

AÑO 1987
Nº 10

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

REVISTA DE
NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

EPAXI

PUBLICACIONES MEDICAS

Barcelona

© Asociación Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, 1987.

Edición y secretaría técnica

ESPAXS, S. A., 1988

Roselló, 132

08036 Barcelona

ISBN: 84-7179-182-X

Depósito legal: B-16.891-1988

Impreso en España / Printed in Spain

Desnor, S. A. Vergós, 8 Sabadell (Barcelona)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRESIDENTES DE HONOR

J. Córdoba †
J. de Moragas †
A. Serrate †
L. Folch
C. Vázquez
F. J. Mendiguchía
M. de Linares

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Vicente López-Camós Ibor
Vice-Presidente: Rafael Martínez Figuerero
Secretario: Antonio Fernández Moreno
Tesorero: Prudencio Rodríguez Ramos
Vocal: Antonina Bonals Pi

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

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

J. M. Costa Molinari
E. Doménech Llavería
C. Esquete López-Ucero
A. Fernández Moreno
L. Folch Camarasa
E. Garralda Hualde
J. Guimón
V. López-Camós Ibor
J. J. López Ibor Aliño
A. Martínez Valverde
F. Mayor Zaragoza
F. Mendiguchía Quijada
A. Monsell Atienza

G. Morandé
R. Nogueira Rodríguez
I. Pascual Castroviejo
J. L. Pedreira Massa
L. Pelaz Lorenzo
A. Polaino Llorente
J. Puig Antich
J. Rodríguez Sacristán
A. Seva Díaz
J. Toro Trallero
C. Vázquez Velasco
M. Velilla Picazo

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director: José Tomás Vilaltella

Asesoría de Dirección: Valentín J. M.^a Conde López

Secretaría: Bernardo Oliva Cervera

Vocales: J. L. Alcazar Fernández
C. Linares Von Schmitterlow
P. Rodríguez Ramos
J. M. Romacho Romero
C. Gómez-Ferré Gorriz
J. Rom Font
R. Ferrer Gelabert
J. E. de la Fuente
R. Martínez Figuerio
J. Gastaminza
L. Sordo Sordo
F. León Ramos

NORMAS DE PUBLICACIÓN

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaria de redacción:
ESPAXS, S. A.
Revista de Neuropsiquiatría
C/ Rosselló, 132
08036 - BARCELONA
- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:
 - a) Título original
 - b) Inicio del nombre y apellidos del autor o autores
 - c) Nombre del Centro de trabajo y población
 - d) Fecha de envío
 - e) Dirección del primer firmante.
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja a parte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión mínima de 5 folios. En los artículos originales o en las revisiones no se aconseja extensión alguna.
- 6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
 - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
 - b) Título del trabajo en la lengua original
 - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
 - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) La Sección de Casos Clínicos y Notas Breves puede contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a artículos publicados con anterioridad o asuntos de interés general. En el primer caso podrá contener crítica científica o datos personales y la carta será enviada por la redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

Índice

Editorial	11
<i>Vicente López Camós Ibor</i>	
Introducción	13
<i>V. Conde López y M.^a C. Ballesteros Alcalde</i>	
Miedos, fobias y obsesiones en la infancia y la adolescencia	23
<i>Francisco Javier Mendiguchia Quijada</i>	
Tratamiento cognitivo-conductual de fobias simples	135
<i>M. Cervera Laviña y J. Toro Trallero</i>	
Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad por separación	139
<i>Ana M.^a Martínez González</i>	
Fobia escolar	143
<i>María Jesús Mardomingo</i>	

Editorial

Iniciamos con este número una nueva andadura marcada por el signo de la renovación. Renovación en las formas, traducida en una presentación editorial más moderna y cuidada, y renovación en los elementos necesarios para la preparación de los contenidos, perseverando en nuestra intención de procurar una progresiva mejora de la calidad, una más amplia participación en la confección de la Revista y la más adecuada utilización de nuestros recursos económicos.

Este ánimo renovador, madurado durante largo tiempo, lo entendemos ahora pues, oportuno y conveniente.

Nuestra Revista se ha afirmado en su primera etapa como una de las valiosas publicaciones europeas en el ámbito de la Neuropsiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Hemos asistido a la feliz transformación del viejo sueño de nuestros predecesores en una pujante realidad: una Revista al servicio de la Neuropsiquiatría española con creciente proyección internacional.

Ampliar la participación de especialistas en la elaboración de nuestra Revista que permitiera una mejor distribución de áreas de responsabilidad en su confección, era otra de mis preocupaciones, puntualmente transmitida al Director de la misma, cuando me hice cargo de la Presidencia de la Sociedad.

Participación activa, vivida en el diálogo interno de la redacción, exigente con los contenidos de artículos, ponencias y otras manifestaciones científicas, abierta a las sugerencias de todos los miembros de la Sociedad.

Participación para, con el esfuerzo de todos, ofrecer una Revista orgullosa de su altura científica.

Consecuentes con estos objetivos y una vez evaluado el importante trabajo que debe ser realizado, se ha decidido crear junto al Comité de Redacción, y para su mejor asistencia, un Comité Científico Asesor, y también un Asesor Adjunto a la Dirección de la Revista. Este cargo lo inaugura el Profesor Dr. D. Valentín Conde López (Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid), de todos conocido por su prestigio profesional.

El Dr. Tomás Villaltella, bajo cuyas iniciativas se han materializado los nuevos cambios y cuya brillante trayectoria en la primera etapa de la Revista está fuera de toda duda, continuará —y es una garantía de futuro—, como Director de la misma.

Aprovecho por último esta nueva tribuna editorial para agradecer la actuación de los miembros salientes del Comité de Redacción, y cómo no —así lo expresé claramente en la última Reunión de Terrassa—, a los antiguos componentes de la Junta Directiva de la So-

ciudad, de cuya valía y ejemplar dedicación a los fines de la misma he sido testigo de excepción.

A todos mis más sinceras gracias y a los que se incorporan mi reiterada bienvenida. Quienes dejan su concreta función o responsabilidad en uno u otro sitio, vuelven al apoyo de las tareas societarias en Reuniones, Congresos, Ponencias, Comunicaciones..., porque así, en ese empeño común, se fortalece toda

Sociedad, cualquiera que sea su índole profesional.

Renovarse pues, para no perder el ritmo de los tiempos, para estar efectivamente en vanguardia, en vanguardia con pies firmes.

Por fortuna, en nuestra querida Sociedad ni siquiera en momentos de renovación es preciso despedirse de nadie, y es porque en el adiós se encuentra también la bienvenida: son dos formas de vivir el regreso.

Vicente López-Camós Ibor

Introducción

V. Conde López y M.^a C. Ballesteros Alcalde

*Departamento de Psicología Médica y de Psiquiatría
del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Valladolid.*

Al tratar de miedos, fobias y obsesiones en este V Congreso, nos ocupamos de un área importante de las llamadas clásica y esquemáticamente neurosis, dejando solamente la historia fuera de nuestro objetivo. Durante más de doscientos años la Medicina y la Psiquiatría clínica intentaron establecer un conjunto de entidades básicas, al principio polarizadas entre lo orgánico y lo funcional, lo exógeno y lo endógeno, lo primario y lo secundario, lo ambiental y lo hereditario, lo somático y lo psicógeno, lo extrapsíquico y lo intrapsíquico, etc., que sedimentaron en la primera mitad de nuestro siglo en un orden más «trialista», en el sentido de Eccles y Popper, al ubicar en sus clasificaciones entre los trastornos mentales orgánicos y los neuróticos, los psicóticos de etiopatogenia conocida, o por conocer, volviendo, sin embargo, en las últimas décadas al esquema antinómico, que en el caso de la ansiedad y de la angustia se resume en la división de la misma en «endógena» y «exógena», con sus implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

A partir de 1980 y con la publicación del D.S.M. III, la palabra neurosis desaparece de gran número de diagnósticos para ser sustituida, en lo que a nosotros nos ocupa, fundamentalmente, por un término: trastorno por ansiedad, fóbico, obsesivo, etc., lo que conlleva un cambio también en los conceptos etiológicos y etiopatogénicos, cambio que por su interés merece que, en el manual de dicha clasificación, se explique el mismo: «Se trata de

cuadros clásicos que descriptivamente corresponden a las neurosis, aunque sin prejuzgar etiología ni patogenia».

ASPECTOS DINÁMICOS

De la etiología había comenzado a preocuparse Freud, cien años después de que Cullen (1776) introdujera el término de «neurosis» en el vocabulario médico. Antes que Freud, solamente se habían ocupado de estos trastornos, por lo que se refiere a la infancia, Landor que, en 1873, realizó un estudio sobre la historia en el niño, y Dupre (1905) describiendo la «mitomanía infantil».

En el curso de su autoanálisis, comenzando en 1897, Freud reconoce el carácter inevitable y universal de los conflictos psíquicos durante la infancia, y fue, precisamente, la fobia a los caballos que sufría un niño, el primer contacto de Freud con la neurosis infantil (1909); posteriormente, en 1918, publica «Extracto de la historia de una neurosis infantil: El hombre de los lobos», sobre la neurosis obsesiva. Describe la «Neurosis infantil» como el conflicto central ligado a los problemas edípicos y a la angustia de castración, considerándola, como conflicto inevitable que es, normal en el desarrollo del niño, y llamando la atención sobre la necesidad de distinguir esta «neurosis infantil», sin carácter patológico.

gico, de lo que debe ser considerado como trastornos neuróticos en el niño.

El conocimiento más completo conseguido a través de los años por el tratamiento de numerosos y variados cuadros psicopatológicos en los niños ha mostrado que ni las reconstrucciones de neurosis del adulto, ni la llamada «neurosis infantil», podían explicar las alteraciones psicopatológicas de la infancia y, siguiendo a A. Freud, autores como Diatkine, Levobici, Nágera, etc., han estudiado la interacción entre el niño y su entorno familiar, sobre todo, uniendo desarrollo y biografía, mientras otros, siguiendo a M. Klein, permanecían fieles a la importancia de los conflictos y fantasmas inconscientes.

Desde un punto de vista gnoseológico, Freud distingue las neurosis actuales de las neuropsicosis o neurosis de defensa llamadas posteriormente de transferencia. El primer grupo lo constituiría la neurastenia, hipocondría y neurosis de angustia, y en el segundo se incluirían la histeria de conversión, la neurosis obsesiva y la neurosis fóbica, a la que Freud denominó histeria de angustia, apoyándose en la afinidad que, consideraba, existía entre las fobias y la histeria de conversión. Las neurosis obsesivas y las de transferencia, según Freud, están motivadas por conflictos intrapsíquicos, con fijaciones en alguna de las etapas de evolución de la libido, cuyos mecanismos defensivos, diferentes para cada una de ellas, contribuye a la caracterización clínica de las mismas. En la neurosis fóbica los sentimientos edípicos rechazados ante el temor de castración son desplazados hacia una situación, persona u objeto en quien queda simbolizado el conflicto. La ansiedad fóbica, según Freud, contiene en el fondo un temor de castración. Los mecanismos de defensa utilizados con preferencia en esta neurosis serían el desplazamiento y la evitación.

Desde Freud, se considera la neurosis obsesiva como la fijación, y regresión posterior, de la libido de objeto y de la libido del yo, al estadio sádico anal. En la neurosis obsesiva el mecanismo de defensa nuclear es la formación reactiva, pero también la anulación y el

aislamiento. La libido, que regresa al estadio anal, es contrainvestida dando lugar a formaciones reactivas que se expresan en el carácter anal. El retorno de lo rechazado se manifiesta a veces en la misma formación reactiva, otras, directamente, en representaciones con contenido sádico, pero aisladas de sus afectos —mecanismo de aislamiento— y en ocasiones borradas por la anulación.

Estas neurosis llamadas por algunos autores «sintomáticas», por otros «básicas» (López Ibor), se diferenciarían de las consideradas «asintomáticas» o neurosis de carácter, que constituirían para muchos verdaderos desarrollo neuróticos. Actualmente la discusión se ha «modernizado» y se emplean con frecuencia dos nuevas palabras: rasgo y estado, que quizá no hace más que presentar viejos problemas en envolturas más modernas.

En todo lo planteado se ponen ya de manifiesto varias cuestiones. En primer lugar las imbricaciones entre las diferentes neurosis. Por una parte, Freud consideró emparentadas entre sí la histeria de conversión y la de angustia o fóbica; por otra, publicó un trabajo: «Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología» (1895), en el que distinguió las obsesiones verdaderas, caracterizadas por una idea que se impone al enfermo, y por un estado emocional asociado, que puede ser la ansiedad —pero también la duda, los remordimientos, la cólera— de las fobias, cuya emoción acompañante es siempre la ansiedad. Pero la separación entre obsesiones y fobias, al menos desde un punto de vista tanto semiológico como psicopatológico, no es tan clara en la práctica como puede mostrarse en cualquier revisión histórica, tanto de la psiquiatría como de la clínica y en un número suficiente de casos bien estudiados. Morel (1866) integraba ambos trastornos en el llamado «Delirio emotivo». Westphal (1877) diferenciaba ambos trastornos al señalar que la afectividad acompaña a la agorafobia, mientras que no aparecen en las representaciones forzadas (obsesiones). Por esta época también la psiquiatría clásica plantea la antinomia, realmente dinámica, entre la noogénesis y la

timogénesis de los grandes síndromes psiquiátricos, de las neurosis a la psicosis. Janet (1911) describe las fobias en el cuadro de la psicastenia, y Kraepelin (1913) hace alusión a «ideas irreprimibles y miedos irresistibles», pero no distingue las fobias de los fenómenos obsesivos. Von Gebsattel clasifica las fobias en los siguientes tipos: comunes, anancásticas, aisladas, de expansión y psicasténicas. Las anancásticas corresponderían a vivencias obsesivas (Alonso Fernández) y las psicasténicas estarían así mismo más cerca de lo obsesivo que de lo fóbico. Esto por lo que se refiere a los síntomas; respecto a la estructura de personalidad que subyace, desde un punto de vista dinámico, en estas neurosis oscila entre personalidades neuróticas estructuradas, histerofóbicas o fobo-obsesivas, y personalidades no estructuradas de tipo ansioso según Ferrand en 1983.

En cuanto a la relación existente entre las fobias y obsesiones con la angustia, las respuestas son diversas. Como hemos visto, Freud considera la angustia lo nuclear de la neurosis, para luchar contra la cual se pone en marcha diversos mecanismos de defensa, diferentes en una y otra neurosis. Pero, así como en las fobias la respuesta ante el objeto o situación fobógena es claramente la angustia, mayor o menor, en las obsesiones las posiciones divergen: para unos autores la angustia en el obsesivo es primaria (Kraepelin, Aschaffenburg, López Ibor), análogamente a las fobias; para otros, sería un fenómeno secundario debido a la lucha del yo frente a la obsesión. Estas cuestiones no resueltas se trasladan a veces a la clínica. Todos estos aspectos van a tener una gran importancia en la evaluación clínica, al tratar de distinguir y cualificar obsesiones y fobias, así como la ansiedad subyacente.

ASPECTOS COMPORTAMENTALES

En la concepción comportamentalista, los síntomas neuróticos son debidos a errores del

aprendizaje ligados a condicionamientos respondientes u operantes espontáneos. El comportamiento patológico es un comportamiento aprendido, que obedece las mismas leyes que los comportamientos normales. En frase de Eysenck: «detrás del síntoma, no hay neurosis». Rognant (1974) opina que Eysenck debe ser corregido: «detrás del síntoma no hay siempre una neurosis; en todo caso, no tan a menudo como se cree generalmente». Se podría corregir a Eysenck y Rognant: «detrás del síntoma hay una neurosis, más a menudo de lo que se cree generalmente».

Paralelamente a las teorías freudianas, en América, Watson y Rayner (1920) y Jones (1924) aplicaban a las fobias las teorías comportamentales, que iban desarrollando a la par, proponiendo un modelo teórico basado en el condicionamiento clásico (condicionamiento tipo I o respondiente de Pavlov): un estímulo neutro llega a ser fobógeno cuando está asociado durante varios ensayos a otro estímulo incondicionado traumático. Más tarde, Mowrer (1939) y Miller (1948) proponen, para explicar la evitación, el modelo de dos factores: el miedo condicionado sobre un modelo respondiente motiva el comportamiento de evitación, que lleva consigo, en un segundo tiempo, una reducción del miedo y un reforzamiento del comportamiento de evitación (reforzamiento negativo, condicionamiento de tipo II u operante de Skinner). Actualmente se considera que las fobias condicionadas pavlovianamente son muy pocas. Generalmente se reducen a las que siguen a situaciones traumáticas intensas. En la clínica de sujetos fóbicos, el estudio retrospectivo no permite, generalmente, encontrar acontecimiento desencadenante. Han fracasado los intentos de condicionar respuestas fóbicas a objetos neutros, aun con estímulos muy intensos, lo que indica que algunos estímulos no son efectivos como provocadores de fobias. Parece ser que los hechos más traumáticos para el niño serían los accidentes de coche, los ataques de animales, las discusiones familiares y el abuso físico (Kennedy, 1983). En la respuesta del niño debe determinarse si la fobia se basa en

una señal correcta, cuando el peligro es real; en una señal exagerada, si aunque el peligro existe el niño lo percibe en un grado excesivo; o en señales erróneas, produciéndose entonces la fobia por la contigüidad del acontecimiento traumático con otro, independiente, que quedó convertido en el objeto o situación fobógena.

En el diagnóstico de las fobias inducidas clásicamente debe analizarse la contigüidad, continuidad, asociación y terminación.

El aprendizaje social por observación (condicionamiento vicariante de Marks, 1969, y Bandura, 1977), y la transmisión de información y de instrucción (Rachman, 1977), pueden considerarse más importantes, en cambio, para explicar la frecuencia relativa de fobias idénticas en el niño y sus ascendientes. El aprendizaje instrumental explicaría más bien la respuesta de evitación, que podrían mantenerse por reforzamientos sociales (Toro Trallero, 1986). Las contingencias directas e indirectas, que el ambiente familiar procura al niño, puede ayudar a mantener la fobia.

De gran interés son, asimismo, las teorías cognitivas. Ya Pavlov introdujo el lenguaje en su teoría del condicionamiento, considerándole el segundo sistema de señales. Platonov (1959) muestra que las palabras y conceptos obedecen las leyes del condicionamiento clásico. Los pensamientos, las creencias, las autoinstrucciones serían responsables de emociones de angustia. Hay aquí un acercamiento entre teorías comportamentales y dinámicas; estas últimas consideran que el sujeto fóbico no solamente tiene una inhibición de la acción (evitación), sino también de la representación mental.

La explicación estrictamente comportamentalista ha sido modificada o modulada por ciertos autores. Masserman y Maier han reinterpretado las experiencias de condicionamiento en términos psicodinámicos, fundándose en la noción de conflicto. Rognant admite que hay casos en que los síntomas son expresión de conflictos internos, intrapsíquicos. Aplican las teorías comportamentales a los síntomas adquiridos fortuitamente y no

simbólicamente, o a los síntomas en los que el conflicto neurótico es «enfriado» o atenuado. El desarrollo reciente de las teorías comportamentalistas cognitivas, busca tener en cuenta las dimensiones imaginaria y simbólica de la especie humana.

Respecto al hecho de que no todos los objetos, animales o situaciones puedan ser igualmente fobógenas, Seligman (1971), lo atribuye a una «predisposición biológica», sugiriendo que la evolución filogenética ha «preprogramado» a la especie humana para adquirir fobias solamente en situaciones potencialmente peligrosas para la misma: serían objetos significativos en la evolución de la especie, lo que Marks denomina estímulo «prepotente». Tal aprendizaje es selectivo, muy resistente a la extinción, probablemente no cognitivo y puede ser adquirido en un solo ensayo.

Respecto a las diferencias individuales de condicionabilidad que se encuentran tanto en el animal como en el hombre, no existen respuestas unívocas. Se han de intervenir factores genéticos, humorales, hormonales, de sensibilidad vegetativa, niveles de vigilancia, etc., sin suficientes pruebas experimentales.

Las teorías actológicas y comportamentalistas no parecen haber permitido explicar las primeras causas y mecanismos, así como tampoco las formas precoces y de inicio de los trastornos obsesivo-compulsivos, y especialmente de las obsesiones *sensu stricto* desde una perspectiva psicopatológica. Todo lo más permiten comprender, con otras teorías alternativas, el mantenimiento de estos fenómenos como síntomas y algunos hechos secundarios.

ASPECTOS DEL DESARROLLO

En Paidopsiquiatría se tiene siempre en cuenta, ante un hecho que puede ser juzgado como patológico, su ubicación dentro del desarrollo del niño, porque, a veces, su aparición en un momento determinado le puede

conferir no solamente ser considerado como normal sino, aún más, considerar como patológico su ausencia. Valga como ejemplo del primer supuesto ciertos temores en la infancia, y del segundo la «angustia al extraño». En los trastornos fóbicos y obsesivos todo ello se hace muy evidente, de forma que en la infancia, por lo que se refiere a las fobias, por ejemplo, se han establecido otros conceptos como el de «temores arcaicos» (A. Freud), que otros autores llaman «pseudo-fobias» (P. Couderc) y «pre-fobias» (Lang), que es preciso distinguir de las fobias verdaderas, porque, aunque provocan angustia en relación con una situación no peligrosa, carece de significación simbólica y de especificidad. Algunos autores como Couderc utilizan el término pseudofobia para designar angustias de separación que sobrevienen de situaciones poco segurizantes, pero donde el elemento específico no es la significación simbólica de la situación sino la separación en sí misma, para la que el niño, inmaduro aún afectivamente, no está preparado. Así mismo las pre-fobias son descritas por Lang como matrices de futuras fobias, y de las primeras tentativas para dominar la angustia, y no tienen necesariamente que evolucionar hacia verdaderas fobias. Por lo que se refiere a los miedos arcaicos, como les ha denominado A. Freud, se producen porque dada la inmadurez yoica del niño, algunos estímulos, ya sean elementos naturales —ruidos, luz, viento, etc.—, ya cambios del entorno o de hábitos que perturben la seguridad que el niño precisa, provocan ansiedad con mayor intensidad y frecuencia que en el adulto.

