones con otras personas (37).

Si la institucionalización del niño se prolonga, el cuadro clínico se agrava progresivamente y su pronóstico empeora. El retraso mental psicossocial, los trastornos del juego, el retraso en la socialización, la regresión del lenguaje y la mayor frecuencia de enfermedades físicas y accidentes, han sido descritas como típicas de estos niños. Si se vuelve a poner al niño en contacto con la madre en un tiempo relativamente corto, el pequeño se recupera. Si las circunstancias ambientales de la institución son favorables, el niño puede no llegar a hacer el cuadro. Para la mayoría de los autores, el período más vulnerable de separación del niño de la madre es desde los 6 meses hasta los 2 años. Robertson (37) sostiene que si el niño se separa de la madre antes del desarrollo de la memoria evocativa, puede con el tiempo llegar a establecer una relación adecuada con otra figura materna. Sin embargo si el niño es capaz de recordar a su madre y anticipar su regreso, será mucho más difícil que logre establecer esa relación.

Kaufman y Stynes (13), estudiaron los efectos de la separación de la madre en el mono. Cuando las características ambientales proporcionaban al monito claves para recordar a su madre, éste mostraba pautas de conducta de añoranza de la madre y síntomas de depresión.

Si estas claves ambientales no se daban dichas conductas tampoco aparecían. Por otra parte las características de la relación madre-niño, previas a la separación, y la profundidad de la relación mutua, determinarán la mayor o menor repercusión de la institucionalización sobre el niño. Así el niño que tiene establecido un vínculo firme con la madre, tolera mejor las separaciones breves, pero tolera mucho peor la separación definitiva (9).

La importancia de los primeros años de vida en el normal desarrollo de la conducta del niño y posteriormente del hombre adulto, ha sido defendida en psiquiatría y psicología desde distintos postulados teóricos. Freud fue probablemente el primer autor en destacarla. Bowlby señala la privación materna y la interacción anómala madre-hijo durante los primeros años de vida, como una causa fundamental de trastornos de conducta, atribuyendo la «depresión anaclítica» de Spitz a las características del ambiente institucional y hospitalario.

La Neurología Evolutiva y la Psicología del Desarrollo atribuyen por su parte a las leyes de la plasticidad y de la especialización neuronal un papel rector fundamental en la maduración del sistema nervioso y por tanto en la normalidad de la conducta del niño (17, 22, 27, 28). Estas leyes justifican la importancia de los primeros años de vida y la necesidad del diagnóstico precoz y de la habilitación precoz, imprescindibles para obtener la máxima recuperación. Así mismo los conceptos de período sensitivo y período vulnerable del desarrollo destacan la importancia de estos primeros años. Durante el período sensitivo las influencias ambientales son más importantes, es decir, el aprendizaje se realiza con más facilidad en respuesta a estímulos apropiados. Del mismo modo existe un período de máxima vulnerabilidad del sistema nervioso, aquél que abarca desde el séptimo mes de vida intrauterina hasta el 24 mes de vida postnatal (7) caracterizado por cambios anatomofuncionales extremadamente importantes coincidentes con las fases de multiplicación neuronal y de la oligodendroglia, modificaciones en los ácidos

nucléicos, intensas síntesis lipídicas, cambios enzimáticos y otros.

No obstante, el que los primeros años de la vida del niño sean decisivos en la normalidad de la conducta, no significa que los déficits aparecidos en esta edad tengan un carácter irreversible en todos los casos, ni que la evolución de la conducta humana concluya en esta etapa.

Los cambios que tienen lugar durante los cinco primeros años de vida son muy intensos, pero el ser humano va a evolucionar a lo largo de todo el ciclo vital con un progresivo enriquecimiento y perfeccionamiento de sus formas de conducta más elevadas.

DEPRIVACIÓN MATERNA Y DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL

En los últimos años ha surgido la tendencia a diferenciar el síndrome de Privación Materna, del síndrome de Privación Psicosocial (15). Ambos tendrían su origen en circunstancias ambientales anómalas. En el segundo estas circunstancias ambientales anómalas dependerían de una situación de institucionalización.

La Privación Materna, se caracteriza por tres grupos de síntomas: retraso del crecimiento, retraso del desarrollo de la conducta del niño y trastorno de la empatía o intercambio afectivo con el medio.

Se describe también en la literatura con los términos: privación sensorial (15), privación emocional (36) y retraso de origen ambiental (5).

En la Privación Psicosocial, los niños además de presentar retraso en el crecimiento y desarrollo, presentan trastornos de conducta tales como polidipsia, coprofagia, sonambulismo, reacciones catastróficas y autoagresión. El retraso en el crecimiento es uno de los síntomas más significativos en ambos cuadros. Para algunos autores, en la Privación Materna el pcso está más afectado que la talla, mientras que en la Privación Psicosocial es

la talla la más afectada, pudiendo incluso ser obesos (1).

No se sabe con exactitud si la Deprivación Materna y la Deprivación Psicosocial son una misma entidad o dos entidades clínicas diferentes provocadas por circunstancias ambientales anómalas distintas. Los autores que defienden esta segunda posibilidad invocan mecanismos patogénicos distintos en ambos cuadros. En la Deprivación Materna se trataría sobre todo de un déficit de estimulación sensorial e interacción social, mientras que en la Deprivación Psicosocial los trastornos de conducta y el retraso del crecimiento tendrían su origen fundamentalmente en la anómala interacción social. Es decir, en la Deprivación Materna se incide más en la alteración cuantitativa de los estímulos ambientales, mientras que en la Deprivación Psicosocial será más determinante la alteración cualitativa de los mismos.

El retraso del crecimiento se atribuye en la Deprivación Materna a una falta de aporte alimenticio por las peculiares características de conducta de la madre, mientras que en la Deprivación Psicosocial se invocan tres factores probables:

- a) existencia de una disfunción hipotalámica con deficiente liberación de gonadotrofinas,
- b) crónica o intermitente malnutrición,
- c) trastornos emocionales que a su vez afectan la función hipotalámica.

La psicopatología del síndrome de Deprivación Psicosocial puede resumirse por tanto en tres grupos de síntomas (23): 1) Retrasos en el desarrollo, 2) Trastornos de conducta, 3) Afectación del desarrollo estatura ponderal.

Estos síntomas son modificables e incluso recuperables si se interviene precozmente modificando los factores ambientales, es decir, modificando las características de la institución.

MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES AMBIENTALES DE LA INSTITUCIÓN Y REPERCUSIÓN EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA Y DESARROLLO ESTATURO PONDERAL DEL NIÑO

Partiendo del concepto de que la psicopatología del Síndrome de Deprivación Psicosocial no tiene un carácter irrecuperable, sino que por el contrario se puede modificar, interviniendo y modificando las circunstancias ambientales, la autora de este trabajo diseñó un programa encaminado a lograr dicho objetivo en una institución que alojaba a niños menores de tres años (24, 25, 26). La metodología del trabajo así como las características de la institución y de los niños ya han sido publicados (23). El programa se basaba en los principios de personalización, socialización y normalización de la conducta del niño y se propuso como objetivos concretos los siguientes:

- 1) El establecimiento de una relación emocional positiva con el cuidador y gradualmente con otras personas próximas al niño.
- 2) El aporte de estímulos emocionales, intelectuales y sociales en adecuada cantidad y calidad.
- 3) La existencia de unas condiciones básicas para el aprendizaje, que permitan al niño llegar progresivamente a una comprensión del ambiente y que le permitan interactuar con dicho ambiente.
- 4) La adquisición del sentido de la propia identidad y valor social siendo aceptado en primer lugar por las personas más próximas al niño y progresivamente por grupos más amplios.
- 5) Un ritmo de vida lo más parecido posible al de un niño que vive en un medio familiar normal. Lo habitual es que un niño viva en un sitio, asista al colegio en otro distinto y vaya a jugar al parque o a la calle con otros niños. El niño institucionalizado no debe vivir, asistir a la escuela y jugar en el mismo edificio. El horario de comidas, levantarse y acostarse debe ser también lo más parecido posible al de los niños de su edad. Así mismo el

niño debe vivir la experiencia que suponen las distintas épocas del año, escolarización, vacaciones, así como la celebración de aquellas fiestas que tienen para él un significado personal.

El niño que vive en un medio familiar normal cuenta habitualmente con un ambiente especialmente protector y estimulante. El ambiente institucional debe suplir esta función.