Respecto a lo que suelen ser los temores más frecuentes en la infancia, se ha llegado a establecer una cronología de los miedos. En los primeros meses de la vida serían los ruidos intensos y súbitos, así como la pérdida brusca de la base de sustentación. En opinión de algunos autores serían respuestas instintivas universales, lo que muestra su carácter filogenético, al igual que los temores que pueden aparecer a los seis meses bajo la influencia de movimientos periféricos súbitos o visión de altu-

ra. En esta edad, 6-8 meses, aparece un nuevo temor cuya normalidad es muy debatida: «La angustia al extraño», a la que Spitz llamó segundo organizador del psiquismo. Se ha criticado la universalidad de este fenómeno en el desarrollo del niño, argumentándose que tal reacción no sucede cuando el extraño es afectivo con el niño, así como cuando la madre está presente o si el contacto es repetido. Hay que pensar si la significación de este segundo organizador estaría más determinada por el hecho de percibir a su madre como totalidad y ya diferente a los demás, y por ello el niño hace notar, de alguna manera, su desagrado, aunque no llegue a la angustia, ante quien no es su madre, que en un cuadro de verdadera ansiedad.

A partir de los dos años son los animales los que producen temor, y ello por miedo a ser mordidos, comidos o perseguidos, a veces incluso por animales que el niño apenas conoce. Hacia el tercero o cuarto años, el temor lo produce las brujas, los fantasmas o seres fantásticos. Cuando el niño crece, la oscuridad se convierte en su miedo preferente, constituyendo a veces un componente importante dentro de otros. Posteriormente aparece el temor al daño físico, a las catástrofes, a la soledad y al miedo que otras personas cercanas a él puedan tener, ya que a partir de los cuatro años puede observarse un «contagio emocional» (Toro Trallero, 1986).

Con el comienzo de la escolarización sobrevienen los miedos sociales, preferentemente a la escuela, al maestro, a los compañeros y al fracaso, que después de un período de calma reaparecen a los once-doce años. Cuando el niño es capaz de asimilar el pasado y anticipar el futuro, sus miedos son peligros imaginarios, lejanos o desgracias futuras. Es preciso señalar el hecho de que con gran frecuencia, a los 8 años aproximadamente, los niños sufren temor a la muerte, cuyo núcleo se considera la ansiedad de separación de la madre de nuevo.

La edad también interviene, a juzgar por los estudios publicados, en la cantidad e intensidad de los miedos infantiles.

Asimismo el sexo y el nivel socioeconómico parecen influir en los miedos (Pelechano, 1981). Las niñas serían más miedosas que los niños, siendo la diferencia mayor en el temor a animales, al peligro físico y a la amenaza de violencia.

Por lo que se refiere al nivel socioeconómico y según el autor, últimamente citado, aparece un incremento en volumen e intensidad de los miedos a medida que aumenta el nivel profesional de las familias; al parecer, incluso el tipo de miedos sería diferente.

Hay una disminución progresiva en el número de miedos verbalizados, desde la infancia hasta el final de la adolescencia, con un incremento solamente a los 9 años para algunos autores, y entre los 6-8 años para otros.

Es interesante hacer notar que generalmente los temores normales son fácilmente verbalizados por los niños, mientras las fobias son ocultadas, en ocasiones, o disimuladas tras otra sintomatología: inhibición, alteraciones del comportamiento, ánimo depresivo, etc.

Respecto a fenómenos que entrarían dentro de lo obsesivo, se han señalado, asimismo, algunos considerados como normales dentro del desarrollo infantil; tienen un valor estructurante, son transitorios y más o menos condicionados por la actitud parenteral. Cronológicamente, la primera sería la llamada por Piaget «reacción circular», en sus diferentes fases. Desde el segundo semestre de la vida, el niño gusta también de juegos repetitivos, entre otros dejar caer algo para que se lo recojan. Posteriormente el ritual se encuentra en el aprendizaje de la limpieza, del control de esfínteres, etc. Hacia los dos años, los rituales al acostarse son casi constantes. En el período escolar el niño, frente a las exigencias de la familia, colegio, sociedad y religión, vuelve a mostrar rituales, a veces escrúpulos, dudas y en ocasiones comportamientos compulsivos; tanto es así que A. Freud consideraba que el Yo en el período de latencia es esencialmente obsesivo.

En la adolescencia se observan de nuevo, preocupaciones morales o metafísicas, acompañándose de preocupación por el orden, as-

cetismo, rituales, inquietud por el cuerpo, etc. Todas estas manifestaciones pueden aparecer en el curso de un desarrollo normal y su existencia no es suficiente para plantear el diagnóstico de trastornos neuróticos.

ASPECTOS CLÍNICOS

Refiriéndose tanto a los síntomas fóbicos como obsesivos de la infancia, hay que tener en cuenta no sólo la posibilidad de aparición, como acontecimiento evolutivo, de miedos y rituales sino su ubicuidad dentro de variados cuadros clínicos.

El D.S.M. III en lo que concierne a fobias y obsesiones las incluye en los llamados trastornos por ansiedad, considerando que ésta se produce al intentar enfrentarse al objeto fóbico o al resistir las obsesiones y compulsiones. Hay que hacer notar que así formulado, la ansiedad parece consecuencia, y no causa, de los síntomas neuróticos como Freud mantenía, al ser éstos defensas del individuo contra la ansiedad.

Propone el D.S.M. III que los trastornos fóbicos pueden expresarse de varias formas. En primer lugar como fobias simples, de aparición más temprana y mejor pronóstico. A este grupo pertenecerían las fobias únicas, o variadas, a situaciones, personas, objetos, etc. La fobia social, que se observa al final de la niñez o comienzo de la adolescencia está determinada por la ansiedad que aparece al actuar, hablar, escribir, etc., ante otras personas y, en ocasiones, incluso, de forma anticipatoria ante la posibilidad de tales hechos. Por último, la agorafobia, en que el temor se refiere al estar solo, o hallarse en un lugar público en que pueda sobrevenir alguna incapacitación, y el sujeto sienta la imposibilidad de huir o recibir ayuda; cuando se acompaña de crisis y ansiedad repetidas, constituyen los llamados «panic attacks», ataques de pánico o crisis pánicas. Este último trastorno pone en relación muy estrecha las neurosis de ansie-

dad con las fóbicas, siendo difícil precisar si es esta situación lo que desencadena la crisis de angustia, o si el paciente las asocia a dichas situaciones ante la irracionalidad de las mismas. Para algunos autores la agorafobia es una pseudo-fobia, ya que la ansiedad no aparece ante determinadas situaciones externas, como las fobias simples, sino por el hecho de abandonar situaciones conocidas, por ejemplo el hogar.

De la misma manera podría considerarse el cuadro denominado angustia de separación, incluido en los trastornos por ansiedad de inicio en la infancia o adolescencia, caracterizado por una angustia excesiva al separarse de las principales personas del entorno familiar. El D.S.M. III explicita que el trastorno representa una modalidad de fobia, y suele acompañarse de miedos a la oscuridad, a animales, situaciones, etc. También aquí, la ansiedad la crea el hecho de separarse de la madre, y estaría en relación con un desarrollo anómalo en el vínculo establecido con ella, demasiado fuerte por diferentes circunstancias, enfermedad del niño, necesidades afectivas excesivas en la madre, etc., que darían lugar a una «parasitación» del niño, con dificultades para lograr el desarrollo adecuado de su autonomía. Ha sido señalado repetidamente la frecuencia con que niños que han presentado cuadros de ansiedad de separación sufren posteriormente fobias escolares, y aunque el D.S.M. III parece englobar ambos trastornos, otros autores defienden su diferenciación en razón de la edad de aparición, etiopatogenia, pronóstico y terapéutica. La ansiedad de separación se ha encontrado, asimismo, con cierta frecuencia en los antecedentes de los adultos que padecen «panic attacks». Todas las fobias, al contrario que los temores comunes, parecen tener un curso más prolongado y son más inhabilitadoras que éstos.

Existen otros trastornos en los que su denominación les acerca a las fobias, aunque entrarían con más rigor en el círculo obsesivo, tales serían: las fobias de impulsión, las nosofobias y las dismorfofobias. En las fobias de impulsión el sujeto tiene temor cuando está

en presencia de objetos o situaciones que pueden ser utilizados de forma agresiva, en llevar a cabo algunas auto y hetero-agresiones. Frecuentemente se transforman en un temor obsesivo, incluso fuera de tal objeto, constituyendo verdaderas obsesiones de impulsión. Este cuadro es muy raro en las edades que nos ocupan; más frecuentes son las nosofobias y las dismorfofobias, observándose estas últimas con una cierta frecuencia en la adolescencia. En la nosofobia existe un temor obsesivo a los microbios, a la contaminación, a sufrir, en fin, cualquier enfermedad. Se asocian con frecuencia rituales de lavado y otros, dirigido a evitar el enfermar. En estados depresivos puede observarse una nosofobia, que evoluciona al tiempo que los síntomas afectivos. En la dismorfofobia el paciente, generalmente adolescente, tiene una idea fija, temor obsesivo y doloroso, de deformidad. Generalmente se refiere al rostro, a la nariz en particular, pero a veces implican en ello el peso, la talla, los senos, en la forma y tamaño de los mismos, y el pene en el varón. Se acompañan, a veces de alteraciones de ánimos depresivos, o son parte de un cuadro obsesivo y, en ocasiones, se observan también en el curso de esquizofrenias. En los casos más leves aparecen en personalidades sensitivas que atraviesan períodos de descompensación.

Las diferencias entre los síntomas obsesivos y los comportamientos obsesivos propios del desarrollo son diversas: los primeros provocan en el sujeto vivencias de extrañeza e incongruencias, así como resistencia a los mismos; se acompañan de ansiedad y su interrupción produce irritabilidad. Por todo ello interfieren de forma negativa en la vida del niño. Los segundos se experimentan a veces, incluso, como agradables. Se ejecutan vehementemente y desaparecen después de un corto tiempo. Si bien para la construcción de Escalas e Inventarios clínicos se pueden considerar como criterios expresivos de patología, la interferencia o el deterioro del funcionamiento y del desarrollo normal del niño, o su resistencia, en la práctica clínica, y en nuestra experiencia, los hechos son más complejos, so-

bre todo en las formas leves y de inicio cuando los síntomas obsesivos y compulsivos no están bien estructurados, y no llegan a constituirse en un síndrome psicopatológico, por lo que entendemos que el uso ingenuo e indiscriminado de estos instrumentos de evaluación debe evitarse, complementándose, por ejemplo, con un análisis cualitativo de los ítems, agrupamientos, factores, etc. En la necesidad que tenemos todos de cerrar nuestros modelos de la realidad, frecuentemente ésta se nos escapa y se olvida que, junto a la medición, la verificación y la explicación, son siempre necesarias la comprensión, la significación y la interpretación, que también han de ser públicas y contrastables.

Los trastornos obsesivo-compulsivos se dan en la infancia con las mismas características clínicas que en los adultos, pero son mucho menos frecuentes que los fóbicos, y como tal trastorno neurótico aparecen raramente. Es importante hacer notar que un tercio de los diagnosticados en el adulto son referidos a su comienzo a edades previas a los 15 años, ascendiendo a dos tercios si se aumenta la edad de inicio hasta la adolescencia. En todo caso, es evidente que a partir de los 6-7 años, los niños pueden presentar síntomas obsesivos. La forma de comienzo es variable y pueden aparecer gradual o bruscamente, generalmente en relación con algún acontecimiento precipitante. A veces el niño no refiere los síntomas, incluso los encubre, siendo otro el motivo de consulta. En ocasiones, éste viene dado por alteraciones de comportamiento en relación con sus compulsiones, o por inhibiciones intelectuales o fracaso escolar, debido a sus dudas, rumiaciones obsesivas, pensamientos conjuratorios, etc.

La sintomatología, al igual que en los adultos, la constituyen pensamientos obsesivos y compulsiones, así como rituales característicos. Bender y Schilder (1940) describieron algunos casos de impulsiones en los niños, aunque la agresión incontrolada y las conductas extravagantes que presentaban les acercaban más a cuadros «borderline».

La relación entre depresión, ansiedad, fo-

bias y obsesiones se observa tanto en la infancia como en la vida adulta. En los trastornos depresivos pueden aparecer fobias frecuentemente; los cuadros obsesivos pueden acompañarse de trastornos depresivos y, asimismo, ambos, obsesiones y fobias, manifestarse conjuntamente.

Síntomas obsesivos pueden asociarse también a otros trastornos tales como cuadros orgánico-cerebrales, anorexia nerviosa y enfermedad de Gilles de la Tourette. La aparición de síntomas obsesivo-compulsivos en alteraciones cerebrales y en la enfermedad de La Tourette plantea la existencia de una base biológica en los trastornos obsesivo-compulsivos. Se observó, después de la epidemia de encefalitis que sufrió Europa en 1920, que algunos pacientes manifestaron síntomas obsesivos posteriormente. Asimismo, también son frecuentes fenómenos obsesivos en epilepsias del lóbulo temporal y en otros cuadros convulsivos. La aparición de síntomas obsesivos en trastornos cerebrales por hiperuremia o acompañando a la diabetes insípida, sugieren que el hipotálamo pudiera jugar un importante papel en la patogenia de estos trastornos. Por otra parte, los resultados en la aplicación de tests neuropsicológicos a pacientes obsesivos apuntan a la posibilidad de una disfunción cerebral frontal preferentemente izquierda. Los modelos animales sugieren que lesiones de los ganglios basales, especialmente del pálido, pueden reproducir comportamientos semejantes a los rituales obsesivos. En exploraciones de signos neurológicos menores, se observan anomalías con gran frecuencia, lo que apoyaría la tesis de alteraciones orgánicas de base.

En lo que se refiere a anomalías bioquímicas, la mejoría observada en los trastornos obsesivos por el tratamiento con clorimipramina, cuyo mecanismo de acción parece ser debido al bloqueo de la recaptación neuronal de serotonina, ha llevado a formular la hipótesis de la existencia de una disfunción del sistema serotoninérgico. Por supuesto, se han aplicado todas y cada una de las técnicas y métodos exploratorios en los trastornos fóbicos y

obsesivos, aunque preferentemente en las edades juveniles y adultas, sin que nos parezca se haya encontrado un cuerpo de doctrina lo suficientemente coherente como para resumirlo.

Considerados ya los trastornos fóbico y obsesivo de sus síntomas de estado, se plantea la relación de los mismos con los rasgos, que en el D.S.M. III y C.I.E.-9.^a incluye en las categorías consideradas como trastornos de la personalidad, tanto fóbica como compulsiva. En un trabajo reciente de Rapoport (1986) se refiere que en la mayoría de los niños que sufren síntomas obsesivos, no pueden objetivarse rasgos previos de personalidad obsesiva, dando la impresión de que dichos síntomas aparecen clínicamente como una discontinuidad del desarrollo normal, aunque evidentemente estos niños tendían a la «internalización» como estilo de comportamiento. Por otra parte, A. Freud (1965) ya opinaba que mientras en los adultos los síntomas más frecuentes forman parte de una estructura de personalidad similar, esto no es así en los niños. En ellos los síntomas aparecen tantas veces aislados, como asociados otros síntomas y rasgos de personalidad de diferente naturaleza y origen distinto.

Los estudios sobre neurofisiología y neuropsicología, en el sentido de integrar los diversos modelos de funcionamiento de los subsistemas nerviosos, sobre seguimiento de presuntos factores de riesgo, acontecimientos y sucesos vitales relevantes, psicofarmacológicos, ex juvantibus, etc., parecen suponer, por el momento, correlatos instrumentales de estos síndromes psicopatológicos, en un continuo que los enlaza con determinadas enfer-

medades neuropsiquiátricas en los que, preferentemente los trastornos obsesivos, más bien que los fóbicos, parecen tener una etiopatogenia orgánica; pero en estos casos, los síntomas obsesivos pierden su relevancia en el cuadro psicopatológico fundamental, principal o nuclear, para integrarse en la semiología de la enfermedad o síndrome primario. La vieja polémica constituyente de la psiquiatría científica con la que iniciábamos este estudio clínico —somatógeno versus psicógeno— sigue abierta en la actualidad, aunque nos decantemos claramente hacia lo psicógeno en las fobias y hacia un continuismo crítico, que aboca en algunas formas a lo orgánico, en lo obsesivo-compulsivo.

La comprensión clínica de angustia, miedos, fobias y obsesiones es una penetración desde un hombre particular a otro, ambos con unos juicios y sentimientos previos a los que referimos la información disponible y una primera realidad superficial y encubridora, que llamamos sintomatología en sus más diversas formas de aparición y presentación. Tras esta realidad que el clínico y el enfermo vivencian en toda su fuerza, se encuentran las teorías y lenguajes científicos que permiten explicarla e interpretarla. En la psicopatología actual, los fundamentos etiopatogénicos de los trastornos fóbicos y obsesivos sólo se conocen parcialmente y la clínica parece ir delante, pero, en último término será el conocimiento profundo de las causas y mecanismos angustioso-fóbico-obsesivos, más allá de las evidencias sintomatológicas, el que permita explicar el síndrome y determinar las posibilidades de individualizar en cada caso los trastornos más o menos complejos.

Miedos, fobias y obsesiones en la infancia y la adolescencia

Francisco Javier Mendiguchia Quijada

*Ex-Director del Hospital Psiquiátrico Infantil
«Fray Bernardino». Madrid.*

PRIMERA PARTE

Introducción Histórica General

Desde Hipócrates se han descrito ya «temores mórbidos» y aunque Celso menciona la hidrofobia, es sólo, según Marks, en 1801 cuando la palabra fobia se utiliza en el sentido que hoy se emplea. El término obsesión, idea, imagen o palabra, que se impone al pensamiento en forma repetitiva e incoercible, es conocido de antaño, pero en este sentido aparece sólo, según Wartburg, desde 1769.

En el tratado Médico-Filosófico de la Alienación Mental, de Pinel, se encuentran observaciones de obsesiones sin que la categoría clínica sea precisada y no están claramente diferenciadas de las fobias, etiquetándose a los pacientes de «locos razonadores». Con Esquirol, en 1838, se describen unas bellas observaciones de neurosis obsesiva y señala ya que el comienzo de las alteraciones tiene lugar en la juventud y durante algún tiempo las obsesiones, las fobias y los delirios constituyen el gran grupo de las «monomanías». Las aportaciones de Parchapps, Trelat con su «locura lúcida», Delasiauve con sus «pseudomanías», Baillarger con su «locura con conciencia» y Jean Pierre con su «locura de la duda» van

perfilando el cuadro de las obsesiones, separándolos de los delirios, lo mismo que la «paranoia» de Morselli y la «manía sistematizada» de Ferrus, las van separando de las monomanías que Falret padre (1854), que es el mayor contradictor de Esquirol, niega por completo.

Morel, en 1866, es generalmente designado como el padre del concepto nosográfico de la obsesión con su definición del «delirio emotivo» y en el mismo año Falret describe «la hipocondria moral con conciencia de su estado» y la «alucinación parcial con predominio de temor a tocar los objetos exteriores», y más tarde, en 1875, Legrand-Dusaulle describe por primera vez las etapas de la afección y su perfil evolutivo con su «locura de la duda con delirio de contacto».

La obsesión era considerada en un principio como un trastorno intelectual primitivo colocado en los delirios paranoide, y, así, Griesinger (1868), al describir las obsesiones no menciona para nada los posibles factores emocionales, y Westphal (1877) se define netamente por la interpretación intelectual de los fenómenos obsesivos y fóbicos, aunque para estos autores la obsesión quedaba reducida a una forma de degeneración. Por aquel enton-

ces empiezan a aislarse diferentes formas de fobias como la agorafobia (Westphal, 1872), la claustrofobia (Varga y Ball, 1879), la ereutrofobia (Pitres y Regis, 1877). De la misma opinión, sobre el origen intelectual de las obsesiones y fobias, son Delasiauve, Meynert, Bullock y Tamburini, y así aparecen en la obra de Magnan y Legrain. Sin embargo, Krafft-Ebing, aunque suscribe en parte las teorías intelectualistas, acepta ya que hay un grupo en el que la emoción juega un papel principal, posición que adoptan después el propio Tamburini, Luys y Falret.

Partidarios del origen emotivo de las fobias y obsesiones son Sastrowicz y Sanders, que se opusieron a las concepciones de Westphal, Berger que las describe entre las neurosis emocionales, Legrand quien las vincula a «emociones difusas y emociones sistematizadas», así como Wernicke, Feré, Seglas, Dellemagne, Pitres y Regis; la mayor parte de estos autores admitían, sin embargo, que la perturbación de la vida afectiva de los trastornos emocionales primitivos podían determinar en un segundo tiempo alteraciones intelectuales, y para Ballet existe una doble etiología al referirse a «anomalías de la emoción y de la voluntad».

Es sobre todo la obra de Pitres y Regis, *Obsesiones y Fobias*, y su aportación al Congreso de Moscú de 1897 las que marquen la pauta, oponiendo claramente obsesión-fenómeno emotivo y obsesión-fenómeno intelectual, y señalan, al igual que Magnan, que la herencia no es un fenómeno absolutamente fatal en estos enfermos.

Mickle, en Inglaterra, sostiene que en las obsesiones lo primario son los trastornos del pensamiento y que la obsesión constituye el grupo de las tres D: doubt (duda), dread (miedo) y deed (acto).

Al final de este período puede decirse que las nociones de obsesión y fobias están bastante delimitadas aunque no claramente separadas, tal como se puede apreciar en una psiquiatría española de 1911, la del Profesor Gimeno Riera, de la Universidad de Zaragoza, en la que se distinguen como diferentes las si-

guientes clases de obsesiones.⁷⁸

a) Obsesiones intelectuales o ideativas (hipocondriacas, escrupulosas, «fóbicas»).

b) Obsesiones compulsivas o manías (dromomanías, cleptomanía, aritmonomanías).

c) Obsesiones inhibitorias o «fobias» (agorafobia, claustrofobia, rupofobia, etc., y así hasta 35 tipos de fobias con sus nombres derivados del griego correspondientes).

De un modo esquemático, la cuestión más debatida al final de este período, es la del origen intelectual o emocional de las obsesiones y las fobias. Para los que preconizan la teoría intelectual, la idea obsesiva es primitiva; para los contrarios es la emoción la que es primaria, bajo la forma de una hiperemotividad especial, de ansiedad difusa, de pantofobia, que transforma los fenómenos fortuitos en monofobias sistematizadas sobre las que se sitúa toda la carga ansiosa, intelectualizándose después del fenómeno y pasándose de la fobia al monoideísmo obsesivo continuo.

La Psicastenia de Pierre Janet

En 1908 Janet publica su libro *las Obsesiones y la Psicastenia*⁹⁶, sin duda el libro más importante escrito sobre este tema por la psiquiatría clásica, y en él, aunque critica sobre todo la teoría intelectual y admite en parte la teoría emocional, expone su propia teoría del origen psicasténico de la obsesión; el trastorno primitivo no es ni puramente intelectual ni puramente emocional y consiste en un déficit particular psicológico. Este déficit produce una incapacidad para lograr operaciones psicológicas de alto nivel y se traduce por la pérdida de la «función de la realidad» (acción voluntaria, eficaz sentimiento de realidad en la perfección del mundo, goce del presente) y lleva consigo a la angustia y a las obsesiones, añadiendo a lo anterior las impresiones de despersonalización, desrealización y de incompletud.

En la actualidad la teoría psicasténica está prácticamente en desuso, aunque en Francia se han preocupado de estudiar los lazos que

unen la psicastenia o la esquizofrenia a la melancolía, o más generalmente al delirio (Claude y Miccoud), y este esfuerzo es proseguido por E. Ey, que traspasa las concepciones de Janet a su teoría órgano-dinámica, en la que ya no se trata de una baja tensión psicológica ni de una derivación hacia conductas obsesivas, sino del paso al primer plano de conductas psicológicas anteriores y más primitivas, como consecuencia de los trastornos somáticos que están en la base etiopatogénica de toda enfermedad mental.⁵⁸

Sigmund Freud y los trabajos de la escuela psicoanalítica

Freud explora entre 1894 y 1896 las facetas de la patología obsesiva, y ya desde el comienzo de sus estudios se oponía a las teorías de Janet.

En su trabajo *Las Psiconeurosis de Defensa*, Freud⁶⁸ describe lo que llama el «trabajo de defensa», que consiste esencialmente en una debilitación de la representación por una separación de ésta y del afecto. En la histeria, las representaciones son rechazadas y el afecto sigue las vías de la conversión, mientras que en la neurosis obsesiva la representación es forzada de sus ligaduras asociativas (mecanismo de aislamiento) y el afecto es desplazado sobre toda representación (desplazamiento).

En 1895, Freud publica su artículo *Obsesiones y Fobias*,⁶⁹ y en el mismo establece la autonomía de las fobias respecto de las obsesiones, distinguiendo por un lado las obsesiones que se caracterizan por una idea que se impone al sujeto y por un estado emotivo asociado que puede ser de ansiedad, duda, remordimiento o cólera, y, de otra parte, las fobias, en las que el estado emotivo es siempre de ansiedad: «en las fobias la angustia no está derivada de ningún recuerdo sino que es de origen sexual».

Cuando Freud publica *Análisis de una Fobia de un Niño de cinco años* (caso del pequeño Hans), en 1909,⁷⁰ precisa que modifica su

concepción de la neurosis fóbica, que él va a llamar a partir de entonces «Histeria de Angustia», justificándolo con la perfecta similitud del mecanismo psíquico de las fobias y de la histeria, con una sola excepción: en la histeria de angustia, la angustia desprendida del material patógeno por el rechazo no es convertida, sino que es liberada bajo la forma de angustia, apreciándose entonces que la fobia se define como una estructura defensiva.

En su trabajo publicado en 1913, la *Disposición de la Neurosis Obsesiva*,⁷¹ la regresión está ligada a la fijación y Freud indica que en la neurosis obsesiva, la regresión y la fijación se hacen en la fase sádico-anal, y describe un decalaje entre el desarrollo del Yo y el de la libido en el futuro obsesivo, «es el hecho que la evolución del yo se ha hecho por delante de la de la libido».

Inhibición, Síntoma y Angustia es un texto de 1926 esencial sobre la formación de los síntomas en las diferentes neurosis y ofrece una visión sintética de la neurosis obsesiva. En este trabajo Freud vuelve sobre sus concepciones primeras sobre la angustia; no es el rechazo el que crea la angustia, como decía en estos primeros trabajos, sino que la angustia es una señal del Yo en peligro y es la vivencia de la situación la que la desencadena, así pues, la angustia precede y conduce al rechazo. Esta angustia, en las fobias, es la angustia del Yo ante la castración.

La interpretación reflexológico-conductista

Pavlov¹⁶³ planteó una explicación reflexológica de la neurosis obsesiva a partir del estudio de los reflejos condicionados en animales, partiendo de las experiencias de Filaterov y de Petrova. En las primeras se ponía de manifiesto que ciertos perros eran capaces de persistir en una conducta condicionada, aún un año y medio después de cesar la situación condicionante. Este fenómeno fue atribuido por Pavlov a una alteración particular del funcionamiento de las células nerviosas, a saber, el

cambio patológico en las relaciones entre los dos componentes de su actividad: los procesos de excitación y de inhibición, y le llevaron a asentar la hipótesis de una «hipertensión del proceso de excitación». Análogamente, las experiencias de M. Petrova condujeron a confirmar esta hipótesis, expresable también en términos de «debilitamiento de la inhibición», a la que dio el nombre de inercia patológica.

Así pues, las zonas limitadas de inercia patológica en el córtex cerebral, provocadas patológicamente por efectos paradójales o ultraparadójales, estarían en la base de los fenómenos obsesivos por un lado y por otro, las relaciones esenciales y estructurales entre obsesiones y delirios.

Se completa esta breve síntesis recordando que Ivanov Smolenski⁹⁵ corrobora las hipótesis pavlovianas y establece ciertas diferencias desde el punto de vista reflexológico entre obsesivo y personalidades psicasténicas, correspondiendo estas últimas a variaciones extremas del «tipo intelectual». En ellas, como ya Pavlov indicara, veía una predominancia de las tendencias corticales sobre las subcorticales, o en otras palabras, del «segundo sistema de señalización», donde los citados condicionados ordinarios son señalados por símbolos verbales, sobre el «primer sistema de señalización» que corresponde a los reflejos condicionados ordinarios y es común a todos los animales.

Los citados trabajos de Pavlov y los de Watson de 1920 y los de Thorndike Hull y Skinner ponen a punto la doctrina de las leyes del aprendizaje y del condicionamiento en el comportamiento animal y humano. La aplicación de estas leyes a la comprensión y al tratamiento de los trastornos psiquiátricos reconoce su pleno desarrollo en Inglaterra, USA. y Sudáfrica desde los años 50 y más tarde en Europa y al resto del mundo.

Según este nuevo enfoque, el comportamiento patológico es un comportamiento aprendido que obedece a las mismas leyes que los comportamientos normales y, a partir de unos estudios empíricos según la metodología

derivada de la psicología experimental, la terapia del comportamiento, Behaviorista o conductista aborda con resultados convincentes el tratamiento de los problemas psiquiátricos sobre un modelo del aprendizaje-desaprendizaje. En relación con las neurosis la formulación es la siguiente: el síntoma neurótico es un error de aprendizaje, una respuesta inadaptada y aprendida y es posible suprimirlo por un proceso de desaprendizaje.

DEFINICIONES

Diccionario de Psiquiatría de A. Porot¹⁷¹

Obsesiones

Idea asociada a un sentimiento penoso en un dualismo ideoafectivo que invade la conciencia en forma repetida e incoercible. Del latín «obsidere» = sitiar.

Fobias

Repulsión o temor angustioso específicamente ligado a la presencia de un ser, un objeto o una cierta situación cuyos caracteres no justifican tal emoción. Del griego «phobos» = temor.

Diccionario de Psicoanálisis de J. Laplanche y J. B. Pontalis¹¹⁹

Neurosis obsesiva

En su forma más típica, el conflicto psíquico se expresa por los síntomas llamados compulsivos: ideas obsesivas, compulsión a realizar actos indeseables, lucha contra estos pen-

samientos y tendencias, ceremoniales conjuratorios, etc., y por un tipo de pensamiento caracterizado especialmente por la rumiación mental, la duda, los escrúpulos, y que conducen a inhibiciones del pensamiento y de la acción.

Neurosis fóbica

(Véase: Histeria de angustia.)

Histeria de angustia

Neurosis cuyo síntoma principal es la fobia.

Glossaire de Psychiatrie de Lise Moor¹⁵⁷

Fobia

Miedo que puede llegar hasta el terror o una aversión que puede llegar hasta la repulsión; estos sentimientos angustiosos están ligados específicamente por el enfermo a un ser, un objeto o una situación dada, que naturalmente no justifican tal reacción.

Fobia de compulsión

Miedo obsesivo de cometer un cierto acto o de ser conducido a ejecutarlo a pesar suyo; el sujeto teme, en el momento en que la fobia se manifiesta, perder la razón y ejecutar a pesar suyo su impulsión.

Compulsión

Fuerza interior irresistible que empuja al sujeto a ejecutar una acción hasta si él la desaprueba, siendo la «no ejecución» generadora de angustia.

Obsesiones

Aparición involuntaria y angustiosa en el campo de la conciencia de pensamientos o sentimientos parásitos que tienden a imponerse

al Yo, evolucionando a su lado y no aceptados por la conciencia (la idea fija es aceptada por la conciencia).

Obsesión-compulsión

El sujeto teme ser llevado a ejecutar, a pesar suyo, un acto que desaprueba y lucha contra una tendencia incoercible a pasar al acto.

Obsesión-compulsión activa

El sujeto «se cree» llevado a cometer, a pesar suyo, un acto que teme y desaprueba, lucha desesperadamente contra esta tendencia y tiene una gran ansiedad.

CLASIFICACIONES PÚBLICAS

C.I.E. - 9

300.2 Estado Fóbico

Estados neuróticos, con miedo anormalmente intenso hacia ciertos objetos o situaciones específicas, que normalmente no causarían dicho efecto. Si la ansiedad tiende a ampliarse, de una situación u objeto especificado a una variedad de circunstancias, entonces se aproxima o se vuelve idéntica al estado de ansiedad y debe clasificarse como tal (300.0).

Agorafobia	Histeria de ansiedad
Claustrofobia	Fotofobia
Fobia SAI	

300.3 Trastornos obsesivo-compulsivo

Estados cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva que debe ser resistido para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experien-

cia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no deseados que se entrometen, la insistencia de las palabras o ideas, las reflexiones o cadenas de pensamientos, son percibidas por el paciente como inapropiadas o carentes de sentido. La idea obsesiva o perentoria es reconocida como ajena a la personalidad pero proveniente de dentro de sí mismo. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter ritual con el fin de aliviar la ansiedad. Las tentativas por desechar los pensamientos que no son bienvenidos pueden conducir a una lucha interna más acentuada con ansiedad intensa.

Neurosis anancástica Neurosis compulsiva

301.4 **Trastorno anancástico de la personalidad**

Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de inseguridad personal, duda e insatisfacción que conduce a ser excesivamente concienzudo, terco, cauto y receloso. Puede haber pensamientos o impulsos inconsistentes y no deseados que no llegan a la gravedad de una neurosis obsesiva. Hay percepciónismo, precisión meticulosa y una necesidad de comprobaciones repetidas como tentativas para asegurar la perfección. La rigidez y la excesiva duda pueden ser sobresalientes.

Personalidad
compulsiva

Personalidad obsesiva

309 **Reacción de adaptación**

309.2 **Con predominio de alteración de otras emociones**

Estados que satisfacen los criterios generales de una reacción de adaptación, cuyos síntomas principales son de tipo emocional (ansiedad, temor, preocupación, etc.), pero no específicamente depresivo.

Ansiedad anormal
de la separación

Choque cultural

313 **Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia**

313.0 **Con ansiedad y miedo**

Trastornos emocionales mal definidos, característicos de la infancia, cuyos síntomas principales incluyen ansiedad y estado medroso. Se pueden clasificar aquí muchos casos de rechazo a la escuela o de mutismo selectivo.

Reacción hiperansiosa de la niñez o de la adolescencia.

DSM-III

300.21 **Agorafobia con crisis de angustia («panic attacks»)**

300.22 **Agorafobia sin crisis de angustia**

Miedo notable a estar solo o de hallarse en lugares públicos, de los que puede ser difícil escapar u obtener ayuda en caso de una incapacidad súbita. Progresiva limitación de las actividades normales.

300.23 **Fobia social**

Miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar aquellas situaciones en las cuales el individuo puede hallarse expuesto a la observación por parte de los demás, con el temor de que pueda actuar de tal manera que resulte humillante o embarazoso.

300.29 **Fobia simple**

Miedo persistente e irracional y deseo impulsivo de evitar un objeto o una situación distinta de la de hallarse sólo en lugares públicos lejos de casa (agora fobia), o de sufrir humillación o embarazo en determinadas situaciones sociales (fobia social). Los objetos fóbicos son a menudo animales y en las situaciones fóbicas frecuentemente se incluyen espacios cerrados o alturas. Existe un malestar significativo producido por esta alteración y además el sujeto reconoce que su miedo es excesivo e irrazonable.

300.30 **Trastorno obsesivo compulsivo (neurosis obsesivo-compulsiva)**

Obsesiones: ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes hiperpersistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos.

Compulsiones: conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas, en forma estereotipada. La conducta no es un fin en sí mismo, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación sufrida. Sin embargo, o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que se pretende impedir o provocar, o puede ser claramente excesiva. El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir a la compulsión (por lo menos inicialmente). Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta (esto puede no ser verdad para los niños pequeños) y no obtiene placer en llevar a cabo esta actividad aunque le procure un alivio de su tensión.

Trastornos por ansiedad de la infancia o la adolescencia

309.21 **Trastorno por angustia de separación**

Angustia excesiva relacionada con la separación de aquellos a los que está vinculado el niño y que se manifiesta por al menos 3 de los fenómenos siguientes:

1. Preocupación desproporcionada de que les ocurra algo malo a las personas queridas o temor a que se vayan y no vuelvan.
2. Preocupación poco realista de que algún acontecimiento catastrófico separará al niño de la principal figura a la que está vinculado; por ejemplo, temor a perderse, a ser

raptado, asesinado o a ser víctima de un accidente.

3. Resistencia tenaz o negativa a ir al colegio con el fin de estar más tiempo en casa o con las personas con las que se está vinculado.

4. Resistencia tenaz o negativa a irse a dormir fuera de casa o lejos de la proximidad de la persona con que se está vinculado.

5. Evitación sistemática de estar solo en casa y perturbación emocional si el sujeto no puede acompañar a la calle a la persona con la que está vinculado.

6. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

7. Quejas de síntomas físicos los días de colegio (dolor de estómago, dolor de cabeza, náuseas, vómitos).

8. Signos de tensión excesiva por la separación, o cuando se anticipa la separación de las personas con las que el sujeto está vinculado, por ejemplo, pataletas o gritos, súplicas de que los padres no se vayan (en los niños de menos de seis años, la tensión puede alcanzar proporciones de pánico).

9. Retraimiento social, apatía, tristeza y dificultades de concentración en el trabajo o en el juego cuando no está presente la persona con la que el sujeto está vinculado.

El rechazo a la escuela es considerado de forma incorrecta, con frecuencia, como una «fobia a la escuela». Sin embargo, no todos los rechazos escolares se deben a una angustia de separación. Cuando el rechazo escolar se debe a la angustia de separación, el niño experimenta dificultades al ser separado de su casa o de su círculo familiar en cualquier circunstancia y no sólo cuando tiene que ir a la escuela. En una verdadera fobia escolar, el niño teme a la situación escolar tanto si es acompañado por sus padres, como si no.

Identidad Nosológica

I Miedos y fobias

Los conceptos de «miedo» y «fobia» están

tan íntimamente implicados, sobre todo en la infancia, que es difícil establecer una separación tajante entre ellos. Como muestra de esta confusión terminológica y en un intento de aclarar, hasta donde sea posible, estos conceptos, haremos un repaso de lo que algunos de los autores que han tratado estos temas dicen.

*English y Pearson*⁵⁷ expresan la idea de que los niños exteriorizan frecuentemente miedos relacionados con animales salvajes, gente mala, oscuridad, etc., y que estos representan fobias más que simples miedos: la tonalidad consciente «miedo», es atribuida a los objetos fóbicos, que representan una proyección de conflictos emocionales no resueltos, más que a un miedo racional frente a objetos peligrosos.

*Kardiner*¹⁰⁷ opina que la histeria de ansiedad es la neurosis infantil típica y tiene como prototipo ciertas reacciones infantiles que «no pueden ser consideradas como anormales cuando se tiene en cuenta la imperfección biológica del niño: un niño que tiene miedo a la oscuridad o que teme encontrarse a solas, ha puesto en movimiento una especie de ansiedad profiláctica que es fácilmente satisfecha por la presencia de un padre protector. El hijo que dice a su madre “cuando estás conmigo hay luz”, describe perfectamente la psicología de la ansiedad normal».

*Gallot-Saulnier*⁷⁴ señala que algunas fobias son consideradas normales y no se diferencian del miedo más que por su electividad y su tenacidad, mientras que hay otras fobias patológicas, distinguiendo además las fobias de las verdaderas neurosis fóbicas, de las pseudofobias.

*Harris y cols.*⁸⁷ dicen, hablando de los temores de los niños pequeños, que «cuando uno de estos temores es más opresivo e irracional y se asemeja a un sentimiento de pánico hacia una cosa o lugar, lo llamamos fobia». Los llamados temores del desarrollo son, según estos autores, más bien de tipo paranoide y sin mecanismos de desplazamiento.

*Widlocher*²¹⁹ describe una serie de «miedos fundamentales»: el miedo a los animales, a la oscuridad, etc., junto con el miedo a los ob-

jetos insólitos y los miedos que aparecen como respuesta a estímulos externos, bien en razón de su aprendizaje como objeto peligroso, bien por considerarlo un elemento inintegrable en una configuración perceptiva familiar, comprensible y asegurante. Diferencia a estos miedos de la angustia que aparece como respuesta a tensiones internas excesivas que suscitan elaboraciones fantasmáticas. Sin embargo, este autor dice que esta diferencia entre angustia y miedo no son absolutas y que pueden establecerse intercorrelaciones entre ambas:

1) Un objeto que provoca una reacción de miedo puede convertirse en soporte de proyecciones fantasmáticas, pero esta prehensión imaginaria del objeto le predispone, en un segundo tiempo, de persistir como objeto de angustia, reapareciendo en las pesadillas o en una fobia, si los conflictos y tensiones endógenos son excesivos.

2) La angustia, a pesar de su carácter endógeno, tiende a proyectarse sobre objetos exteriores que han podido ser anteriormente tenidos por objetos familiares y aseguradores.

*Ajuriaguerra*³ al hablar de la delimitación del carácter patológico del miedo hay que tener en cuenta los siguientes factores:

1. Importancia del miedo respecto a los peligros reales existentes.

2. Relación entre el miedo y una experiencia anterior traumatizante que puede condicionarse o que puede ser devaluada más tarde.

3. Focalización de la angustia exteriorizada, repitiéndose cada vez que el niño se encuentra frente al objeto o situación fobógena o a su representación simbólica.

4. Reminiscencias de ideas en las que se coloca al niño, por el pensamiento, en situaciones sin objeto ni presencia de nadie.

Establece que la distinción entre miedos y fobias debe tratarse sobre un elemento de racionalidad, «el peligro debe ser injustificado para que se le considere patológico, pero el juicio de la realidad no es homogéneo a lo largo del desarrollo, sino que depende indisolublemente del desarrollo global del niño, tanto cognoscitivo como afectivo; así, la cuestión

no radica en la naturaleza del objeto, en su rango de peligrosidad, sino en el juicio de peligrosidad que efectúa el niño».

*Finch*⁶² expone que las fobias son temores exagerados frente a ciertos elementos del ambiente y surgen de problemas emocionales inconscientes y dice «las fobias pueden considerarse como patológicas cuando son más numerosas, más prolongadas o más exageradas que las fobias transitorias, y que para calificar como fobia al miedo debe tener un carácter exagerado, que exceda en gran medida a las expectativas realistas»; es decir, es un concepto más bien cuantitativo y fundado en el principio de la realidad.

*Miller y cols.*¹⁵⁴ exigen que las reacciones fóbicas persistan un período de tiempo considerable (que para Graziano es un mínimo de dos años) y además no presenten reacciones adaptativas y, asimismo, que no parezcan adecuadas a la edad ni al estadio evolutivo del niño.

*Rutter*¹⁸⁴ diferencia las reacciones psicofisiológicas del miedo ante una amenaza real, que son adaptativas y sanas y que desaparecen con el desarrollo, de las fobias, que constituyen una respuesta persistente y mal adaptada.

*Pelechano*¹⁶⁵ señala que los términos miedo, fobia y ansiedad se refieren aparentemente a operaciones y/o entidades psicológicas distintas, pero la verdad es que ofrecen solapaciones que dificultan su delimitación.

*Mazet y Houzel*¹⁴⁶ opinan que la diferencia entre miedo y fobia es un poco relativa y puramente temporal, pues ambos constituyen un aspecto penoso, que sólo cuando se reproducen sistemáticamente ante la misma situación u objeto preciso, se habla de fobia.

*Bleichmar*³² es de la opinión de que uno o varios «miedos del desarrollo», de origen y producción individual del niño, pueden sufrir un proceso de neurotización al ser articulados en un conflicto intersubjetivo, también propio de desarrollo, y transformarse en una fobia, y que uno o varios miedos, que operan en la madre ya como fobias, son transmitidos y verificados como tales fobias. En resumen:

un miedo se contamina, se recubre y se transforma por medio de la ansiedad en una fobia.