El objetivo último del programa era lograr la normalización de la conducta del niño y el abandono del medio institucional y su incorporación a un medio familiar normal lo más pronto posible.

El primer estudio comprende 40 niños, 19 varones y 21 hembras, cuyas edades oscilan entre 38 meses y 20 meses con una edad media de 30 meses. Todos los niños han permanecido en régimen de institucionalización durante un período de tiempo que oscila entre los 2 meses y los 36 meses, con una estancia media de 16 meses (Tablas I y III).

Se realizó un segundo y un tercer control a los 13 meses y 20 meses del primero respectivamente. Los resultados que aquí se exponen corresponden al primero y tercero por haber transcurrido un mayor período de tiempo y tener por tanto los resultados una mayor validez. Durante este tiempo se han introducido las modificaciones asistenciales y educativas pertinentes.

El último control comprende 30 niños en total, 14 varones y 16 hembras, cuyas edades oscilan entre los 39 meses y los 5 meses, con una edad media de 18 meses. El período de institucionalización de los niños varía desde 4 meses a 26 meses, con una estancia media de 11 meses y medio (Tablas II y III).

Todos los niños han sido depositados en la institución entre la etapa de recién nacido y los 34 meses de edad. Para el estudio del nivel de desarrollo de los niños se ha utilizado el test de Gesell el cual permite obtener no sólo un cociente de desarrollo global, sino también edades parciales de desarrollo referentes a la motricidad, lenguaje, conducta adaptativa y conducta social, ya que en el niño institucionalizado no se afectan por igual todas las áreas

TABLA I
Tamaño de la muestra

Primer control	Varones	Hembras	Total
Número de niños	19	21	40
Edad máxima		38 meses	
Edad mínima		20 meses	
Edad media		30 meses	

TABLA II
Tamaño de la muestra

Tercer control	Varones	Hembras	Total
Número de niños	14	16	30
Edad máxima		39 meses	
Edad mínima		5 meses	
Edad media		18 meses	

TABLA III
Tiempo de institucionalización

	1.º control	3.º control
Tiempo máximo	32 meses	26 meses
Tiempo mínimo	2 meses	4 meses
Tiempo medio	16 meses	11 1/2 meses

del desarrollo. Para el estudio del peso y la talla se han utilizado las gráficas del Children's Hospital de Boston adaptadas a la población infantil española. Las pesadas se han realizado en todos los casos a la misma hora, por las mismas personas y en idénticas circunstancias. La determinación de la edad de maduración ósea se ha hecho con las tablas de Greulich y Pyle. Se presenta también la evolución de la incidencia de procesos patológicos, por considerarlo así mismo significativo, concretamente de enfermedades infecciosas, trastornos digestivos y traumatismo.

RESULTADOS

Cociente de desarrollo motriz :

El 52 % de los niños obtienen resultados por debajo de la media en el primer control, pasando esta cifra a un 23 % en el tercero (Tabla IV).

TABLA IV

Cociente de desarrollo motriz	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	48	77
c. desarrollo < media	52	23

Cociente de desarrollo adaptativo:

Del 57 % de los niños situados por debajo de la media en el primero, se pasa a un 23 % en el último (Tabla V).

TABLA V

Cociente de desarrollo adaptativo	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	43	77
c. desarrollo < media	57	23

Cociente de desarrollo personal social:

De un 70 % con puntuaciones inferiores a la media se pasa a un 46 % (Tabla VI).

TABLA VI

Cociente de desarrollo personal-social	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	30	54
c. desarrollo < media	70	46

Lenguaje:

Un 77 % de los niños presentaban un retraso considerable del lenguaje, reduciéndose esta cifra a un 60 % (Tabla VII).

TABLA VII

Cociente de desarrollo del lenguaje	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	23	40
c. desarrollo < media	77	60

Trastornos de conducta:

El 90 % de los niños presentan anorexia en el primer control pasando a un 20 % en el último. La polifagia y la coprofagia por su par-

te desaparecen. Los vómitos se reducen de un 15 % a un 3 % y la polidipsia de un 100 % a un 16 % (Tabla VIII).