*Lang*¹¹⁶ considera que los fenómenos fóbicos son miedos «sin razón ni fundamento» y tradicionalmente implican la conciencia de la vivencia angustiosa y el carácter mórbido del trastorno y que los objetos y situaciones fóbicos no son reconocidos en sí mismos como terroríficos o como fuentes de peligro.

*Malet y Raban*¹⁴¹ separan las fobias infantiles «reales», que son miedos irracionales, pero moderados, de las fobias patológicas, que conducen al evitamiento, son fuente de sufrimiento invalidante y perturban la vida del niño.

*Genovard, Gotzens y Montané*⁷⁶ señalan como rasgos distintivos de las fobias, en relación con el miedo, los siguientes:

- a) La dependencia de la misma de la aparición y desaparición del objeto que la produce.
- b) Su irracionalidad, el niño fóbico es consciente de la falta de lógica en la manifestación de la fobia, aunque sea incapaz de impedirla.
- c) La evitación de la fobia puede producir comportamientos variados de tipo emocional (ansiedad extrema, preocupación, irritación).
- d) Se pueden acompañar de manifestaciones de orden fisiológico, dolores de cabeza, de estómago, vértigos, náuseas, etc.
- e) Se pueden considerar como modelos inadaptados, la fobia en sí misma no posee finalidad aparente, es un círculo cerrado y repetitivo.

II Fobias y obsesiones

Las fobias hasta Freud, e incluso después, estaban reducidas a no ser más que una forma clínica de la obsesión, hablándose de «fobias de impulsiones» para diferenciarlas del resto de las obsesiones.

A partir de 1895, con la publicación de su trabajo *Obsesiones y Fobias*, Freud separa ya netamente las obsesiones de las fobias, aunque esta diferenciación no se ha mantenido tan

nítidamente como el fundador del psicoanálisis pretendió, aun para muchos de sus seguidores, persistiendo, en cierto modo, la confusión casi un siglo después de esta publicación.

La infancia ha heredado de la psiquiatría del adulto este desorden nosológico y esta ambigüedad de límites entre las fobias y las obsesiones, y como ejemplo de ello exponemos algunas opiniones contradictorias a este respecto.

*Gilbert Diatkine*⁴⁶ separa claramente las fobias de las obsesiones tanto por su estructura como por su evolución, pero dice, asimismo, «en las formas peores de neurosis se pueden presentar a la vez fobias y obsesiones».

En *Kanner*¹⁰⁷ la confusión del término es grande como se ve a continuación: en el capítulo XLVI denominado *Obsesiones y Compulsiones* dice... «otro grupo, menos constante, se refiere al contenido de los fenómenos obsesivos o a las situaciones que los producen. Las ideas que contienen se dividen en pensamientos, dudas y fobias... no todos los miedos de los niños son fobias obsesivas... las fobias, como otras obsesiones, dan la impresión de ser extrañas y provocan el deseo intenso de librarse de esa sensación intrusa, intrigante y perturbadora». Más tarde, hace una lista de nombres para distinguir las distintas fobias y señala: «Onomastomanía (intrusión de palabras y oraciones), la "folie de la doute" (duda obsesiva de haber cumplido ciertos actos), Grübelsucht (cavilaciones sobre cuestiones baladíes), Fragelsucht (compulsión a hacer preguntas extemporáneas)».

*Asperger*⁸ las considera a ambas tipos diferentes de una misma alteración, la personalidad anancástica, y define las fobias como «angustias conflictivas».

*Michaux*¹⁵⁰ habla de obsesiones fóbicas o fobias, cuando el tema obsesivo se manifiesta en el terreno de la afectividad.

*Heuyer*⁹⁰ dice, asimismo, «en la neurosis obsesiva la idea obsesionante es psicomotriz, bajo la forma de impulso o fobia o enteramente igual en la duda».

*Ajuriaguerra*⁵ al hablar de la semiología de

las obsesiones cita las obsesiones fóbicas que pueden ser: fobia a los objetos, a lugares y elementos, fobia a la muerte, obsesión fóbica de la ansiedad y de la enfermedad, claustrofobia.

*Mendiguchía*¹⁴⁸ en el capítulo de las neurosis, en el apartado de «Neurosis Obsesivo-compulsiva» cita las obsesiones fóbicas y dice «hay ciertas fobias que tienen un carácter obsesivo en las que lo primero es lo intelectual y lo segundo lo emocional».

*Fedor-Freiberg y Dobrotka*⁶⁰ dicen que el número de trabajos sobre neurosis obsesiva es mínimo en niños y que quizás esto sea debido al hecho de que muchos de los denominados casos parciales de obsesión están clasificados como fobias o aun como simples malos hábitos, escapando así, estos últimos, al paidopsiquiatra.

*Mazet y Houzel*¹⁴⁶ aunque separan completamente las obsesiones de las fobias, hablan también de «organizaciones frecuentemente mixtas, fobo-obsesivas, con riesgo de evolución hacia la psicosis».

*Graziano*⁸³ divide las conductas infantiles desadaptadas en excesivas y deficitarias y ubica las fobias y las obsesiones entre las excesivas y, por lo tanto, han de «disminuirse» por medio de modelos respondentes u operantes para disminuir la conducta desadaptada y de modelos de reforzamiento positivo o de control aversivo para adquirir al mismo tiempo una conducta adaptada.

*Duché*⁵² en el capítulo de las obsesiones y en el apartado de las obsesiones de la edad escolar distingue:

a) Obsesiones ideativas.

b) Obsesiones fóbicas, que se distinguen de las fobias propiamente dichas porque existen al margen del objeto fóbigeno: por ejemplo, la obsesión fóbica de las enfermedades, a la suciedad, a los microbios, que lleva a lavarse continuamente.

c) Impulsos, entre los que se distinguen:

1. Las fobias de impulso: el niño está asediado por la idea y el temor a cometer, contra su voluntad, un acto absurdo, ridículo, inhumano o sacrilego: agredir a un profesor, pronunciar malas palabras en la iglesia, que se le

caigan los pantalones en la clase.

2. Las obsesiones de impulso.

Kennedy¹⁰⁸ considera las fobias y miedos y las obsesiones y compulsiones como las dos caras de una misma moneda y su planteamiento etiopatogénico es simplemente emocional-conductual, siendo el temor el fenómeno primario que pondrá en marcha los rituales.

Para Berenstein y un grupo de psicoanalistas argentinos, las fobias no son realmente específicas sino que pueden aparecer en diversos cuadros clínicos como neurosis obsesiva, histeria o psicosis, pero que es en la histeria de angustia donde tienen un lugar especial.

Lebovici¹²⁸ al hablar de la evolución de la neurosis obsesiva de la infancia y de la adolescencia cita el caso de Krankie que fue publicado por Bornstein bajo el título *Tratamiento psicoanalítico de una fobia en un niño de cinco años* y que se trataba de una fobia escolar y de una fobia a los ascensores. Más tarde, S. Ritvo vio al mismo paciente cuando ya era adulto y entonces su estructura psicopatológica era de orden obsesivo. A este respecto el autor dice que la escuela americana, retomando las ideas generales de Ana Freud sobre la maduración del yo, estima que hay una continuidad genética entre la neurosis fóbica y la neurosis obsesiva y que un caso como el anteriormente citado es un argumento importante para justificar este supuesto teórico.

Miedos

Se citan como publicaciones sobre miedos infantiles en el siglo pasado, las de Binet, *La peur chez les enfants*, de 1895; de Calkins, *The emotional life of children*, de 1894-1896, y de Mosso, *Fear* de 1896.

Para Erichs Stern¹⁴⁷ el miedo no debe ser considerado siempre patológico, existe también el miedo normal, «incluso en el niño», y señala dos grandes grupos de miedos: El temor a lo desconocido, nuevo, ignorado y en cierto modo misterioso (que relaciona curiosamente con la nostalgia) y el miedo a lo des-

conocido «a veces originado por la misma educación». Describe también «el carácter temeroso» que relaciona en cierto modo con lo que él llama «estados de abatimiento», es decir, las depresiones, aunque reconoce que la melancolía es rara en la infancia.

W. Stern¹⁹⁸ considera el sentimiento de lo pavoroso la forma más simple de temor, y, así, dice, «en una habitación en completa oscuridad que no sea muy familiar, sin ser totalmente extraña, la oscuridad es pavorosa para el niño; este temor no entraña al principio el conocimiento de un peligro definido, sino simplemente intranquilidad y la imposibilidad de regular adecuadamente el comportamiento». Este temor a lo pavoroso, representa el polo personal opuesto a la curiosidad, es decir, el afán que impulsa al individuo hacia lo extraño o nuevo, y sirve, el temor, como medida de protección contra un intercambio demasiado prematuro con lo desconocido.

Stern distingue el temor heredado específico, aunque considera que no está todavía resuelta la cuestión de si los seres humanos lo tienen, y considera que el olor y el ruido de los animales salvajes tienen algo de misterioso y el sentimiento que provocan tal vez sea un retorno atávico a la época en que estos animales constituían verdaderas fuentes de miedo para el hombre (hipótesis de Stanley Hall). Existe también el temor basado en la experiencia, aunque bien es verdad que estos estados de temor obsesivo convergen con factores subjetivos que determinan la intensidad del sentimiento y las aportaciones imaginativas espontáneas (miedo del niño a ir al médico, dentista).

No solamente se ha especulado con este tipo de miedos heredados, sino que se han investigado supuestos biológico-genéticos, tales como los estudios de Freedman⁶⁴ en gemelos univitelinos en los que existían una mayor concordancia que entre los bivitelinicos en cuanto a la aparición de miedo a los extraños, y asimismo se han estudiado en la psicología transcultural la aparición de los miedos en distintas razas, viéndose que ésta era muy parecida en pueblos muy distantes física, racial y cul-

turalmente (estudio de los niños indios Hopi por Denis en 1940).

También se han hecho experiencias en animales sobre la aparición de miedos:

*Haynal y cols.*⁸⁸ observan que en los animales se pueden encontrar signos de miedo comparables a los miedos humanos; así, en los primates subhumanos se encuentra una ansiedad de separación en relación con el apego a la madre, un temor ante estímulos fuertes, ante un déficit de estimulación y ante las amenazas de sus congéneres.

*Hebb*⁸⁹ publicó en 1946 un trabajo en el que trataba de mostrar el desarrollo de los miedos en los chimpancés: un grupo de animales fue criado en un ambiente visual estimulador normal, y otro grupo se crió en condiciones que impedía ver a los otros chimpancés. A ambos grupos se les presentó como estímulo una cabeza de plástico de chimpancé; la respuesta en ambos grupos fue diferente: en los criados en condiciones normales la respuesta fue una reacción de miedo, mientras que el grupo criado en privación visual no mostró más que indiferencia o simple curiosidad, pero no miedo. La hipótesis de Hebb es que los animales criados en condiciones normales habían aprendido un patrón de respuestas perceptuales concretas que incluían no sólo la cabeza sino todo el cuerpo y la presentación de la cabeza sola produciría esta reacción de miedo, mientras que los otros no habían formado ningún concepto y por lo tanto no les resultaba extraño y no tenían miedo.

Este mismo autor señala tres factores subyacentes al miedo:

1. Miedos debido a un conflicto, que tienen una acción desorganizadora primitiva, imposible de analizar psicológicamente y sin dependencia de ninguna experiencia previa.

2. Miedos debido a un déficit de estimulación sensorial, tales como el miedo a la oscuridad, la soledad, la pérdida de apoyo.

3. Miedos que surgen de perturbaciones constitucionales y de alteraciones de la maduración.

*Jersild*⁹⁰ considera como factores coadyuvantes para la susceptibilidad al miedo en el

niño los siguientes:

1. Circunstancias comprendidas en la relación padres-hijo, como son un castigo severo o una amenaza de castigo que afectan al niño porque representan una forma de rechazo o abandono, porque le inculcan la idea de que es malo y por lo tanto culpable y porque despiertan en el niño impulsos hostiles a los que a su vez teme el niño. Otra circunstancia relacionada con la relación padres-hijos es la amenaza de privarle de sus padres (madre encinta, llegada de un hermano) y, asimismo, incluye aquí el ejemplo del miedo mostrado por los padres, como demostraron los estudios de John en la Segunda Guerra Mundial.

2. Debilidad física, tal como sucede en niños que tienen alguna enfermedad crónica o tendencia a padecer catarros, etc, y según *Pintner y Brunschwig* los niños sordos en edad escolar expresaron más miedos que los niños normales y, asimismo, *Boutonier y Henri*³⁴ demostraron que los temores en los niños ciegos se agravaban por sus dificultades para imaginar e identificar visualmente los ruidos.

3. Efectos secundarios de un miedo intenso: después de un hecho aterrador un niño puede mostrar, durante algún tiempo, una gran inclinación al miedo relacionado, bien con el objeto o situación que lo produjo o bien con cualquier otra cosa.

4. Tensiones que amenazan la autoestima o autoaceptación. Cualquier cosa que disminuya la confianza en sí mismo, que amenace su autoapreciación o amenace perturbar el papel que el niño desea o pretende realizar, o amenace obstruir los fines que considera importantes, pueden aumentar su propensión a los miedos.

5. Tendencias e impulsos en conflicto. Todas las señaladas por el psicoanálisis desde S. Freud.

Jersild hace un estudio transversal de los miedos en la infancia y considera los siguientes:⁹⁰

1. El ruido y la pérdida de la base de sustentación. Se refiere sobre todo a los miedos de los primeros meses de la vida.

2. Otros estímulos sensoriales. Cualquier

estímulo súbito, intenso y brusco, como un repentino movimiento de un objeto o un contacto cutáneo inesperado, puede producir un miedo ignorado y primario, también en los primeros meses.

3. Miedo a lo desacostumbrado. Todo lo raro, nuevo y desconocido, y así entre los 5 y 9 meses muchos niños tienen miedo a las personas desconocidas (Dearborn, 1910; Shirley, 1933; Jersild y Holmes, 1935). Miedo a cosas desacostumbradas o misteriosas, como un brazo separado de una muñeca (Dearborn, 1910; Valentine, 1930). Lo no familiar representa algo que el niño no puede asimilar en función de sus hábitos de acción y perfección y le exige reorganizar su mundo interno, y aunque puede interpretarse como un miedo primario también lo puede ser como una falta de condicionamiento.

4. Miedo a los animales. No aparece tan pronto como otros miedos, pero cuando lo hace persiste muy intensamente durante la infancia, modificándose la sensibilidad y el miedo a los animales a medida que el niño madura (Holmes, 1935; Jones y Jones, 1928) discutiéndose si este miedo es hereditario o innato (Valentine, 1930) o adquirido (Yerkes y Yerkes, 1936).

5. Temor a la oscuridad. Freud (1936) se refiere al hecho de estar en la oscuridad como una de las tres situaciones primarias de ansiedad, pero que se puede considerar como un sentimiento por la pérdida de la persona amada o anhelada.

Los resultados de la observación directa de los niños hacen dudar con respecto a la afirmación relativa al miedo a la oscuridad. El primer registro hecho sobre el miedo a la oscuridad en los cinco niños observados por Valentine (1930)²¹⁰ fue cuando uno de ellos tenía 2 años y 1 mes. J. B. Watson (1924)²¹⁷ estudió la reacción de tres bebés a la oscuridad cuando tenían aproximadamente 6 meses y no encontró que tuvieran miedo, pero uno lloró cuando un extraño lo levantó en una habitación levemente iluminada. Dearborn observó lo que podría llamarse miedo a la oscuridad en un niño que él observaba hasta que el mis-

mo no cumplió 4 años y 2½ meses. El miedo a la oscuridad es más bien poco frecuente durante el 1.º y 2.º años; pero a medida que pasa el tiempo la oscuridad es un factor coadyuvante, si no el principal en un gran número de miedos.

6. Temor a la soledad y a la separación. Freud consideró la ansiedad producida por la separación de la madre como la ansiedad básica; no obstante, parece ser que la separación básica tiene algo de más severo y trascendental, para Isaacs⁹⁴ que estudió los niños evacuados de las ciudades de Inglaterra durante la Segunda Guerra Mundial, en 1941, esta ansiedad de la separación es algo más que un miedo primitivo y que existe un secreto sentimiento de culpa y vergüenza del temprano odio, rabia y desafío del niño hacia sus padres. Según Jersild el miedo a los extraños no puede considerarse como un mero exponente del miedo a la separación pues el miedo a lo nuevo desacostumbrado y desconocido se relaciona no solamente con las personas sino también con las situaciones y las cosas y puede aparecer aun cuando la persona amada esté cerca.

Evolución de los miedos

Los miedos prenatales

Caben aquí las hipótesis sobre las reacciones emocionales, y entre ellas las del miedo, en el feto y del momento del nacimiento, desde Sadger¹⁸⁵ que suponía experiencias de placer y de pena en el espermatozoide y en el óvulo, Rank¹⁷⁵ sobre la ansiedad de la experiencia del nacimiento y su influencia posterior en los miedos y fobias del niño, Isaacs⁹⁴ que dice «el niño quiere y desea, teme y rabia, ama y odia desde el principio», Bender²⁴ que afirma que cuando un niño viene al mundo llega solo y temeroso, Ferenczy con su «estado de máxima omnipotencia», Gringberg con su «estado de indiferenciación», Allport y su teoría de las posibilidades del aprendizaje prenatal, las posibilidades de condicionamiento fetales afectivos (ruidos de chapoteo, latidos

cardíacos, ruidos respiratorios) que han servido a *Benenzon*²⁵ para el tratamiento de los niños autistas, hasta las hipótesis de *Musserman*¹⁴⁴ sobre el papel jugado por el hipotálamo; a esta edad, parece ser que el desarrollo del área orbitaria frontal, la circunvolución del cíngulo, la ínsula, el mismo hipotálamo, el tálamo, el hipocampo y los núcleos diencefálicos que constituyen el cerebro interno, están lo suficientemente desarrollados para recibir los estímulos propioceptivos que surgen de sí mismo y, por lo tanto, sentir impulsos, deseos y quizás afecto y aun los de la madre (Sontaj y cols.) y que darían lugar a lo que *Rof Carballo* dio el nombre de «troquel o urdimbre afectiva».

Miedos del recién nacido

La descripción que *Watson*²¹⁷ dio a las reacciones de temor en el recién nacido es ya clásica. Según el fundador del conductismo, se pueden dar tres tipos de reacciones emocionales: placer, displacer y temor, y que algunos otros, creemos que exageradamente, denominan amor, ira y miedo. *Moragas*¹⁵⁸ dice que más que temor o miedo la reacción es de susto, siendo más bien un estremecimiento y casi una reacción puramente física. Los estímulos que desencadenan este temor son los ruidos violentos y la supresión brusca del soporte, y más accesoriamente, dolores o movilización brusca del niño. Las respuestas del niño son de dos tipos: la reacción de inmovilidad y la reacción catastrófica o tempestad de movimiento, aunque realmente lo que sucede es una sucesión de suspensión de la respiración y de los movimientos, sobresalto de todo el cuerpo y aparición del llanto.

Hoy se admite más bien que existe un primer estadio indiferenciado durante el cual la respuesta emocional se presenta cada vez que el organismo se ve afectado por un crecimiento de estímulo, bien interior, bien exterior. El recién nacido está muy protegido contra las excitaciones llegadas del mundo exterior, sobre todo por los cuidados de la madre, pero

también por su propio umbral de percepción, singularmente elevado, que supone una verdadera barrera de protección para su aparato psíquico; cuando los estímulos exteriores aumentan, la protección se vuelve ineficaz y el umbral de percepción se encuentra rebasado, la tensión del psiquismo es bruscamente llevada a un nivel intolerable y este stress emocional se expresa por agitación espasmódica, gritos y manifestaciones viscerales.

Los miedos de la primera etapa de la vida, los considerados heredados por algunos psicólogos, como fueron los descritos por *Jersild* citados anteriormente, pudieran estar en muy estrecha relación con la vida instintiva del niño y por ello han de tenerse muy en cuenta los conceptos de la moderna etología. Como es sabido la etología hizo su aparición en Europa en los años 30, siendo la aportación decisiva la del austriaco *Lorenz*¹³⁷ y desarrollada más tarde también por el inglés *Tinbergen*²⁰⁴ en 1951. Para los etólogos la vida instintiva está gobernada fundamentalmente por el código genético, el cual origina mecanismos innatos de «desencadenamiento», según la descripción de *Lorenz*. La activación de los mecanismos innatos de desencadenamiento es provocada por un estímulo que actúa significativamente, «el desencadenante», y conduce al comportamiento específico, es decir, el acto instintivo. En relación con los instintos, uno de sus componentes, el direccional (el otro es el energético) revela, como se ha evidenciado en el mundo animal, una sensibilidad al entorno, o una forma de conocer, que puede ir acompañada tanto de un movimiento valorativo como de una reacción aversiva (retirada o ataque) determinada por una sensibilidad pre-establecida ante ciertos estímulos, produciéndose una actitud relativamente estable y dirigida por una atención a aquellas características del ambiente percibidas como significativas; existe, por ejemplo, una sensibilidad difusa para todo aquello que puede anunciar un peligro y que hace más rápida y eficaz la reacción de defensa en el momento en que debe producirse.

Para *Russel* el comportamiento está forma-

do por un conjunto de reacciones instintivas, en parte innatas y en parte condicionadas, que producen interferencias entre los individuos y que actúan como un «sistema equilibrado de señales mutuas». En esta forma de relación cada uno de los miembros percibe al otro como un conjunto de puntos de referencia. Todas las manifestaciones emocionales elementales que constituyen lo que denominamos la vida afectiva de un ser, se sitúan para *Debhyst*⁴⁵ en este marco. Esto es lo que ha llevado a decir a algunos autores (de un animal, pero también pudiera ser la de un niño pequeño decimos nosotros) es semejante a un traje de arlequín: cobra su sentido en relación a una persona «fragmentada», es decir, portadora de cierto número de señales capaces de hacer de su presencia algo significativo. Esta noción implica, pues, la existencia de unos «esquemas innatos de desencadenamiento» que llevan a reaccionar de acuerdo con la señal percibida o señal desencadenante. Este comportamiento instintivo es innato, pero no por ello son menos importantes los factores externos y su considerable incidencia, subrayada por los estudios sobre la caducidad del instinto y el fenómeno de la sensibilización. Efectivamente la «pareja significativa» (en nuestro caso la diada madre-hijo) pudiera no venir preformada, sino estructurarse en los primeros días o en las primeras semanas que siguen al nacimiento. En este sentido, se han observado en animales desviaciones respecto al objeto al que el animal estaba sensibilizado y que *Lorenz* describió con el nombre de impregnación o impronta.

Así como en la vida afectivo-instintiva del animal se han descrito mecanismos de impregnación en una fase muy precoz, muy definida y muy corta de su vida, dentro de la reacción específica programada, en el niño no ha sido posible descubrir un mecanismo de impregnación como en el animal, pero se han podido observar ciertos comportamientos, que como los de los animales jóvenes, tienen por efecto mantener el contacto con la madre y su reacción, sonrisa en su presencia y llanto a la separación, actúa como una señal sobre

la madre y entonces es ella quien busca conservar o restablecer el contacto, y, así, se ha dicho (*Gray* 1958) que la sonrisa del bebé y, aún más, su movimiento de seguimiento con la cabeza, podría ser el equivalente humano de la reacción de seguimiento a la madre en los polluelos de las aves. La diferencia con el animal es que este lazo es absoluto y rápido en él, mientras que en el niño es más relativo y tarda más tiempo en producirse pero reaccionará con una sonrisa ante cualquier rostro humano o ante la máscara rudimentaria en la que figuren solamente los ojos, la frente y la nariz, a condición de que se le presente de frente y en movimiento.

Estudios longitudinales hasta la adolescencia

Reproducimos dos estudios hechos por *Gesell y Charlet*^{42,77}

Gesell

Charlet

Menos de un año

No cita.

No cita.

1 año

Miedo, cólera, afecto.

No cita.

18 meses

Los cambios repentinos trata de evitarlos echándose al suelo, retrocediendo, corriendo para esconderse, gritando y lanzando golpes al aire.

No cita

2 años

No cita.

No cita.

3 años

Temores altamente localizados, puede tener horror a los zapatos de goma, puede temblar ante el movimiento de un juguete mecánico y padecer terrores nocturnos bien definidos. Calidad fragmentaria y pasajera de las emociones.

Miedos y pesadillas.

4 años

Temores irracionales, miedo a la oscuridad, a los viejos, a los gallos, a las plumas, a los copos de algodón.

No cita.

5 años

Le disminuyen los temores a las brujas, fantasmas o espectros y a los animales. Comienza con miedo a los elementos como truenos, lluvia y oscuridad. Su principal temor es verse privado de la madre, que se pueda ir y no volver, que no la encuentre cuando vuelve del colegio o que haya desaparecido cuando despierta en mitad de la noche.

Es menos miedoso que a los 4 años, ha disminuido el miedo a los perros y aumentado a la oscuridad y al trueno. El temor principal es verse privado de la madre. Siente miedo a la oscuridad y conviene dejarle la luz encendida. Pesadillas frecuentes de grandes animales como lobos y osos.

6 años

Alguno de los temores preescolares pueden registrar un aumento temporal, pero ahora teme a los animales grandes y salvajes que no invaden la habitación de su madre por lo que quiere dormir con ella. Los truenos, lluvia, viento y el fuego despiertan temor, así como ruidos producidos por el hombre como teléfono o sirenas hasta su identificación. Teme duendes y fantasmas que atraviesan las paredes aunque se defiende dramatizando juegos con brujas, duendes, etc. Puede tener temor a Dios y creer que vigila todo lo que hace. Los hombres también pueden despertar miedo, ocultos bajo la cama, en el bosque, etc., y asimismo teme que otros niños le ataquen y sigue temiendo que le pase algo a su madre. Temor al daño corporal o inyecciones. Miedo a los sótanos y buhardillas. Su reacción consiste en apartarse.

Puede volver el miedo a los perros, sobreviene el miedo a los felinos; surgen los miedos a los insectos que zumban, a los ruidos desconocidos y sobre todo a las brujas y fantasmas. Miedo a las deformidades humanas y a ser atacado o ir solo a la bodega o al granero. Detesta el más pequeño dolor que no sea capaz de dominar curándose el mismo. A veces se guarda el miedo para sus adentros sin hablar de ello a los que le rodean.

7 años

Conserva algún temor residual de años anteriores, pero los encara mejor, sus temores empiezan a encontrar solución, pero hay un número de situaciones que aún escapan a su control, como miedo a sus deberes escolares, a que los demás se rían de él, a la maestra o que sus padres se disgusten con él. Espacio y tiempo adquieren un nuevo significado, podrá temer los lugares altos y las impresiones visuales poco familiares.

8 años

Todavía conserva algunos temores sin resolver, restos de los años anteriores, pero en general los afronta con valentía y, a menudo, ni siquiera admite estos temores para sí mismo, y la mayor parte de los niños de esta edad enfrentan directamente toda experiencia temida y la repiten compulsivamente hasta resolver sus temores o bien provocan temores análogos asustando a niños más pequeños.

Ha vencido ya ciertos miedos de la vida cotidiana (visita al dentista, la natación o lavarse la cabeza). Es lo bastante grande como para quedarse solo de noche. Su ansiedad está ahora relacionada con sus deberes y lecciones o también puede temer que se rían de él o que no se confíe en él. Tiene miedo de las bombas, de los ladrones, de la oscuridad o de llegar tarde a clase.

Le sigue dando miedo la oscuridad. Se siente atraído por lo que le da miedo: ciertos libros o el fuego. Comienza a liberarse de sus propios terrores metiendo miedo a los niños más pequeños.

9 años

Se asustan ya mucho menos aunque algunos niños conserven todavía antiguos temores, como tormentas, sótanos, ver sangre o nadar con la cabeza sumergida.

El niño dice haber dominado sus temores, pero sólo es verdad en parte, porque en general es muy ansioso. Sus pequeñas travesuras lo contrarían; tiene miedo al fracaso. Con frecuencia está preocupado.

10 años

Los temores antiguos han perdido ya mucha intensidad en esta época, y el niño comunica espontáneamente que no les teme, aunque pueda temer todavía a las serpientes o no le gustaría encontrarse con un león en la oscuridad o hallarse solo en un viejo castillo.

Se despierta a causa de pesadillas, de las que en seguida le cuesta trabajo acordarse. Tiene pocos miedos reales. Ha pasado ya el estadio de los cuentos de ladrones y de incendios, y no tiene más que preocupaciones escolares, que a veces pueden angustiarle.

11 años

El niño se torna más miedoso a los 11 y lo que parece asustarle principalmente es la soledad o sentirse encerrado, las niñas experimentan mayor temor a los dolores físicos o a ser raptadas o temor a no agradar, pudiéndose considerar que el niño a esta edad es más vulnerable que a los 10.

Aparecen nuevos y diversos miedos: por ejemplo, el de verse encerrado (más frecuentemente en los varones). Los niños de esta edad tienen pocos sueños.

12 años

En general va perdiendo miedos aunque todavía no le haga mucha gracia quedarse solo en casa, le preocupan los ladrones y asesinos y a veces teme que le sorprendan por la calle.

No cita

13 años

No suele ser un niño temeroso aunque experimenta los temores habituales que tiene todo el mundo, por ejemplo la bomba atómica, y cierto número de niños experimentan temores a quedarse encerrados en un subterráneo o en medio de la multitud.

Desaparecidos durante el año anterior, los miedos vuelven en cantidad abundante: miedo a verse encerrado, miedo a la multitud. Son importantes las preocupaciones y ansiedades, intenta quitarles importancia, pero sin lograrlo.

14 años

En general no es miedoso y sólo tiene los temores que muchos adultos: serpientes, arañas, lugares elevados, a la gente y empieza a tener temores por el futuro (lo que va a suceder, el cariz que tomarán las cosas).

No cita.

15 años

A esta edad los adolescentes no suelen ser miedosos, aunque algunos puedan experimentar miedos de épocas pasadas.

Más que verdaderos miedos conoce momentos de ansiedad.

Otros autores hacen una relación evolutiva menos exhaustiva de los miedos infantiles

*Tersild*⁹⁹ hace también una pequeña descripción evolutiva de los miedos. En el período preescolar hay un aumento en la exhibición diaria del miedo a los animales y aparecen los miedos a quedarse solo o abandonado, así como miedos asociados con seres imaginarios y con la oscuridad, y en menor grado a la sumersión, al fuego o a los accidentes de tráfico, miedos que son relativamente frecuentes en años posteriores y confeccionan unas gráficas en relación con la evolución de estos miedos desde el nacimiento a los 61 meses.

*Anthony*⁷ señala como tipos de miedo que aparecen a lo largo del desarrollo del niño:

1. El lactante se asusta ante estímulos intensos y por la pérdida del apoyo. Entre los 5 y 9 meses, manifiesta temor ante personas, cosas o situaciones no familiares.

2. Entre los 2 y 3 años predominan los miedos hacia los animales. A los 3 años, suele comenzar el miedo a la oscuridad, que ya se mantiene más adelante como causa principal de miedos infantiles, considerando oscuridad y soledad como sinónimos y, por ello, el niño se vuelve más vulnerable (ansiedad por la separación de la madre).

3. A la edad preescolar se produce un incremento del miedo a los animales que comen y muerden, y un poco más tarde a los animales fuertes y grandes. Aparecen también temores a ser heridos, quemarse o tener algún accidente, sobre todo de circulación.

4. En la edad escolar empieza a temer cosas lejanas e imaginarias, y, sobre todo, es capaz de proyectar estos temores hacia el futuro.

5. A los 8 años se produce la angustia ante la muerte o «angustia de los 8 años», cuando el niño abandona el pensamiento precausal y mágico y aparece el pensamiento lógico, tomando la muerte todo su significado de separación irreversible.

6. En la adolescencia, los temores y miedos se refieren principalmente a su cuerpo (asimetrías, deformaciones), a su sexualidad (adecuación, potencia) y a posibles dificultades intelectuales.

Los miedos infantiles quizá más estudiados han sido los referentes a los animales y así, por ejemplo, Morris dice que los niños prefieren los animales que presentan rasgos antropomórficos y que detestan a los que no poseen dichos rasgos. La mayoría de los autores describen que los miedos a animales en los niños más pequeños se refieren a animales grandes y más o menos salvajes, como perros, leones, lobos, etc., que los persiguen, muerden o comen; según aumenta la edad, los animales que producen más temor se hacen más pequeños como arañas, insectos, ratas, etc., menos temibles pero quizás más repugnantes. *Mendiguchia*¹⁴⁷ señala que a los 5-6 años empiezan a aparecer diferencias entre los sexos a este respecto. En los niños permanecen más tiempo los miedos a animales salvajes, mientras que en las niñas son ya más frecuentes los temores a animales repugnantes.

*Bronson*³⁸ estudió, como parte del proyecto Barkeley, la evolución de los miedos infantiles durante los primeros 8 años de la vida, obteniendo los siguientes resultados:

1. Existe una considerable variabilidad en lo que se refiere a la aparición de la reacción de miedo, alcanzándose diferencias individuales estables al final del primer año.
2. Existe una gran diferencia intersexual por lo que se refiere a la estabilidad de los miedos.
3. La precocidad en la aparición de una reacción de miedo fue un predictor muy fiable de la presencia de miedos posteriores en los niños, cosa que no ocurría en las niñas.
4. No aparecieron diferencias intersexuales en cuanto al volumen de miedos que se presentan a lo largo de las edades.

En contra de todas estas teorías de la evolución de los temores en los niños *Diatkine* y *Simón*⁴⁷ creen que no se puede establecer una cronología evolutiva de los temores infantiles sino que dependen de otros factores.

Por otro lado, el mismo Bronson señala que de antiguo se sabe que los miedos infantiles son difíciles de predecir y existen diferencias individuales muy marcadas.

Mussen y cols.¹⁵⁹ recogen, en un trabajo pu-

blicado en 1979, que a partir de los informes de los padres, la mitad de los miedos del preescolar desaparecen espontáneamente uno o dos años después de su aparición.

*Barnett*¹⁷ estudió 228 niños entre 7 y 12 años de edad y encontró que el nivel general de miedos se mantenía constante a lo largo de todas las edades y lo que cambiaba era la distribución de las puntuaciones en distintas categorías a lo largo del período escolar. A medida que avanza la edad, los miedos referentes a seres imaginarios y los miedos de malestar personal van disminuyendo y, al acercarse la adolescencia, parece ser que los miedos relativos a situaciones sociales y a centros escolares muestran un crecimiento (este último resultado también fue encontrado por Scherer y Nakamura en 1968).

Fobias y obsesiones

Las primeras aportaciones (1888-1920)

Moreau de Tours, en su libro «*De la Folie chez les enfants*», 1888, y en un capítulo en el que describe «formas puramente psíquicas» (sin organicidad) habla de un síntoma particular, las impulsiones. Retoma la definición de Ball sobre la impulsión intelectual y cita la observación de un colegial que, alterado con la repetición incesante del número 13, tiene que suspender sus estudios. Citando siempre a Ball dice: «a pesar de la puerilidad de los conceptos que caracterizan estas formas de delirio, constituyen un verdadero peligro para la inteligencia de la que entorpecen su superación por la monotonía perseverante de su inoportunidad» y señala como los más graves resultados de estas impulsiones incontroladas el suicidio, el homicidio, la monomanía incendiaria, la cleptomanía, etc.

Janet,⁹⁶ en *las Obsesiones y la Psicastenia*, de 1903, señala el comienzo precoz de las obsesiones recogidas en las reconstrucciones anamnésicas de los adultos e insiste en que los hechos clínicos manifiestamente obsesivos estarían precedidos muy precozmente de una

modificación del carácter que se desarrolló durante un largo tiempo (dudas, inquietudes por la confesión o el pudor, inquietud perpetua), y señala como eventualidad muy frecuente el comienzo por tics.

Un ejemplo de cómo se trataban a principio de siglo el problema de las fobias y obsesiones en la infancia es la *Psiquiatría Infantil* de Vidal Pereda publicada en 1908,²¹² que en su capítulo LVII, *Enfermedades de la Voluntad*, dice que «en la segunda función volitiva la deliberación es capaz de sufrir trastornos por defecto, de los cuales puede derivarse la duda» y «si la psicosis toma arraigo, puede presentarse la locura de la duda que impele al enfermo hasta dudar de la ejecución de sus actos, aun habiendo tenido lugar», y en el capítulo XIX, *Obsesiones e Impulsiones*, habla de la existencia en la mente de alguna idea que arraiga potentemente y que arrastra en pos de sí toda la actividad psíquica, adquiriendo cierto grado de fijeza, que motiva un estado obsesionante, el cual provoca esfuerzos de la voluntad a fin de ofrecer resistencia para llegar, como resultado y en algunos casos, a un decaimiento o a un acto irresistible. Califica a la idea fija como motivo de las obsesiones y las agrupa del siguiente modo:

1. Metafísicas (el porqué de las cosas).
2. Escrupulosas (asuntos religiosos).
3. Realistas (cosas insignificantes y a veces groseras).
4. Timoratas (evitar ejecutar actos reprobables).
5. Contadoras (obsesión por los números).

Indica que, en este capítulo y por la debida coordinación del trabajo, cabría tratar de los temores, de las obsesiones y de las fobias, que ya habían sido descritos en el capítulo XIV, que trata de los *Trastornos de la Sensibilidad Psíquica y las Emociones*, señalando que «el niño teme constantemente sin saber de qué o por qué» y cita la zoofobia (animales), la monofobia (a hablarse solo), la pirofobia (al fuego), la astrofobia (a las tempestades), la misofobia (tendencia a lavarse las manos por te-

mor a haber tocado algo), la ginofobia (a la mujer), la cleptofobia (al robo), la patofobia (a estar enfermo), la pantofobia (miedo a todo), y otras fácilmente observables. Esta pasión, dice, puede ocasionar al niño trastornos somáticos de importancia y aun producir la muerte, y aconseja, entre otras varias cosas, obligarle a experimentar por sí mismo la falsedad de sus apreciaciones, «procediendo sin enfado y como inadvertidamente», para que el niño no se percate de la intención que guía al padre o educador, mandarle que ejecute algo en consonancia con el fin que se persigue, tal como hacer que vaya a buscar algún objeto que haya en una habitación oscura. Más tarde vuelve a citar como obsesiones, que se caracterizan por tendencias irresistibles, o sea, verdaderas impulsiones, la cleptomanía, la piromanía, la cubomanía (impulsión al juego), a las que califica de «muy común en los niños», para después referirse únicamente a los naipes y a los «prohibidos», la onomastomanía (obsesión de los nombres), la aritmomanía (obsesión de los números), la manía blasfematoria, la erotomanía, la dipsomanía, la tendencia al suicidio y homicidio y los tics.

*Pitres y Regis*¹⁷⁰ se plantean la cuestión de las fobias y obsesiones a nivel infantil, y en un trabajo de 1910, consideran que las obsesiones y las fobias constituyen síntomas patológicos precoces, sobre todo, lo que ellos llaman «estado obsesivo con ansiedad sistemática o monofóbica» e insisten sobre la herencia forzada y el comienzo muy precoz, pues encuentran que cada 46 casos de 100 aparecían entre los 5 y los 15 años.

Un gran cambio se advierte ya en el tratado *Los Niños Mentalmente Anormales*, de R. Lafora,¹¹⁵ en el que se describen las psicosis obsesivas o psicastenia, las que «a consecuencia del tono sentimental negativo van siempre acompañadas de ansiedad», distinguiendo las psicosis obsesivas de las psicosis frenolépticas o impulsivas, en las que hay ideas obsesivas o impulsivas, pero que se distinguen las segundas de las primeras por la falta de constancia de la enfermedad, aunque él es de la opinión de que no se trata de una psi-

cosis única sino que, con los mismos síntomas compulsivos, pueden corresponder unos casos a psicosis maniaco-depresiva, otros a epilepsia, otros a histeria, etc., y señala que pueden tomar un aspecto cíclico como la cleptomanía periódica, y apunta asimismo que, a veces, el cuadro clínico se complica con tics impulsivos. En su etiología señala la herencia, así como agotamiento, onanismo e infecciones pero apunta también que «según la hipótesis de Freud, se trata de perversiones sexuales» y que «acéptese o no este punto de vista, lo cierto es que las obsesiones tienen una génesis psicológica (deseos reprimidos e intentos de compensación) que es preciso desentrañar con el psicoanálisis».

¿Qué había pasado en este período de tiempo comprendido entre la publicación de estos dos tratados, los más antiguos de la Paidopsiquiatría Española? El nacimiento y la divulgación de las teorías psicoanalíticas de S. Freud.

En 1909 *Freud*, con la publicación de la observación del pequeño Hans, expuso el aspecto esencial de la teoría de las fobias, aunque desde 1894 venía ya trabajando en el problema de la diferenciación de las fobias y de las obsesiones.⁷⁰

Hans, que padecía una fobia a los animales, fue tratado por su padre, bajo el control de Freud, que analizó la fobia de este niño de 5 años utilizando las observaciones escritas por el padre:

«... el día 7 de Enero, como de costumbre fue con la criada al Stadtpark; rompió a llorar en la calle y quiso volver a casa para que su madre le hiciera mimos. Se puso a llorar negándose a contestar. Luego se mostró alegre hasta la noche; al anochecer, como es natural, tiene miedo, llora y no quiere separarse de su madre; desea volver junto a su madre para que le haga caricias. Más tarde vuelve a estar alegre y duerme bien.

»El 8 de Enero, mi mujer, a fin de ver lo que sucede, decide llevarlo ella misma a pasear, esta vez a Schönbrunn, donde, generalmente, el niño va gustoso. Vuelve a llorar, no quiere marcharse, tiene miedo. Al final acce-

de, pero siente miedo en la calle. Al regresar de Schönbrunn, tras una gran lucha interior, le dice a su madre: “temía que me mordiera un caballo” (efectivamente en Schönbrunn se había inquietado al ver un caballo); esa noche tuvo una crisis similar a la del día anterior y volvió a requerir más caricias. Se le tranquiliza, entre sollozos pregunta: “mañana tendré que ir a pasear otra vez” y más tarde, “el caballo va a venir a mi habitación...”».

Freud señala: «He aquí el comienzo de la angustia con apariencia de fobia». Más tarde muestra cómo la transformación de la libido en angustia se ha proyectado sobre el objeto principal de la fobia: el caballo. Asimismo señala que el desplazamiento inconsciente hacia el animal de la imagen paterna permite separar la imagen aterradora del padre castrador de la del padre bueno, benévolo.

En esta publicación Freud considera a la angustia como el resultado del rechazo de la libido aunque, como hemos visto, más tarde piensa que la angustia precede al rechazo. En 1914, y también en relación con las formas infantiles, dice como conclusión de su trabajo *Historia de una Neurosis Infantil (El hombre de los lobos)*⁷² «...yo estoy dispuesto a avanzar que toda neurosis que sobreviene en el adulto está fundada sobre la base de su neurosis infantil, pero que ésta no es siempre lo bastante intensa para saltar a la vista y ser reconocida como tal» y, así *El hombre de los Lobos* es «un enfermo cuyos años de infancia habían estado dominados por graves perturbaciones neuróticas que habían estallado justo antes de su cuarto cumpleaños bajo la forma de histeria y de angustia (fobia de animales) y que después se había transformado en una neurosis obsesiva religiosa, mantenida así hasta el 10 año del enfermo».