TABLA VIII

Características de conducta		controles (%)		
		1.º	2.º	3.º
Trastornos en la esfera alimenticia	anorexia	90	26	20
	polifagia	8	3	—
	polidipsia	100	3	16
	vómitos	15	—	3
	coprofagia	8	—	—

Los trastornos de la empatía y socialización descienden de un 65 % a un 20 %. En cuanto a las características del juego, la pobreza en el juego y el desconocimiento de la utilización de los juguetes disminuye del 95 % de los niños al 10 %. La succión de los objetos pasa de un 20 % a un 3 % (Tabla IX).

TABLA IX

Características de conducta		controles (%)		
		1.º	2.º	3.º
Trastornos de empatía y socialización		65	23	20
Características del juego	pobreza	95	13	10
	succión	20	6	3

Los trastornos del sueño descienden a un 10 % y el retraso en el control de esfínteres que afectaba al 98 % de los niños se reduce a un 26 % (Tabla X).

TABLA X

Características de conducta		controles (%)		
		1.º	2.º	3.º
Trastornos del sueño		25	13	10
Retraso en el control de esfínteres		98	28	26

Procesos patológicos:

La incidencia de enfermedades infecciosas desciende de un 23 % a un 10 %, los trastor-

nos digestivos de un 25 % a un 16 % y los traumatismos de un 13 % a un 3 % (Tabla XI).

TABLA XI

Procesos patológicos	controles (%)		
	1.º	2.º	3.º
Enfermedades infecciosas	23	20	10
Trastornos digestivos	25	23	16
Traumatismos	13	13	3

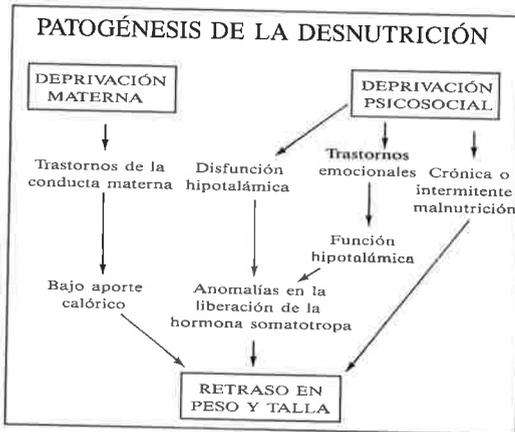
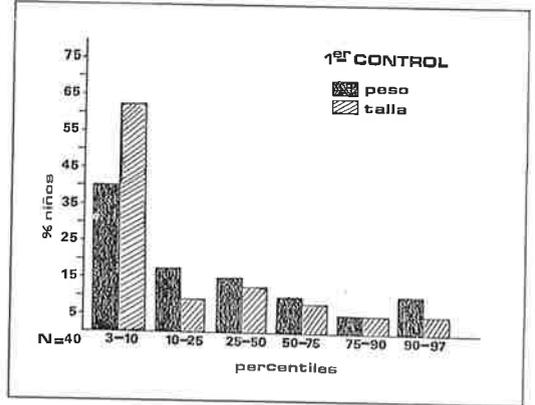


GRÁFICO 1

Peso:

En el primer control se encuentran por debajo de la media el 73 % de los niños estudiados, con una distribución en los percentiles en la que destaca el alto número de niños que se sitúan en el percentil 3-10, un 40 % del total. En el percentil 10-25 están el 18 % y en el percentil 25-50 el 15 % (Tabla XII). En el tercer control los niños cuyo peso se sitúa por debajo de la media son el 60 % y el número de niños que se sitúan en el percentil 3-10 ha disminuído al 20 %, exactamente la mitad que en el control anterior. Ha aumentado el número de niños en el percentil 50-75 que ha pasado de un 10 % a un 20 %. La distribución por tanto en percentiles es mucho más uniforme y se aproxima más a la de la población general (Tabla XIII).