Adler,⁴ primer heterodoxo del psicoanálisis, publica en 1907 su trabajo sobre «Estudio sobre las Inferioridades Orgánicas» y crea la nueva escuela de la Psicología del Individuo, y para él, el niño neurótico es como una especie de mixtificador que produce síntomas para tener ante sí mismo, y ante los demás, una motivación sobre la causa por la cual no

puede marchar como uno de tantos en la comunidad y, por ello, todo síntoma sirve de disculpa y de excusa y no es más que un falso modo de vida, considerando el retroceso ante las tareas que amenazan su seguridad como el mecanismo a que acude para evitar la derrota temida, pudiendo llegar este retroceso a una regresión de los más primitivos deseos infantiles. Como un ejemplo, *Szekeli* expone el caso de un niño que tiene una fobia a abandonar una habitación porque se imagina que en la puerta le espera un perro para morderle; pues bien, para comprender y curar habría que preguntarse: ¿Con qué fin utiliza este niño miedoso el pretexto de que hay afuera un perro para no tener que abandonar la habitación? ¿Qué quiere el niño con este síntoma? ¿Por qué ha llegado a este pretexto falso? Como decía Adler, el niño no padecía una neurosis, manejaba su neurosis. La pregunta freudiana ¿por qué? hay que sustituirla por otra más apropiada, ¿para qué? De todas maneras, y a nuestro parecer, en el caso de la neurosis fóbica, los puntos de vista freudianos y adlerianos se acercan, puesto que en el mecanismo de defensa del desplazamiento, la pregunta también es ¿para qué?

Por aquellos años, otro posterior heterodoxo del psicoanálisis, *C. G. Jung*, en su publicación *Conflicto del alma infantil* de 1912,¹⁰⁵ describe que cuando Freud publicó el caso Hans, él tuvo un caso parecido; se trataba de una niña, Ana, que a los tres años empezó a presentar un cuadro de curiosidad apremiante y excesiva “¿Por qué? ¿Y luego? ¿Para qué?”, coincidiendo con una situación de celos al nacimiento de su hermano pequeño y en relación con las primeras curiosidades infantiles, cuadro que acabó en otro más serio de ansiedad con tendencia a las fobias.

La primera observación psicoanalítica de un niño obsesivo fue aportada por *Sokolnicka*, la primera psicoanalista infantil que ejerció en Francia en el servicio de Saint-Anne de Dupré, en 1920;¹⁹⁵ se trata del estudio de un niño de 10 años cuya enfermedad había aparecido 6 meses antes y en el que resaltaban los

problemas maternos vis-a-vis de los ritos del niño.

En aquel mismo año de 1920 *Watson* y *Rainer*²¹⁸ describieron el «caso Alberto» que podemos considerar para el behaviorismo lo que el «caso Hans» para el psicoanálisis, en el que un niño de 9 meses de edad «aprendió» en dos meses a tener miedo a una rata, y que, posteriormente, generalizó la respuesta de miedo y evitación a un conejo, un abrigo de pieles, algodón, barba de Papa Noel y hasta el cabello del propio Watson. Posteriormente esta fobia fue eliminada asociando la presencia del conejo, progresivamente aproximado al niño, a las diferentes comidas de éste.

En la década de los veinte, van apareciendo más trabajos sobre fobias y obsesiones en los niños, vistos, sobre todo, a través del desarrollo de las teorías psicoanalíticas, tales como los de *Baudoin*¹⁹ que describe varios casos, y cita las publicaciones de *Sterba* que describe actos obsesivos en el período de latencia, y *Wittls* que aporta un caso de un niño de 4 años con una conducta en la que reconoce «el germen del acto obsesivo» (Franzl anda detrás de su abuela que le ordena ir más deprisa, entonces se pone a contar los barrotes de una verja, pero como ignora la numeración más allá del tres, continúa «y uno más») del que hace el siguiente comentario: «no puede escuchar a la abuela porque tiene que contar».

La psicastenia infantil después de Janet

Michaux.¹⁵¹ En el capítulo III de su *Psiquiatría Infantil*, y en su apartado 2.º «tipos caracteriales anormales», describe el «tipo psicasténico» que se caracteriza por sus obsesiones y dice que el diagnóstico es difícil de hacer en el niño que «soporta con cierta facilidad la intrusión obsesiva», y menciona a H. Baruk que dice ha observado obsesiones en niños de 3 a 4 años. Considera que, en el fondo, se encuentra la psicastenia, que se caracteriza por: la duda de sí mismo, el control de sus actos, la dificultad para llevar a término las acciones comenzadas y no concluidas y la

fatigabilidad. Las manifestaciones más expresivas consisten en la aparición de obsesiones, fobias y compulsiones.

Más tarde¹⁵⁰ describe la neurosis obsesiva como una asociación de un elemento intelectual, la duda, y de un elemento afectivo, la ansiedad, es por tanto un sentimiento de duda ansiosa. El tema esencial, las obsesiones y las fobias del niño, expresan una aspiración a la perfección condicionada a un sentimiento permanente de incompletud.

Michaux separa, por un lado, al niño pequeño hasta los 8-10 años y el niño de más edad. El niño pequeño no puede expresar netamente la duda ansiosa que le perturba y reacciona por manifestaciones musculares en relación con la ley de correlación psicomotriz, es decir, bajo una forma difusa de agitación o bajo una forma localizada y sistematizada, los tics. Después de los 8-10 años el niño va a sentir más claramente la aspiración a la perfección y el sentimiento ansioso de incompletud, pero, uno y otro, quedan todavía difuso y no se sistematizan en obsesiones netamente tematizadas, cristalizándose alrededor de todos los pretextos que multiplican los aprendizajes y los nuevos conocimientos. Al lado de los aprendizajes el autor describe como pretexto la toma de conciencia del Yo, el amor de los padres, la educación de la escolaridad, de la higiene, de las conveniencias sociales, de la ética y de la religión, de la revelación sexual y la del sentido de la muerte.

Para Michaux las obsesiones típicas no aparecen generalmente hasta la época de la pubertad o más tarde. El tema obsesivo se manifiesta comúnmente en el terreno de la afectividad (obsesiones fóbicas o fobias), raramente en el de la inteligencia (obsesiones ideativas) o en el de la actividad (impulsiones o inhibiciones). Señala, asimismo, y éste es un concepto importante y poco desarrollado por otros autores, el comportamiento reactivo del niño frente a sus obsesiones, y así distingue:

- a) Actividades autopunitivas.
- b) Alteraciones de la actividad: exasperada y desordenada (agitación) o reducida (inactividad).

Como indicación terapéutica señala, un poco paradójicamente, el psicoanálisis, puesto que «puede, ya que no curar la psicastenia, atenuar cuanto menos, una obsesión determinada».

Leclaire,¹³⁰ aunque no es un seguidor P. Janet, analiza el sentimiento de la duda estudiado por él, y que lo definía como estigma psicasténico en tanto que manifestación de incompletud constituyendo la primera manifestación de una gran bajada de tensión psicológica que impide al sujeto llegar al sentimiento de lo real. Esta oscilación de la duda, para Leclaire se encuentra ya en los periodos más primitivos de la vida: «El primero de estos conflictos corresponde a la oscilación normal entre el hombre y la mujer, en tanto que objeto de amor, en la que se coloca al niño por la famosa pregunta ¿a quién quieres más, a papá o a mamá?, oscilación que le acompañará toda la vida», añadiendo más tarde de que «en el fondo es una duda de amor, porque el que duda de su amor puede y debe dudar de todo lo demás, y las consecuencias de esa duda son las medidas de defensa del obsesivo: la repetición continua tiene por objeto desterrar esta incertidumbre y la compulsión compensar la inhibición y el aislamiento de las medidas de defensa».

Regner,¹⁷⁹ también ha intentado adaptar la teoría de la psicastenia a los niños, aunque señala que algunos niños obsesivos no tienen ni la morfología ni las particularidades psicológicas de los asténicos.

Pichón,¹⁶⁷ opina que la neurosis obsesiva corresponde a lo que Janet llama psicastenia y que Odier propone llamar «obsedosis», considerando con Janet que la obsesión es un esfuerzo para aceptar ciertos elementos de la realidad, tomando este esfuerzo la forma de una perpetua oscilación entre la creencia en la realidad y la creencia en la no-realidad del elemento considerado.

Marco Merenciano,¹⁴² tiene una posición muy ambivalente respecto a las obsesiones en la infancia. Por un lado, rechaza la posibilidad de padecer una neurosis en la infancia: «La neurosis no es una enfermedad, sino una

actitud típica, total o parcial, permanente o accidental de la personalidad ante la vida, es una quiebra de la plasticidad vital... personalidad que por definición no tiene el niño... por cualquier lado que se le considere es un absurdo hablar de neurosis infantiles. Por otro lado, reconoce la existencia de personalidades sensitivas y anancásticas basadas en la seguridad en sí mismo, pero, y aquí aparece P. Janet, «sólo partiendo de la inseguridad en sí mismo pueden comprenderse las obsesiones y sólo cuando lleva clavada una espina asténica»; asimismo señala que en la infancia puede existir una precoz y anómala apertura a la realidad porque «sin pérdida de la ingenuidad y sin libertad no hay obsesiones», pero si se han producido ambas en la niñez o en la adolescencia es porque «ha habido una resquebrajadura del caparazón infantil y al niño se le hacen patentes problemas que no tiene fuerza para afrontarlos».

Las escuelas constitucionalistas

En 1986, Donath introdujo el término «anancasmos» de «ananke = fatalidad» para designar los estados obsesivos y fóbicos. Esta idea de personalidad anancástica, unida a la de constitución, abonó la idea de que la base o estado previo de los fenómenos obsesivos se encontraba en la constitución y herencia de los sujetos, y de esa manera se incluyó más tarde la obsesividad como una variedad de las personalidades psicopáticas (psicópatas obsesivos o inseguros de sí mismos de Scheneider).

Stern, en la traducción española de 1933 de su libro *Anormalidades mentales y educabilidad difícil de niños y jóvenes*,¹⁹⁷ cita a Von Düring y a sus diez tipos de personalidades psicopáticas infantiles y señala que en el grupo 7 se encuentran los «coercionados» de los que dice que son niños en los que predomina la sensación de falta de libertad, luchan contra la obsesión, pero sucumben siempre e incluye en este grupo la obsesión de contar, ordenar, etc.

Tramer²⁰⁹ describe un tipo de personalidad

psicopática, los débiles psíquicos psicopáticos obsesivo-psicasténicos, que apenas se encuentran en la infancia, sino que más bien aparecen como estados «prepsicopáticos sospechosos»; ya en la adolescencia habla de casos claramente anancásticos o de psicopatía obsesiva y en cambio en las neurosis, que sólo considera como verdaderas las que aparecen después de los 10 años, no menciona para nada las fóbicas y las obsesivas.

Benjamín, en el capítulo *Psicopatía y Neurosis* del tratado *Psicopatología de la Infancia*,²⁶ y bajo el nombre de «niño difícil», pues rehúsa reconocer en el niño verdaderos estados psicopáticos y neuróticos, describe un tipo de niños que ya en la primera infancia plantean el problema de la angustia infantil de la que dice que es expresión de la seguridad interna y que puede aparecer libre, pero que también puede estar adherida a un objeto y que ya entonces no se denomina angustia sino miedo, que es lo que más frecuentemente aparece en esta edad. En la segunda infancia describe en la reacción de apartamiento, que junto con la de rebeldía y regresión constituyen sus tres tipos de niños difíciles, la neurosis obsesiva, «que en la infancia no es demasiado rara» y la describe asimismo como niños completamente normales que pueden pasar a actos considerados como obsesivos; no pisar juntas de baldosas, tocar un barrote de cada tres en una verja, etc., actos que, en ocasiones, pueden extenderse a verdaderas compulsiones tales como proferir obsesivamente ciertas palabras, tener obsesión por el lavado o el contacto y aun llegar a formas grotescas, citando el caso de un niño que tenía que tomar los diversos alimentos por él preferidos por el orden de sucesión de las letras de su apellido, Strohmayer. Cree que los actos y representaciones obsesivas en la infancia son más inofensivas que en la edad adulta y que su eliminación no es demasiado difícil.

Asperger, en su *Pedagogía Curativa*⁹ y en el vol. VIII de la «Enciclopedia Pediátrica» dirigida por Opitz⁸ incluye estos procesos dentro de las perturbaciones funcionales no orgánicas, bajo el epígrafe «Psicópatas neuróti-

co-compulsivos» o «Psicópatas anancásticos», rechazando la denominación, y aun el concepto, de neurosis por demasiado amplio y las define como: personalidad anormal que se siente obligada a pensar, decir o hacer determinadas cosas, casi siempre muy estereotipadas, o a temerlas, dándose el sujeto perfecta cuenta de que carecen de sentido y se sienten dominados por ellas, a pesar suyo y en contra de toda lógica.

Distingue los siguientes tipos de trastornos que sufren este tipo de personalidades:

1. Ideas compulsivas: Ideas obsesivas típicas (ocurrencias asquerosas, obscenas, sádicas, blasfemas).

2. Compulsiones verbales o verbalizaciones obsesivas: tendencia a repetir expresiones o a hacer preguntas absurdas (planteamiento estereotipado de las mismas cuestiones u obsesiones).

3. Impulsos y hábitos compulsivos: contar objetos, lavarse las manos, etc., es decir, diversas manías (ceremoniales, ritos).

4. Angustia compulsiva: son las llamadas fobias (claustrofobia, agorafobia, fegofobia, etc.) y, como algo específico de la infancia, la fobia a la escuela.

Para Asperger, que dice coincidir casi por entero con las ideas de Feldner, lo esencial del trastorno radica en la zona tímica o capas profundas de la personalidad y se acompaña de angustia espontánea, produciéndose impulsos tímicos que rompen la capa cortical de la personalidad, es decir, se liberan de la conciencia y de la experiencia. Hay además unos rasgos caracterológicos comunes, rigidez, meticulosidad, mezquindad y egocentrismo, considerando evidente los factores constitucionales y aun comprobándose en muchos casos los factores hereditarios, aunque no niega que ciertas vivencias aisladas puedan contribuir grandemente a desencadenar síntomas neuróticos o reforzarlos y rechaza de plano las hipótesis psicoanalistas. De la pugna que se establece entre los impulsos emanados de un fondo angustiado y una superestructura muy intelectualizada y consciente resulta el ceremonial obsesivo. Para el autor, esta interpreta-

ción va, hasta un determinado punto, de acuerdo con las concepciones psicoanalíticas, pues unos procesos procedentes de los estratos profundos de la personalidad, es decir, lo inconsciente, irrumpen en la organización de la vida consciente, de la actividad dotada de sentido y de sentimientos de responsabilidad que actúan dentro de una personalidad con intensas disposiciones intelectuales y también como cuerpos extraños e incluso como procesos hostiles. En lo que difiere su concepción respecto a la psicoanalítica, es que en esta última admiten como causa a vivencias, mientras que él acentúa más el papel que corresponde a los factores constitucionales.

Según Asperger, el hecho de que con frecuencia varíe la sintomatología neurótico-obsesiva en la infancia con el transcurso del tiempo, va en contra de que el síntoma simbolice a la vivencia reprimida, puesto que si es así ¿por qué cambia y se modifica? Por el contrario, si se tiene en cuenta que los caracteres neurótico-obsesivos se encuentran ya plenamente formados en edades muy tempranas, cuando han madurado las funciones cerebrales esenciales (finales del tercer año de la vida), y que persisten luego invariablemente a pesar de todas las oscilaciones que presente la curva vital del individuo, ello habla en favor de factores previos constitucionales, que representan un fundamento esencial para la sintomatología anancástica, añadiendo, en apoyo de su teoría, que ciertos autores han descrito ya en edades avanzadas de la lactancia hábitos que dan una gran impresión de obsesivos y a partir de los cuales se desarrolla más adelante un curso neurótico-obsesivo.

Kretschmer¹¹ dice que en la neurosis obsesiva existe una dinámica instintiva anormal que ya se ve en la infancia, apreciándose una verdadera precocidad, un violento instinto sexual que, por lo menos en la edad escolar, es demostrable claramente y sin explicación, como una vertebración parcial de la madurez de la tendencia instintiva, que desarrolla violentas tensiones y ambivalencias en el interior de la constitución y entre la constitución y el espacio vital; desarrollándose así, bajo la acción

combinada de las inhibiciones internas y externas, una oposición moral enormemente hipertrofiada contra la parte acelerada del dispositivo instintivo, un hiper-moralismo hipersensible, a menudo recatado y santurrón, que ya se hace claramente perceptible al llegar la pubertad temprana y una escrupulosidad pedante que queda ya como estigma del carácter y sobre la que, por estímulos accidentales del ambiente (p. ej., la primera confesión) se desarrollan representaciones y acciones obsesivas. Considera este autor que hay unas evidentes y determinadas direcciones de predisposición hereditaria instintiva y general y que los desencadenamientos vivenciales más parecen consecuencias de este desarrollo defectuoso que accidentales y, por ello, cree que la enfermedad obsesiva podría figurar entre los trastornos psíquicos endógenos.

Stutte²⁰¹ opina que no es extraño que en la psique del niño normal existan condiciones previas para la aparición de procesos neurótico-obsesivos; así, el impulso a la repetición que tiene el niño a la primera infancia, su imagen del mundo impregnada de representaciones mágico-animistas, su miedo al castigo y a la represalia, su gusto por lo ritual, sus juegos en los que abundan los ceremoniales, determinados tabúes y una recientemente adquirida aptitud para pensar, que le proporciona precisamente el instrumento para la formación de los síntomas.

Heuyer⁹⁰ cita solamente en la pág. 205 de su *Introducción a la Psiquiatría Infantil*, y refiriéndose a los «Estados patológicos del carácter» y dentro del apartado «Emotividad por exceso o hiperemotividad», un tipo inhibido que se manifiesta por una ansiedad sobre la cual se pueden fijar las obsesiones, las fobias y los escrúpulos; más adelante, en la pág. 208, comenta que las obsesiones constituyen un verdadero estado psicopático, término más exacto y que hay que preferir al de psicastenia. En la neurosis obsesiva la idea obsesionante es psicomotriz, bajo la forma de un impulso o fobia o enteramente ideal en la duda, pero siempre asociados a la ansiedad.

Fedor-Freiberg y Dobrotka.⁶⁰ Sobre la ba-

se de observaciones clínicas llegan a la conclusión de que las manifestaciones y los mecanismos obsesivos son determinados, por una parte por el grado de diferenciación de la personalidad infantil en el momento de la enfermedad, y por otra por el desarrollo psicofisiológico del sujeto mientras dura el fenómeno obsesivo.

La diferenciación de la obsesión se hace paralelamente a la del psiquismo del niño y a la de su personalidad en el momento en que aparece la enfermedad, siguiendo el desarrollo de los trastornos una línea paralela.

Las manifestaciones obsesivas en el niño en edad preescolar se exteriorizan principalmente por fenómenos motores difusos (inestabilidad, dispersión de la atención y del interés, agresividad). Estas manifestaciones son relativamente invariables y tienen un carácter ritual.

El conflicto entre el niño y su obsesión le pueden llevar a trastornos duraderos del equilibrio nervioso y a la neurosis, que en un comienzo es solamente parcial y temporal pero que luego, a medida que la obsesión se desarrolla, la neurosis se afirma.

Hacia la edad de 4 años, los trastornos que predominan son los motores y psicomotores, observándose tics, tartamudeo y retorno a la enuresis nocturna, presentándose secundariamente juegos y rituales análogos a los espasmos. Poco a poco la imagen de la enfermedad se acentúa para transformarse en neurosis ansiosa, lo que agrava todavía más la obsesión. A la edad de 7 años, el síndrome obsesivo está totalmente desarrollado.

Entre 9 y 13 años aparece la obsesión de la idea, tratando el niño de huir de su enfermedad, bien racionalizándola, bien refugiándose en la neurosis. En este estadio la afección es análoga a la del adulto. En el obseso, cuya madurez intelectual esta retardada, la transferencia de la obsesión al plano del pensamiento se efectúa estrechando su horizonte cualitativa y cuantitativamente. Por todo ello, se explica el hecho de que niños inteligentes y bien dotados, pero afectos de obsesión, fracasen en la escuela.

El sentimiento de inseguridad, que es pri-

mordial en la infancia, esta condicionado por tres factores: 1) Carencia de experiencias y de conocimientos concernientes a las causas de los acontecimientos ambientales por lo que tienden a darles una significación mágica. 2) Falta de armonía entre los padres con afectación del sentimiento de seguridad. 3) Trastornos de las relaciones entre madre e hijo, sobre todo si la madre tiene un estado de inseguridad emotiva.

Para estos autores el mecanismo de la génesis de la obsesión infantil es el siguiente: una experiencia emotiva sufrida en la primera infancia forma una base concreta, pero esta experiencia es sólo un factor potencial temporalmente carente de actividad patogénica; cuando sobreviene una segunda experiencia, aunque sea completamente diferente, el primer choque emocional reaparece, siendo la evocación de la primera emoción la que es más importante y la que da a la obsesión sus características clínicas. Ahora bien, la aparición de la obsesión está condicionada por una disposición latente de la afectividad y posteriormente se produce una proyección secundaria en las esferas del pensamiento y de la acción y, contrariamente a lo expresado por otros autores, los trastornos típicos tienen en estos niños una importancia predominante con relación a los mecanismos esquizoides.

Lutz.¹³⁸ Es realmente curioso que en un tratado relativamente moderno como es la tercera edición de su *Psiquiatría Infantil*, las únicas referencias encontradas acerca de fobias y obsesiones son las siguientes: en el apartado de psicopatías infantiles dice: «los niños pequeños muestran miedos anormales en la oscuridad, a los animales y a los desconocidos, y los escolares conforme a su edad, miedo a la escuela, al castigo, a la enfermedad, al dolor y eventualmente al futuro». En el apartado de reacciones neuróticas o neurosis y hablando de las reacciones psiconeuróticas comenta «no es grato que un miedo general a las situaciones reales o bien representaciones coercitivas como las fobias colmen todo el sentimiento neurótico del niño». Al hablar del diagnóstico diferencial dice, asimismo, en

relación con la psicosis «hay casos en los que los adolescentes son aparentemente reactivos o sufren desazones endógenas o manifiestan rasgos fóbicos o hipocondríacos». Todo ello en un tratado de 390 páginas.