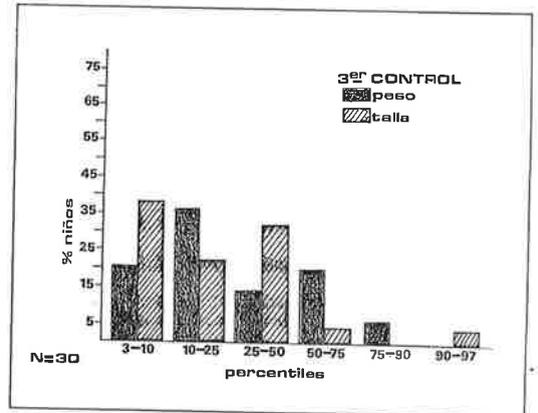
TABLA XII



Talla:

En el primer control el 85 % de los niños tienen una talla que se sitúa por debajo de la media con un claro acúmulo en el percentil 3-10 donde están el 62 % del total (Tabla XII). En el tercer control un alto porcentaje de niños continúa por debajo de la media, el 82 %, pero ha variado considerablemente su distribución en percentiles, de tal modo que en el percentil 3-10, se va a pasar de un 62 % a un 38 % con un mayor acúmulo de niños en los percentiles 10-25 y 25-50, donde se sitúan el 22 % y el 32 % respectivamente de los niños (Tabla XIII).

TABLA XIII



Peso Varones:

En el primer control el 69 % de los varones tenían un peso inferior a la media, situándose

se el 37 % por el percentil 3-10. En el tercer control el 50 % de los niños continúan por debajo de la media, habiendo disminuído a un 8 % los que se sitúan en el percentil 3-10. Así mismo hay un aumento del número de niños en los percentiles 10-25, 25-50 y 50-75 de forma que en este último se pasa de un 11 % en el primer control a un 28 % en el tercero (Tablas XIV y XV).

TABLA XIV

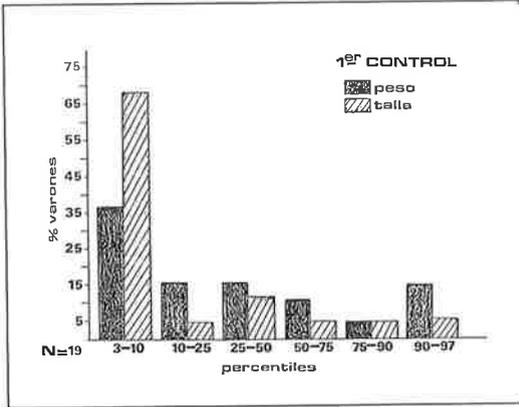
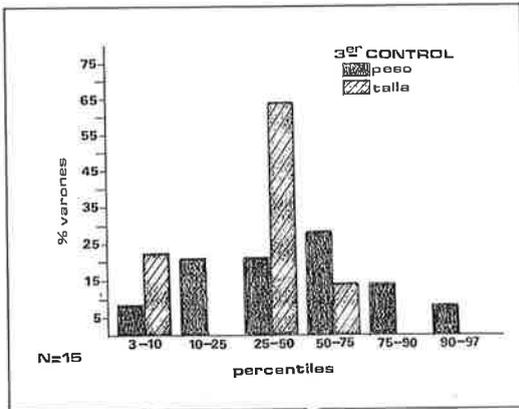


TABLA XV



Peso hembras:

El 75 % de las niñas se encontraban por debajo de la media en el primer control con un 41 % en el percentil 3-10. En el tercer control un 88 % de las niñas están por debajo de la media, con un acúmulo preferente en el percentil 10-25 que abarca el 50 % de las niñas

y disminución en el percentil 3-10, donde se pasa del 41 % en el primer control al 31 % en el tercero (Tablas XVI y XVII).

TABLA XVI

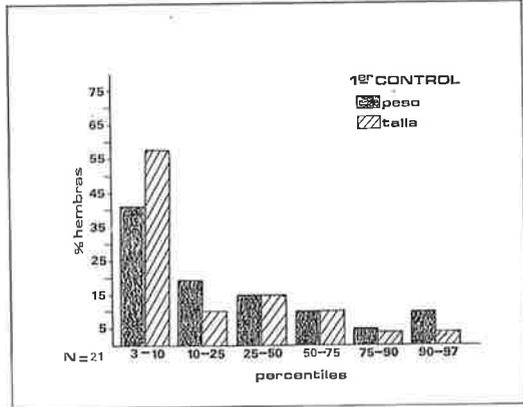
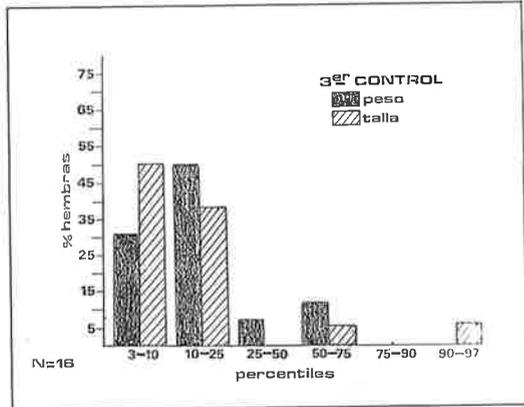