Göllnitz⁸⁰ reúne bajo el título *Síndromes Psicopatológicos Especiales* los siguientes:

1. Ansiedad: distingue entre Angst (ansiedad), si es consciente, y Furcht (miedo), si es inconsciente y está de acuerdo con Gaupp en el sentido de que la angustia fisiológica no existe, es siempre patológica. Distingue como formas psicológicas de ansiedad las siguientes: a) la angustia del 8.º mes, b) la angustia de los niños pequeños, señalando la importancia del pensamiento mágico en esta edad, c) la angustia del escolar y de la angustia de la pubertad. Como formas patológicas de la angustia infantil refiere las siguientes: a) la angustia de los deficientes mentales, b) la angustia de los encefalópatas, c) la angustia de las neurosis, entendiendo como tal las reacciones psíquicas anormales (ningún síndrome neurótico cursa sin angustia) y de ansiedad en las alteraciones de la conciencia (psicosis exógenas y endógenas).

2. Hipocondría.

3. Histeria.

4. Anancasticidad (Anancasmen): la define como «duda con ansiedad» y en la que la angustia carece de sentido y se vive como algo peligroso. Aparece en la pre-pubertad o pubertad con el desarrollo del Yo y de la personalidad. Mucha gente tiene rasgos anancásticos normales pero, a veces, se convierten en patológicos.

Señala como formas de anancasticidad la tendencia a la repetición de los niños pequeños, la estereotipias arcaicas, la «trotzphase» o fase del negativismo y los ritualismos que pueden dar lugar a reacciones prohibitivas en los padres, y, como consecuencia de las mismas, a crisis paroxísticas de gritos, llantos, etc., en los niños. Con la entrada en el colegio aparecen las dudas en su capacidad al compararse con otros y establecerse las competencias.

Como formas clínicas de anancasticidad señala:

a) Las compulsiones imaginativas (repetir una cancioncilla, un poema, una cara conocida).

b) Compulsiones ideativas (preguntas al parecer ridículas, pensamientos impuestos).

c) Compulsión a temores (fobias: agorafobia, etc.).

d) Impulsiones (a matar a la madre, a decir palabras obscenas).

e) Compulsiones a actuar: aparecen como mecanismos de defensa frente al miedo o temor y producen más ansiedad (temor a los microbios y a la suciedad que le impulsan a lavarse las manos, sacudirse, etc.).

5. El autismo (tipo Asperger y tipo Kaner).

6. La anorexia nerviosa.

7. El suicidio.

*Levy-Valenci*¹³⁵ desarrolla el concepto del pensamiento obsesivo en su vertiente normal, es decir, la «obsesionalidad de todo el mundo» y dice así: «Una de las nociones más válidas de la caracterología de Le Senne (de Heyman-Viersma, diríamos nosotros) quizá la única, es la distinción entre primarios y secundarios. Es primario aquel que separa fácilmente el presente de sus estados pasados; secundario es aquel que queda ligado con dosificaciones diferentes, pues la primariedad absoluta sería la de un ser sin memoria y la secundariedad absoluta sería la repetición pura, a su pasado. De esto resulta que el primario es, en general, dulcemente irresponsable y relajado, pero raramente es creativo y, en cambio, una cierta secundariedad, siempre más o menos obsesiva, parece la condición del pensamiento obsesivo en la base del mecanismo discursivo del mismo. Esta ventaja de lo secundario-obsesivo en cuanto a capacidad intelectual fue ya observada por Kraepelin en 1921 y confirmada después de los trabajos de Slater (1945), Ingram, Payne (1960) y Eysnk (1974), aunque también es verdad que la incidencia de personalidades obsesivas y aun la patología obsesiva es mayor en las clases socio-económicas superiores medias, Ray

(1964) y Greer y Cawley (1966) asociándose esos factores estrechamente, uno al parecer interno, la secundariedad-obsesividad, y otro externo, la situación socio-cultural, para dar una tasa de incidencia elevada de mayor capacidad intelectual».

Sin embargo, y para nosotros, la secundariedad por sí misma no garantiza una brillantez intelectual y unos buenos resultados escolares, pues ha de ir unida a la actividad en primer lugar y a la emotividad en segundo, pues si los apasionado-reflexivos suelen obtener unos óptimos resultados, los que peor los obtienen son los apáticos, ambos secundarios.

En cuanto a la posibilidad de traspasar la barrera de lo caracterológico a lo patológico, dice *Winnicott*²²¹ «que los cambios de carácter se verifican en el punto de encuentro de dos procesos: la formación del Yo y la organización de la independencia. Si el individuo triunfa en el empeño de disimular su parte enferma, su personalidad, aunque empobrecida, es capaz de socializar el trastorno de carácter y se acomoda a las costumbres sociales».

Teorías neuropatológicas

La actividad repetitiva fue ya estudiada por *Goldstein y Luria*⁷⁹ que distinguieron entre lo que se ha llamado la repetición compulsiva y la dificultad de conmutación. La repetición compulsiva consiste en que, si no llega un estímulo nuevo, la respuesta se repite una y otra vez. La dificultad de conmutación representa la dificultad de que se inicie una nueva respuesta si no llega un nuevo estímulo o aun con la llegada del estímulo correspondiente, constituyendo una dificultad de interrupción de algo que ya está en marcha o es iniciación de algo nuevo respectivamente.

Sin embargo, según *Lanteri Laura*,¹¹⁸ la neurofisiología no es capaz de aportarnos ninguna ayuda positiva en el terreno de las obsesiones rituales y que «será necesario profesar un angelismo integral para pensar que la vivencia de las obsesiones puede corresponder

a un cierto funcionamiento del S. N. C. y, en particular, de la corteza y de las formaciones subcorticales».

A pesar de ello, es preciso mencionar la hipótesis de *Mayer Gross, Van Bogaert, Giraud, Meyer* sobre la posibilidad de establecer toda una patogenia de las obsesiones fundada en los trastornos cerebrales postencefalíticos.

Muy estudiada ha sido también la relación existente entre las obsesiones y la epilepsia. *Lebovici y Heuyer*, además de *Bouvier*, se han interesado por estas relaciones y han descrito casos en los que las manifestaciones epilépticas se complican con rasgos obsesivos, casos en los que las obsesiones se acompañan de modificaciones de los trazados electroencefalográficos y, aunque llegan a la conclusión de que el cuadro de la llamada «epilepsia psicástica» no merece la pena de ser individualizado, aportan muchas observaciones en las que la epilepsia se complica con temores obsesivos a la crisis. *Serrat*¹⁹¹ señala la presencia de obsesiones en niños con epilepsia y para *Eliascheff*⁵⁵ los estados obsesivos infantiles con perturbaciones electroencefalográficas de tipo comicial deben hacer pensar en un proceso encefalítico evolutivo. Otra manera de interpretar la presencia de alteraciones electroencefalográficas es la de que pudieran tratarse de casos de epilepsia temporal que se manifiesta en forma de estados neuróticos; tal es el caso de los conocidos con el nombre de «dream state» y «visión panorámica de la biografía» que recuerdan bastante ciertos signos de la serie obsesiva.

Para *Rolla*¹⁸² el fóbico tiene un serio déficit de su esquema corporal, al par que una mala relación espacial.

*Behar y cols.*²² en un serie de niños y adolescentes, con una edad media de 13,7 años, mediante T.A.C. cerebral determinando el cociente ventrículo-cerebral (CVC), hallaron que el 25 % de los niños obsesivos tenían un CVC situado dos o más desviaciones estándar por encima de la media del grupo control. Asimismo encontraron un déficit en la percepción espacial análogo a los pacientes con afectación frontal tal como *Flor-Henry y cols.* habían ha-

llado en adultos con una batería de 28 tests neuropsicológicos.⁶³

Para *Toro*²⁰⁸ la base biológica de las obsesiones es muy sugerente dada la relación de las mismas en el síndrome de Gilles de la Tourette, cuya cimentación orgánica, y más concretamente genética, es cada día más favorablemente considerada.

Las escuelas psicoanalíticas

*Melanie Klein.*¹⁰⁹ En 1929 hace la presentación, en el Congreso de Wurtburg, del análisis de una niña de 6 años llamada Erna, que más tarde aparece en el capítulo III de su libro *El Psicoanálisis de los Niños*. En él presenta lo que llama «una neurosis obsesiva en una niña de 6 años», y bajo el término de actividades obsesivas, describe una conducta de acostarse sobre el vientre, chocar la cabeza violentamente contra la almohada, balancearse sentada o acostada sobre la espalda, sucionar compulsivamente su pulgar y masturbarse con exceso. Durante las sesiones de tratamiento, la niña anima un juguete haciéndole pasar por un profesor que da lecciones de violín golpeándose la cabeza contra su instrumento... algunos minutos después el profesor se pone a bailar con su joven alumna y finalmente se abrazan y se besan. Erna pregunta entonces a la terapeuta si ella permitiría el matrimonio de un profesor con su alumno. *Melanie Klein* hace la siguiente anotación: «comparando esto con su síntoma obsesivo de golpear la cabeza contra la almohada, se ve que se trata de un juego en el que, en el inconsciente de Erna, la cabeza tiene el significado de pene...»

De esta manera, la autora establece una doble equivalencia entre el juego y la fantasía de penetración sexual de una parte y entre el acto compulsivo y el juego de otra; de esta manera, a través del juego se encuentra la significación simbólica inconsciente. El juego sirve aquí de intermediario de una forma similar a lo que sucede en el adulto con las aso-

ciaciones del pensamiento. Prosiguiendo el estudio de Erna, trata de hacer comprender lo que ella entiende por síntoma obsesivo: la naturaleza del conflicto y la organización de la personalidad, que la analiza y pone en evidencia, recuerda la organización obsesiva del adulto o del niño mayor, es decir, la importancia de las pulsiones sádicas, la fijación anal, el desarrollo del Yo y la existencia de un Superyo particularmente exigente.

Para M. Klein, el apremio compulsivo es la expresión de la compulsión de repetición, que se ejerce particularmente a nivel del Ello, es decir, a nivel de las pulsiones, «en general, no daremos bastante importancia nunca, en el análisis de los niños, a la presión de la compulsión de repetición sobre la fantasía y sobre su traducción por la acción. Naturalmente, los niños utilizan más frecuentemente la acción, pero los niños más mayores tienen también que recurrir a este mecanismo primitivo en ocasiones, sobre todo cuando el análisis ha hecho desaparecer algunos de sus rechazos, tanto a nivel de síntomas como a nivel de juego.

A partir de esta primera comunicación, M. Klein ha ido exponiendo a lo largo de los años sus teorías psico-psiquiátricas. Según ésta toda neurosis infantil no es más que el modo de la elaboración de las angustias psicóticas precoces. Para situar el término «angustias psicóticas precoces» es necesario aclarar que, aun habiendo fenómenos psicóticos en la primera infancia, no quiere decir que todos los niños sean psicóticos; una personalidad normal, puede comprender elementos psicóticos sin ser psicótico, lo mismo que pueden tener elementos neuróticos sin ser neuróticos. Las angustias psicóticas se incrustan, no sólo en la vida mental del enfermo psicótico, sino en la vida fantasmática inconsciente de cada uno, normal, neurótico, psicótico, bebé, niño o adulto; el psicótico es un ser que está crónicamente dominado y sumergido en sus angustias, los episodios psicóticos de los pacientes neuróticos son períodos de la vida en los que las angustias psicóticas toman temporalmente el control y no pueden ser contenidas por las fan-

tasías inconscientes o las soluciones neuróticas.

La sola angustia posible es la psicótica, y es su contenido inconsciente e irracional lo que la distingue del miedo, el miedo tiene un objeto real que es verdaderamente amenazante, la angustia no tiene objeto real, es una respuesta emocional a una proyección inconsciente de las pulsiones del individuo. Este fenómeno se expresa al máximo en la primera infancia, cuando el sentido y la apreciación de la realidad son embrionarios, pero la experiencia emocional es a la vez intensa y aguda.

Si la neurosis infantil representa la tentativa del niño para elaborar sus angustias psicóticas, ¿cómo son esas angustias y cómo se reflejan en las fobias, depresiones, obsesiones y otras alteraciones características de la neurosis infantil? Se pueden observar dos angustias mayores en la infancia: la angustia persecutoria y la angustia depresiva, la primera es la angustia en la que la amenaza parece venir de objetos externos amenazadores, y la segunda resulta del dolor proveniente de una culpabilidad interna producida por un Superyo primitivo, cruel y sin piedad. Los fenómenos esquizo-paranoides son las tentativas de defensa contra la atroz angustia depresiva, pero en realidad liberan angustias persecutorias todavía más terribles.

Hay pues, un conjunto general y característico, una constelación de pulsiones y defensas asociadas con las angustias persecutorias y depresivas que caracterizan cada una de las fases del desarrollo: la primera constelación es la de los primeros seis meses, es la constelación esquizo-paranoide, la segunda constelación es la posición depresiva y corresponde a la segunda mitad del primer año. El éxito o fracaso para la elaboración de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva se manifiesta en el curso de la neurosis infantil.

A la neurosis obsesiva la considera como la consecuencia de un movimiento progresivo, de un esfuerzo de curación en relación a los estados psicótico precoz, pero no como una regresión frente al conflicto edípico.

Según G. Diatkine, a pesar de los esfuer-

zos que hace M. Klein para conciliar su posición con la de Freud, es claro que para ella la regresión no juega un papel importante, lo que importa son los ataques sádicos que el niño dirige contra el cuerpo materno y su contenido, y los esfuerzos de reparación que realiza. La duda sostiene la incertidumbre a la que se somete al niño como resultado de esos ataques; la necesidad de amontonar y coleccionar objetos se explica por la desproporción entre los inmensos estragos causados por el niño en el cuerpo de la madre y la pequeñez del suyo propio, del que deriva, en consecuencia, una posibilidad de reparación limitada. Posteriormente, la descripción de las defensas obsesivas se inscriben en el marco de la posición depresiva y, más precisamente, en el de la defensa maníaca.

Una idea fundamenal en M. Klein es la de la precocidad de la neurosis obsesiva, incluso aunque su sintomatología clínica no sea la clásicamente establecida: «... es verdad que estos primeros trastornos obsesivos difieren de la neurosis obsesiva, que no se declara en toda su amplitud hasta una época más tardía; esto se comprende si se tiene en cuenta que sólo es en el período de latencia cuando el Yo, habiendo adquirido su madurez y modificado sus realciones con lo real, comprende la elaboración y síntesis de sus elementos obsesivos que están en actividad desde la primera infancia, aunque hay neurosis infantiles cuyo aspecto mas llamativo es ya el de una auténtica neurosis obsesiva...»

Siguiendo sus argumentaciones en relación con la regresión y con su posición inversa a la sostenida por Freud afirma que «... según la teoría actual, las fijaciones sádico-anales no intervienen sino muy tarde en la neurosis obsesiva, en favor de una regresión. Por mi parte, estimo que el verdadero punto de partida de la neurosis obsesiva, o del momento en que se desarrollan los síntomas y mecanismos obsesivos, se encuentra en la fase del desarrollo dominada por el segundo estadio anal... situó en los primeros estadios del desarrollo la formación del superyo, que el Yo del niño, en principio, percibe bajo la forma de angustias;

con la terminación gradual de la fase sádico-anal, el Superyo se transforma, igualmente, en generador de culpabilidad».

En relación con la duda, M. Klein propone una nueva interpretación «... el niño no puede obtener ninguna certeza precisa sobre el interior de su propio cuerpo o del de sus objetos ni sobre el efecto propiciatorio de sus prácticas obsesivas y cada vez se notará más ansioso y obsesivo por su necesidad de saber, y esta duda, que nace de esta incertidumbre participa en la formación del carácter obsesivo y de las tendencias a la precisión, al orden y al cumplimiento de ciertas reglas y rituales...».

Un punto interesante para la paidopsiquiatría es la hipótesis kleiniana de la relación entre la neurosis obsesiva y la inhibición intelectual. En el niño, la colección y acumulación compulsiva, casi ávida, de ciertos objetos, comprendiendo entre ellos el conocimiento en tanto que sustancia, se funda, entre otros factores, sobre sus esfuerzos renovados continuamente para: a) apoderarse de sustancias y objetos buenos (buena leche, buenas heces, buen pene) así como, con su ayuda, paralizar la acción de sustancias u objetos malos, contenidos en el interior de su cuerpo. b) Amasar en el interior de sí reservas para poder resistir los ataques de objetos externos y, si fuera necesario, para restituir al cuerpo materno, o más bien a los objetos, lo que él les había quitado.

De esta manera, y de una forma esquemática, viene a describir dos cuadros clínicos de inhibición intelectual, uno dominado por los mecanismos psicóticos y el otro dominado por los mecanismos obsesivos, pudiendo ambos comprometer gravemente el proceso de la sublimación de las pulsiones y, por lo tanto, de la epistemofilia o pulsión del saber, que como decía Freud no es más que una forma sublimada de éstas.

En relación con las fobias, y siguiendo a Coderch,⁴⁰ los estudios de M. Klein han demostrado que algunas de las funciones que conocemos en el Yo cuando ha alcanzado cierto grado de desarrollo existen ya desde el comienzo de la vida, tal como la de hacer frente

a la ansiedad que surge de la actuación del instinto de muerte y que es sentida como temor a la aniquilación, tomando la forma de temor a la persecución y que por eso, las fobias y terrores nocturnos aparecen en edades muy tempranas y, asimismo, que estas fobias tempranas son un intento de manejar, por medio de la proyección de peligros internos en el mundo exterior, las ansiedades que surgen originariamente de las fantasías canibalística del estadio sádico-oral.

En lo que atañe a las fobias de animales que aparecen en niños pequeños, opina que son una forma de defensa que involucra su proyección contra ansiedades relacionadas con estas fantasías canibalísticas y que permiten al niño suavizar su temor a su terrorífico Superyo y a su peligroso Ello. El proceso consta de varios movimientos: el primero es expulsar el Superyo y el Ello al mundo exterior y asimilar el Superyo al objeto real; el segundo consiste en desplazar a un animal el miedo que se siente al padre real. Frecuentemente hay un paso intermedio que consiste a su vez en elegir como objeto de ansiedad a un animal menos feroz de los que, en los primeros estadios del desarrollo del Yo, tomaban el lugar del Superyo y del Ello. Cuando el niño escoge, para el desplazamiento de la ansiedad, a un animal que atrae su admiración además de su miedo, muestra que está en marcha el proceso de formación del Ideal del Yo.

M. Klein completa la comprensión de las fobias al mostrar que lo que yace en la raíz de las mismas es, en última instancia, el miedo de la persona a sus propios impulsos destructivos y a sus padres introyectados. Considerada bajo esta luz, una fobia a un animal sería mucho más que la simple deformación de la idea del ser castrado por el padre en la de ser mordido por un caballo o devorado por un lobo; por debajo de todo ello, estaría, no solamente el miedo a ser castrado, sino un miedo anterior a ser devorado por el Superyo, de modo que la fobia sería, en realidad, una modificación de la ansiedad perteneciente a los estadios más tempranos, es por lo tanto un conflicto puramente interno.

En resumen, el pensamiento de M. Klein sobre las fobias tempranas, que aparecen ya en el segundo semestre de la vida, es el siguiente:

1. Las fobias que aparecen en la segunda infancia y en la vida adulta no son más que una prolongación de las de la edad temprana.
2. Tienen una función esencialmente defensiva contra la angustia de desintegración del Yo.
3. Los mecanismos que intervienen en su producción son la disociación y la proyección.
4. El contenido de lo proyectado son el Ello y el Superyo terrorífico y temprano, que contienen la amenazante pulsión de muerte.
5. Sobreviene la angustia por la acción intrapsíquica de la pulsión de muerte, que amenaza la integración del Yo.
6. Esta acción se escenifica por medio de fantasías oral-canibalísticas (ataques sádicos contra el cuerpo materno y esfuerzos de separación, ambos con posibilidades escasas, dada su pequeñez frente al cuerpo de la madre).

Los post-kleinianos. Hanna Segal¹⁸⁹ sostiene que si bien las fobias tienen por objeto impedir una enfermedad esquizofrénica, son formaciones histéricas típicas de naturaleza neurótica e introduce el concepto de identificación proyectiva, que no había sido definido aún en 1932 por M. Klein, y considera que, si bien las fobias son neuróticas e histéricas, para disolverlas es esencial analizar los miedos psicóticos subyacentes.

Laroche¹²⁰ y algunos otros autores creen que la aportación kleiniana debe entenderse dentro del marco de las «fobias delirantes» o «fobias con estructura psicótica» (casos Erna y Rita, de M. Klein).

Harris, Osborne, O'Shaughnessy, Rosebluth, Dares y Dans⁸⁷ consideran que los niños de 1 año de edad pueden tener muchos miedos, pero que cuando uno de estos miedos es muy opresivo e irracional y se asemeja ya a un sentimiento de pánico hacia una cosa o lugar, lo llamamos fobia (ruidos intensos, situaciones poco habituales, familiares que cambian de apariencia, etc.). A estos temores, no fobias, les llaman «temores del desa-

rollo», aunque los mecanismos subyacentes son los mismos en los temores que en las fobias; la diferencia estriba, en que por los mecanismos puestos en juego en la estructuración de los miedos, su descripción se asemeja más a los temores paranoides que a las fobias, tratándose más bien de una proyección de pulsiones, sentimientos e instancias que no son seguridad de desplazamiento como en las fobias.

Para terminar, y en contra de las hipótesis kleinianas, citaremos que, según Piaget, el pecado que considera capital en Freud, el adultomorfismo, parece tener en la escuela kleiniana su máximo valor.