TABLA XVII



Talla varones:

En el primer control el 86 % de los varones se situaban por debajo de la media pasando a un 86 % en el tercer control. No obstante se observa un claro acúmulo de los niños en el percentil 25-50, en el tercer control donde se sitúan el 64 % del total, mientras que en el primer control sólo comprendía el 12 %. Se observa así mismo que el tanto por ciento de niños en el percentil 3-10 pasa de un 68 % en el primer control a un 22 % en el segundo (Tablas XIV y XV).

Talla hembras:

En el primer control el 82 % de las niñas tienen una talla que está por debajo de la media con acúmulo preferente en el percentil 3-10 donde se sitúan el 57 % del total. En el tercer control un 88 % de las niñas continúan con una talla por debajo de la media, observándose una ligera disminución en el percentil 3-10, que pasa del 57 % al 50 %, y un aumento en el percentil 10-25, que pasa del 10 % al 38 % (Tablas XVI y XVII).

Edad ósea:

El 72 % de los niños presentaban una edad ósea inferior a la edad cronológica en el pri-

TABLA XVIII

Edad de maduración ósea	controles (%)	
	1.º	3.º
e. maduración ósea \geq e. cronológica	28	50
e. maduración ósea $<$ e. cronológica	72	50

mer control. En el tercer control esta cifra se había reducido al 50 %. El 50 % restante tiene una edad ósea que corresponde a su edad cronológica o se sitúa por encima de la misma, aunque dentro de límites normales (Tabla XVIII).

CONCLUSIÓN

Las áreas más afectadas en el síndrome de Deprivación Psicosocial son el lenguaje y la conducta social. Estas áreas son así mismo las más difíciles de recuperar y por desgracia las que tienen un valor predictivo más alto respecto del éxito escolar del niño. La motricidad sin embargo tiene una buena evolución. Los primeros años de vida son muy importantes para el aprendizaje de la conducta social y este aprendizaje influirá en la futura socialización del adolescente y del adulto.

Los trastornos de conducta afectan fundamentalmente a la esfera etológica, lo cual es

una verdadera señal de alarma respecto de las características patológicas del ambiente que rodea al niño. Esto explica la sorprendente evolución de estos trastornos, que tienden a desaparecer en el momento en que esos factores ambientales se modifican.

La anorexia, tan frecuente, no sólo puede ser la causa de la desnutrición, sino que también forma parte del cuadro general de apatía que a su vez la desnutrición produce. Por otra parte, en el niño institucionalizado, el rechazo de la comida es también un medio concreto de lograr —al menos durante algún tiempo— una mayor atención por parte de los adultos.

La disminución de los procesos patológicos está en estrecha relación con la introducción de elementos ambientales protectores para el niño.

Respecto del desarrollo estatura-ponderal, puede decirse que tras la modificación de los criterios asistenciales y educativos, se ha producido una clara mejoría en el peso de los niños así como en la maduración ósea. En cuanto a la talla, existe una discrepancia entre la evolución experimentada por los varones y la experimentada por las hembras, siendo mucho más favorable la de los primeros. Esta discrepancia no es fácil de explicar y debe ser objeto de posteriores investigaciones.

La patogénesis de la desnutrición en el Síndrome de Deprivación Psicosocial es objeto de gran controversia. Algunos autores invocan como mecanismo etiopatogénico clave la existencia de una disfunción hipotalámica que se traduciría en anomalías en la liberación de hormona somatotropa. Otros no aceptan esta posibilidad y atribuyen el bajo peso y la baja talla a la crónica o intermitente malnutrición. Es también posible que los trastornos emocionales que padecen estos niños afecten la función hipotalámica y por tanto la producción de hormona somatotropa (Fig. 1).

El diagnóstico del Síndrome de Deprivación Psicosocial no siempre es fácil. Puede decirse que ha sido correcto cuando los cambios en las circunstancias ambientales anómalas y en los hábitos alimenticios del niño se traducen

en una mejoría del peso y en una mejoría de la talla, circunstancia esta última más difícil de observar. Estos cambios es tanto más difícil que se presenten cuando el peso, aunque bajo, es proporcional a la talla.

Bibliografía

- BRASEL, J.A.: *Review of findings in patients with emotional deprivation*. En L.I. Gardener and P. Amacher (Eds). *Endocrine aspects of Malnutrition, Marasmus, Kwasiorkor and Psychological Deprivation*. Sta/Ynez, Ca: Koro Foundation, 115, 1973.
- BRONFENBRENNER, U.: *Early deprivation in mammals: A cross-species analysis*. *An early experience and behavior*, G. Newton y S. Levine (ed). 627. Charles Thomas, princeton, III, 1968.
- BROSSARD, M. y DECARIE, T.G.: *The effects of three kinds of perceptual-social stimulation on the development of institutionalized infants*. *Early Child Development Care*, 1: 111, 1971.
- CLARK, K.B. y col.: *The educationally deprived*. New York: Metropolitan Applied Research Center, 1972.
- COLEMAN, R.W. y PROVENCE, S.: *Environmental retardation (hospitalism in infants living in families)*. *Pediatrics* 19; 285, 1957.
- DENENBERG, V.H. WOODCOCK, J.M. y ROSENBERG K.M.: *Long-term effects of preweaning and post weaning experience on rats problem solving behavior*. *J. Comp. Physiol. Psychol*, 66; 533-535, 1968.
- DOBBING, J.: *Vulnerable periods of brain development*. En «*Lipids, malnutrition and the developing brain*». Ciba Foundation Symposium, 1972.
- ERIKSON, E.H.: *Identity and the life cycle*. Internat. University Press, New York, 1959.
- GARROW, L.J. y GOODWIN, M.S.: *The immediate impact of separation*. En *The competent infant*. L.J. Stone, H.T. Smith y L.B. Murghy editors 145, Basic Books. New York 1973.
- HARLOW, H.F. y HARLOW, M.K.: *Social deprivation in monkeys*. *Sci. Amer.* 207(5); 136-146, 1962.
- JOHANSON, B.: *Scholl readiness*. Almqvist and Wiksell, Estocolomo, 1966.
- KAPLAN, H.I., FREDMAN, A.M. y SADOCK, B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, 3, 2506, Williams y Wilkins, Baltimore, 1980.
- KAUFMAN, I.C., y STYNES, A.J.: *Depression can be induced in a bonnet macaque infant*. *Psychosom. Med* 40; 71, 1978.
- KOLUCHOVA, J.: *An experience of deprivation: a follow-up study*. En J.G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in the Psychiatry of Infancy*, Brunner Mazel, New York, 1979.
- KRIEGER, I.: *Maternal and psychosocial deprivation*. En Howells, J.G. (Eds) *Modern perspectives in the Psychiatry of Infancy*. Brunner-Mazel, New York, 1979.
- KRIEGER, I., y SARGENT, D.S.: *A postural sign in the sensory deprivation syndrome*. *J Pediatr* 70; 332, 1967.
- LAMOTE DE GRIGNON, C.: *Neurología Evolutiva*. Ed. Salvat, Barcelona 1980.
- LE GROS CLARK, W.E.: *The C.N.S. En Cunningham's textbook of anatomy*, 9th Ed. J.C. Brash, ed. New York: Oxford University Press, 1951.
- LEVINE, S. y ALPERT, M.: *Differential maturation of the C.N.S. as a function of early experience*. *Arch. Gen. Psychiat.* 1; 403-405, 1959.
- MARDOMINGO, M.J.: *Evolución del concepto de institución*. En *V Simposio español de Pediatría Social*. Libro de Ponencias 1958ss. Tenerife, 1981.
- MARDOMINGO, M.J.: *Incidencias de los factores ambientales en los retrasos del desarrollo*. *Boletín de la Asociación Española para el estudio científico del retraso mental*, n.º 1, 81ss, enero 1982.
- MARDOMINGO, M.J.: *Desarrollo normal de la conducta del niño*. En Gisbert, J.; Mardomingo, M.J. y col. «Educación Especial», 49-57, Ed. Cincel Kapelus, Madrid 1980, 2.ª ed. 1981.
- MARDOMINGO, M.J., DEU, G., PARRA, E. y CAYUELA, P.: *Efectos de la institucionalización sobre la conducta del niño durante los tres primeros años de vida*. En *V Simposio español de Pediatría Social*. Libro de Ponencias 166-193. Tenerife, 1981.
- MARDOMINGO, M.J., CAYUELA, P., DEU, G. y PARRA, E.: *Desarrollo del lenguaje, conducta adaptativa y conducta social en relación con los factores ambientales*. Comunicación científica en las I Jornadas Luso-Españolas de Pediatría Social, Lisboa, diciembre 1982.
- MARDOMINGO, M.J., PARRA, E., CARRASCO, O.: *Modificación del entorno y características de conducta en niños de 0 a 3 años*. Comunicación científica en las I Jornadas Luso-Españolas de Pediatría Social, Lisboa, diciembre 1982.
- MARDOMINGO, M.J., CAYUELA, P., PARRA, E. y DEU, G.: *Incidencia de los factores ambientales sobre el peso, la talla y la maduración ósea de niños menores de 3 años*. Comunicación científica en las I Jornadas Luso-Españolas de Pediatría Social, Lisboa, diciembre 1982.
- MARDOMINGO, M.J.: *Desarrollo*. En «Diccionario de Educación Especial», Vol. II, 606-609, Madrid, 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *Troquelado*. En «Diccionario de Educación Especial», Vol IV, 1710-1711, Madrid, 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *El niño sin familia, alternativas que se le ofrecen*. Mesa Redonda organizada por la UNICEF - España, octubre 1982.
- MARDOMINGO, M.J.: *El Maltrato Social*. Libro de Comunicaciones científicas del XVI Congreso español de Pediatría, 176, Madrid, mayo 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *Early Infant Stimulation*. Comunicación científica presentada en el Infant Stimulation Workshop, San Juan Handicapped Infant Project, Hungtinton Beach, California (U.S.A.), abril 1976.
- MARDOMINGO, M.J.: *Psicosis Infantiles y Síndrome de Deprivación Ambiental*. En la Mesa Redonda Autis-

- mo y Psicosis Infantiles: Diagnóstico. III Congreso de Autismo y Psicosis Infantiles. Madrid, abril 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *Retraso mental: Aspectos educativos y asistenciales*. En Gisbert, J.; Mardomingo, M.J. y col. «Educación Especial», 110-130 Edit. Cincel Kappelusz, Madrid 2.ª Ed. 1981.
- MARDOMINGO, M.J.: *Institucionalización y deterioro de la conducta del niño*. En «Menores Marginados», 351-361, Ed. PSOE, Madrid, 1982.
- MELZACK, B.: *Effects of early experience of behavior: Experimental and conceptual considerations*. En P.H. Hoch y J. Zubin eds., *Psychopathology of perception*. New York: Grune Stratton 1965.
- POWELL, G.F., BRASEL, J.A., y BLIZZARD, T.F.: *Emotional deprivation and growth retardation simulating true idiopathic hypopituitarism*. Clinical evaluation of the syndrome. N Engel J Ed., 276; 1271, 1967.
- ROBERTSON, J. y ROBERTSON, J.: *Young children in brief separation*. *Psychoanal. Study Child*, 26; 264, 1971.
- SHUM, G. y MARDOMINGO, M.J.: *Factores ambientales en el Proceso de Adquisición del Lenguaje*. Libro de Ponencias del Primer Congreso de Psicolingüística Aplicada, 21 y ss. Barcelona, junio 1985.
- TIZARD, B., COPERMAN, O., JOSEPH, A. y TIZARD, J.: *Environmental effects on language development: A study of young children in long-stay residential nurseries*. *Child Dev*, 43; 337, 1972.
- WHITE, B.L.: *An experimental approach to the effects of experience on early human behavior*. En Minnesota Symposium on Child Psychology. J.P. Hill (Ed). Vol 1, 201. University Minnesota Press, Minneapolis, 1967.
- WOLMAN, B.B.: *Social disadvantage: effects on children*. International encyclopaedia of Psychiatry, Psychology and Neurology. Aesculapius Publ Insc, New York 10; 277, 1977.