Anna Freud. La mayoría de las publicaciones de A. Freud comprenden los años que van desde 1940 a 1966 y su pensamiento en cuanto a las fobias y obsesiones infantiles podemos resumirlo del siguiente modo:^{66, 67}

«Yo siempre he mirado el campo de la neurosis obsesiva como una forma específica de constelación mental extendiéndose de lo que es egosintónico y próximo a lo normal, en el curso del desarrollo, en la formación del carácter hasta el estado de una perturbación neurótica extremadamente grave y hasta la frontera de lo que es propiamente esquizoide o esquizofrénico. En el primero de estos extremos, las manifestaciones obsesivas se muestran estabilizantes para la formación de la personalidad, en el otro, son devastadoras y paralizante, igualmente perniciosas para el equilibrio interior y la adaptación del individuo.»

Cita como condiciones favorables a la formación de una neurosis obsesiva:

1. La defensa obsesiva se dibuja si el Yo madura más deprisa que la pulsión; las obsesiones nacen en los casos en los que la regresión libidinal devuelve al individuo del estadio fálico al sádico-anal, mientras que el Yo y el Ideal del Yo conservan sus normas morales y estéticas.

2. La caída de las obsesiones está también promovida por un crecimiento constitucional de la intensidad de las tendencias sádico-anales o bien por una preferencia, también constitucional, para el empleo de defensas tales co-

mo la formación reactiva, la intelectualización, el aislamiento, etc.

3. La ambivalencia: toda concepción satisfactoria de la neurosis obsesiva debe ir más allá del mero aspecto de un conflicto intersistémico entre el Ello, el Yo y el Superyo y tomar en consideración las contradicciones intersistémicas en el interior del Ello, tales como las que existen entre amor y odio, pasividad y actividad o feminidad y masculinidad.

A. Freud considera muy importante las alteraciones de la relación madre-hijo: la pérdida del objeto amoroso durante la primera infancia por rechazo, negligencia, separación o muerte, es una experiencia que puede ser el punto de partida de una variedad de alteraciones.

Importante para una futura posibilidad de aparición de obsesiones son las separaciones traumáticas precoces; «aparece entonces que en el primer año de la vida del niño, que había sido expuesto a separaciones traumáticas de la madre, que había sufrido la negligencia de personas extrañas que cuidaban de él o que había sufrido también de cambios perturbadores en el entorno, su libido se retira del mundo objetual y se vuelve hacia el propio cuerpo, llevando así a una exacerbación por las preocupaciones anales».

De todas maneras, hay que tener en cuenta también este otro hecho importante: la excelencia de una relación precoz con la madre puede promover un rápido crecimiento del Yo, pero en lugar de salvaguardar al niño, este hecho puede ser el instrumento creador de la precocidad misma de las funciones de Superyo y esto ya se ha visto que es una de las condiciones previas de la neurosis obsesiva.

Junto a A. Freud, otros autores han subrayado la importancia del papel de la madre en esta evolución hacia la neurosis obsesiva, y así Zetzel²²⁶ demuestra que en el «Hombre de las ratas» existe una identificación con la madre; cuando ella critica al padre, esta crítica constituía un factor que jugaba un gran papel en la formación del Superyo intransigente del paciente. Lechat¹³² dice que la madre constituye, en el período anal, un factor importan-

simo por cuanto que es ella la que empieza la educación de la limpieza, y en este momento, y por primera vez en la vida del niño, se le ordena conformarse voluntariamente a una regla impuesta de fuera y, asimismo, tiene por primera vez la ocasión de someterse para complacer a su madre, o bien oponerse activamente a lo que ella desea: si el niño no contenta a la madre, es el Mal; si se conforma a su deseo, es el Bien. *Bouvet*³⁵ señala que la madre es odiada y detestada por su componente autoritario, pero el niño tiene también una gran angustia de perderla, tiene deseo de ella, de su intimidad, es en el fondo muy amada y debe absolutamente complacerla; en suma, la madre es fascinante, fálica y castradora, constituyendo una barrera de acceso al padre, que será más tarde necesario para la evolución de lo obsesivo, y es por ello, que sobre la madre se ejercen las pulsiones pregenitales de la fase sádico-anal. *Leclaire*,¹³¹ asimismo, ha orientado su trabajo sobre la relación de objeto obsesivo centrando también el problema en el lugar esencial que ocupa la madre en esta relación.

En su libro *Normalidad y Patología en la Niñez*, de 1968, A. Freud⁶⁷ dice «... aquí (en la infancia) los síntomas se presentan con frecuencia aislados o asociados con otros síntomas y rasgos de la personalidad de diferente naturaleza, sin orígenes relacionales. Los síntomas obsesivos bien definidos, tales como los rituales a la hora de acostarse o las compulsiones de contar, aparecen en niños que por su parte son incontrolables, inquietos e impulsivos, es decir, con personalidades histéricas, tendencias fóbicas y síntomas psicósomáticos que aparecen dentro de las estructuras del carácter de naturaleza obsesiva». Describe los temores arcaicos que aparecen antes de que el niño desarrolle estados de ansiedad coordinados con el aumento de la estructuración de la personalidad.

Estas ansiedades se denominan a menudo arcaicas, pues su origen no puede rastrearse hasta ninguna experiencia previa de temor, sino que parecen formar parte de la disposición congénita; de manera disruptiva aparecen los

miedos a la oscuridad, a la soledad, a los extraños, o situaciones con perspectivas nuevas a los que no está habituado, al trueno, algunas veces al viento. Meta-psicológicamente no son fobias, pues al contrario de las fobias de la fase fálica, estos temores no se basan en regresiones, conflictos o desplazamientos, más bien expresan la debilidad del Yo inmaduro y la desorientación cuando se enfrentan con impulsiones desconocidas que no pueden controlar y asimilar; los miedos arcaicos desaparecen debido al desarrollo (de la realidad, intelectual), especialmente a la disminución de la proyección y del pensamiento mágicos.

También describe la fase obsesiva transitoria: el orden y la limpieza obsesivos, la conducta ritualista y las ceremonias a la hora de acostarse, que a menudo asociamos a la neurosis obsesiva o al carácter obsesivo, aparecen en la mayoría de los niños alrededor o inmediatamente después de culminar la fase anal.

El hecho de que el niño durante este período se comporte como un obsesivo crea una falsa impresión patológica, siendo habitual que estas manifestaciones compulsivas desaparezcan sin dejar huella tan pronto como se hayan superado las posiciones de distinto correspondiente y el Yo.

Por otra parte, las manifestaciones obsesivas normales de naturaleza transitoria representan una amenaza patológica permanente, si por alguna razón, la inversión libidinal en la fase sádico-anal ha sido excesiva, de tal manera que grandes cantidades de libido permanecen fijadas en dicha fase. En estos casos el niño regresará a la fase sádico-anal, generalmente después de alguna experiencia de temor a nivel fálico. Sólo estas regresiones, con las defensas respectivas y las formaciones de compromiso resultantes forman la base de una verdadera y perdurable patología obsesiva.

Lebovici y Diatkine. Estos autores hacen en 1957¹²⁶ un estudio muy completo de las obsesiones en el niño y describen diversas formas de manifestaciones, de las cuales algunas no corresponden enteramente a la definición clásica de obsesiones:

1. Los ritos precoces: «un elemento dominante que pertenece a la mayor parte de estas manifestaciones es la existencia de verdaderos ritos, de los que muchas veces se está tentado de calificar de obsesivos en tanto que tienen, en apariencia al menos, un carácter compulsivo, sin que, por otro lado, la angustia en ellos sea esencial. Estos ritos, que se hacen prevalentes en la conducta de numerosos bebés en el último trimestre del primer año de la vida, y que se manifiestan, tanto por una repetición incesante como por un placer jubiloso cuando se encuentra satisfecho, traducen los primeros ensayos de una estructura de la relación objetal que es ya posible porque el niño es capaz de alucinar el objeto ausente. A partir de estos juegos, estereotipados y hasta ritualizados, parecen constituirse las primeras fantasías dominadas por el deseo de incorporación del objeto. El rito parece aquí estructurarse, no por el miedo, sino por la representación satisfactoria del objeto ausente y por la alegría que provoca su intervención.

2. Los ritos organizados secundarios: en este apartado los autores estudian las manifestaciones obsesivas en el curso del tercer año, oponiendo los ritos casi normales y las manifestaciones de los miedos nocturnos bastante triviales, a los síntomas de porte obsesivo ya mucho más significativos y graves. En estos casos, pudiera tratarse de la persistencia de las manifestaciones ritualizadas del período preferente, que en esta época no tienen un valor netamente patológico.

3. Los miedos obsesivos: al lado de estos ritos en el curso del tercer año, se puede manifestar unos miedos del tipo de los que Mallet ha llamado estados pre-fóbicos. Se trata de miedos de la oscuridad, terminados fácilmente cuando se enciende una lámpara, o bien de pequeños temores nocturnos que provocan el que la madre acuda cerca del niño: el niño se despierta de noche, llama a su madre, se levanta en seguida, intenta introducirse en la cama de los padres y explica generalmente que tiene miedo de animales que le amenazan; en estos casos se debe hablar más bien de temo-

res que de terrores, porque no hay angustia y el niño no está aterrado.

Describen también en esta época los ritos nocturnos, bien tolerados por las familias y que en general son más bien hasta divertidos: el niño exige acostarse con su oso, no puede dormir sin succionar su pulgar, se frota los ojos, acaricia un objeto de piel o chupetea un trozo de tela para poderse dormir.

En el curso del tercer año, se puede encontrar sintomatología de aspecto más obsesivo y que duran hasta los 5 años. Estos síntomas se reducen esencialmente al miedo de tener pesadillas, acompañado de todo un cortejo de ritos y llamadas nocturnas, mil veces reiteradas, a la madre; aquí el niño es incapaz de decir cuáles son sus pesadillas, habla algunas veces de animales que le atacan a él o a su familia, más raramente menciona ladrones, incendios o guerras. En tales casos no se puede hablar tampoco de manifestaciones obsesivas verdaderas, se trata más bien de un miedo que, por otro lado, tampoco merece el nombre de fobia, pero que determina un cierto número de ritos protectores. Sin embargo, y dado el carácter duradero de tales síntomas, está justificado el diagnóstico de estructura preneurótica probable.

4. La estructura obsesiva del período de latencia: en el período de latencia, el Yo del niño ha establecido ya sus mecanismos de defensa organizados en tanto que rasgos de carácter poco evolutivos. El más importante de estos mecanismos es el de la identificación, que juega un papel tan importante en la liquidación de la situación edípica y en la constitución del Superyo. En estos casos, las pulsiones son mantenidas entonces a distancia y mecanismos diversos tienden a su aislamiento. Bajo este punto de vista, se puede decir, de una manera paradójica, que el Yo del niño es todo él obsesivo en este período.

5. Las manifestaciones obsesivas graves del período de latencia: Lebovici y Diatkine describen aquí los niños que presentan las siguientes manifestaciones: son los niños escrupulosos que buscan la perfección en la presentación de sus deberes; son meticulosos, orde-

nados, que dan una gran importancia a la manera en que ellos subrayan su nombre en el comienzo de sus escritos; no vacilan en rehacer enteramente su trabajo escrito si echan la menor mancha; pierden un tiempo precioso en redactar programas que no son nunca perfectamente seguidos; no pueden trabajar sin que todo su material esté colocado en un orden invariable; están atados a sus hábitos de limpieza; tienen a menudo miedo de los microbios y de las enfermedades. Algunas veces, estos primeros rasgos caracteriales no se revelan más que en sus dibujos (cuidado por la simetría, tiempo infinito pasado en perfeccionar los detalles a menudo inútiles, rasgos vacilantes y amanerados).

Los autores describen además otras perturbaciones: «se trata de niños un poco supersticiosos y que cogen el hábito de someterse a ritos. Uno de ellos imaginará un rito conjuratorio para manejar la buena suerte y asegurarse el resultado en las composiciones escolares; el otro, cogerá el hábito de contar sus pasos o los peldaños de una escalera; otro evitará pisar sobre la raya de la acera. Sin duda, todos estos ritos tienen un carácter un poco compulsivo, pero, sin embargo, el niño no lo cree de una manera absoluta y lo toma a juego, cuando el rito hace prever un futuro no muy bueno, y es capaz de recomenzar una y otra vez el mismo rito hasta que, por fin, la buena fortuna le sonríe».

A esta edad también se producen manifestaciones de carácter fóbico cuyo pronóstico es, sin duda, más grave tal como la fobia escolar. Mientras que el miedo a la escuela, sobre todo en los primeros ensayos de asistencia escolar, aparecen como relativamente normales, el rechazo sistemático a la escuela es de un pronóstico grave sobre todo cuando son evidentes las manifestaciones de ansiedad acompañadas o no de manifestaciones viscerales.

6. Las manifestaciones obsesivas de la adolescencia: las obsesiones tienen en esta edad una significación muy diversa. En ciertos niños que han tenido en el curso de su primera infancia crisis claras de ansiedad, no es raro ver constituirse en este período de la vi-

da un conjunto de ritos y de supersticiones que invaden la conducta de una forma bastante duradera. Así, estos jóvenes adolescentes son víctimas de escrúpulos excesivos y por las noches hacen oraciones repetidas o exámenes de conciencia minuciosos sin encontrarse jamás satisfechos, o intentan confesarse frecuentemente sin hallarse totalmente sinceros en la enumeración de sus pecados. Tras esta culpabilidad obsesionante se sitúan frecuentemente las inquietudes producidas por las primeras emociones sexuales conscientes, en particular en los chicos con una masturbación compulsiva, tanto más culpabilizada cuanto ella se acompaña de fantasías de aspecto perverso. De todas formas, el adolescente tiene muchas reticencias en confiar estos problemas a sus padres o médicos y solamente aparecen cuando en el período adulto consultan con un psiquiatra sus problemas obsesivos o de otra índole.

También se pueden observar en los adolescentes manifestaciones fóbicas, tales como el miedo a los microbios, con lavado compulsivo de las manos, miedo a las enfermedades, miedo a un paro cardíaco, etc.

Hay que tener cuidado, pues estas manifestaciones obsesivas de este período pueden ser el primer signo de una evolución esquizofrénica, aunque en estos casos se suelen acompañar de trastornos de despersonalización que son expuestos de un modo racional, pero que en ellos parece faltar la angustia y, además, tienen un carácter extraño que choca al observador advertido.

Asimismo se describen, tanto en el adolescente como en niños más pequeños, trastornos del comportamiento que pueden ser equivalentes a verdaderas obsesiones, tales como cleptomanía, fugas obsesivas o exhibicionismos compulsivos. Estos trastornos de la conducta, que pueden conducir hasta la delincuencia, se revelan muchas veces como neuróticos y no son más que manifestaciones externas de una neurosis obsesiva. Por el contrario, estos autores señalan un hecho importante pero que es poco conocido: la neurosis obsesiva del adulto que, como hemos dicho,

aparece frecuentemente en la pubertad, puede no aparecer con estas pautas conductuales, sino con un cuadro totalmente opuesto; fueron niños turbulentos y difíciles, pero que en la pubertad se vuelven, con gran complacencia de los padres en adolescentes prudentes y tranquilos, y este modo de conducirse no representa más que la presencia de una gran ansiedad y de múltiples escrúpulos.

Como conclusiones Lebovici y Diatkine señalan las siguientes:

1. Para hablar de obsesiones hay que atenerse a criterios que dependen de organización general de la personalidad y no al síntoma por él mismo. Hablar de obsesiones, al menos en el sentido estricto del término, conduce a encararse con las relaciones existente entre la organización de los sistemas de defensa, las formaciones reactivas y los síntomas de carácter obsesivo. Por lo tanto, para cada uno de los comportamientos distintos, será necesario tener en cuenta la presencia de tales mecanismos: para los que sobrevienen precozmente será la interacción entre la tolerancia materna y la ansiedad infantil la que fijará, sobre todo el síntoma; más tarde, al declinar la evolución edipiana y durante el curso del período de latencia, intervendrá un proceso regresivo que es susceptible de dar a los actos repetitivos su carácter obsesivo; así, el acto compulsivo patológico propiamente dicho no se distingue de la conducta repetitiva normal y estructurante, más que por la organización mórbida de la personalidad, lo que conduce a los autores a colocar en el mismo plano a los hábitos nerviosos y a las manías tardías junto a las otras manifestaciones obsesivas, testigos indiscutibles de una organización que se integra muchas veces en el carácter (escrúpulos, dudas, supersticiones).

2. Todos los síntomas pueden ser pasajeros y reversibles o, por el contrario, persistir para orientarse ulteriormente hacia un estado patológico estable.

3. Es preciso subrayar las relaciones del niño con la madre, relaciones que condicionan en una buena parte el desarrollo ulterior del niño. La tolerancia variable de los padres

va a influir en la evolución de los síntomas, en particular de los ritos: la intolerancia de los padres va a producir, si son muy perfeccionistas, la persistencia de los ritos.

4. El Yo del niño se estructura en ciertas épocas de la vida de una manera obsesiva: en el comienzo del período de latencia y en el comienzo de la adolescencia.

5. Las manifestaciones obsesivas pueden ser el testigo de una evolución normal estructurante o pueden constituir una defensa contra una evolución psicótica.

6. Las manifestaciones obsesivas del niño o del adolescente van de lo normal hasta un ancho abanico que va desde esta normalidad hasta los trastornos de conducta, la neurosis y la psicosis.

Sandler y Joffe. Para estos autores¹⁸⁶ la neurosis obsesiva tiene menos que ver con fijación anal que con la cualidad específica del desarrollo de ciertos aspectos de la esfera no conflictiva del Yo: el estilo cognitivo y perfeccionista, de una parte, y el placer del funcionamiento del Yo de otra. Señalan que primeramente existe una cierta congruencia entre los mecanismos de defensa y la regresión anal, pero que no obstante, esta regresión no conduce necesariamente y solamente a la neurosis obsesiva, pues igualmente se puede comprobar esta regresión en los encopreóticos o en ciertas formas de neurosis de carácter. La diferencia no debe ser buscada del lado del Ello, sino del lado del Yo y es por esto que la estructura del Yo no está alterada en la neurosis obsesiva. Estos autores proponen que la regresión funcional del Yo puede presentarse sin que necesariamente se acompañe de regresión estructural: el funcionamiento del Yo cambia y aparecen nuevas defensas específicas.

En la neurosis obsesiva el control y el dominio, funciones normales del Yo, aunque amplificadas en forma de defensas yoicas, no hacen otra cosa que amplificar lo que ocurre normalmente en la actividad intelectual fundada sobre los procesos secundarios; el estado pre-neurótico no es el carácter anal, sino una forma de pensar particular y el estilo cognitivo y perceptivo de la neurosis obsesiva se

distingue de los rasgos del carácter anal en el sentido de que no es conflictivo; así pues, la «fijación funcional del yo a la fase anal», precondición de la neurosis obsesiva debe ser distinguida del carácter anal propiamente dicho.

Estos autores admiten que en un cierto número de niños, que no son ni bordelines ni psicóticos se puede observar compulsiones y rituales parecidos a los de la neurosis obsesiva; se trata de niños que han sufrido experiencias traumáticas severas y que tratan de hacer frente a los efectos subsiguientes con una forma de dominio por la repetición, constituyendo las manifestaciones obsesivas el resultado de la lucha por dominar y reglamentar las angustias fóbicas. Lo mismo puede sobrevenir en niños en los que el narcisismo está constantemente amenazado y que han recurrido a un comportamiento obsesivo-compulsivo para regularizar la autoestima de un modo mágico.

Lacan¹¹³ reformula las fobias en los mismos términos freudianos, al menos en dos aspectos básicos: la concepción de la angustia y la íntima relación de las fobias con la angustia de castración, es decir, en su filiación histérica. Sin embargo, esta reformulación tiene un contenido casi opuesto a la propuesta freudiana: en un desarrollo normal, el niño, al descubrir la castración materna, tiene abierta la vía para un más allá de la madre, que es precisamente el padre quien, a su vez, instituirá otro orden en la ubicación del falo, pasando así la omnipotencia del lado del padre. Si sobreviene algún fallo en este proceso, si el padre no desempeña su papel, se producirá una carencia de puntos de referencia identificatorios para el niño, es decir, se producirá una especie de vacío de poder. Si castrada la madre, el niño no es quien pueda colmarla, ni tampoco lo es el padre, ¿adónde dirige el niño su punto de identificación?, ¿quién posee el falo? En este punto surgirían la angustia y la necesidad de crear en lo imaginario un objeto castrador: el objeto fóbico. En realidad, pues, existe la insuficiencia de un padre que ejerza la prohibición y lo proyecte hacia un futuro, negándole momentáneamente su pene, o sea, que la fobia se establecería ante la

carencia de un verdadero complejo de castración.

En la producción del síntoma fóbico se corresponden las tres operaciones posibles de cualquier producción semiótica: la interpretación por indicio, por símbolo o por significante. En el famoso caso Hans, si la operación es por símbolo, el caballo representa al padre (éste es el modelo propuesto por Saussure como símbolo y que en el psicoanálisis se llama simbolismo), si la operación es por significante, el caballo pasa a ser algo «enganchado» y esta significación se produce por medio de una similitud o contigüidad puramente convencional, el lenguaje (en alemán, *wägen* = vehículo, y *wegen* = a causa de), en la operación por indicio la relación entre los términos se halla sostenida por una continuidad real entre los referentes, como es la relación que puede establecerse entre ausencia y oscuridad. En la infancia, las fobias, cuyo mecanismo de producción es la trasposición de la angustia, se presenta un rasgo clínico distintivo: se presentan generalmente en niños que no sufren de otros temores.

Angulo García,⁶ a su vez, define la fobia como un proceso limitativo del Yo, ya sea en la actividad exterior como en la interior, y señala cómo en los niños no siempre se ven las neurosis fóbicas con síntomas claramente constituidos, «lo que vemos en el niño con muchísima frecuencia es la estructura fóbica pero sin fobias»; es decir, situaciones en las que se llega al diagnóstico de fobia por la conducta limitativa del Yo y por toda la conducta de evitamiento que el niño manifiesta respecto de las actividades que le son propias y, por ello, se ven muy a menudo las neurosis fóbicas infantiles ligadas a un comportamiento patológico, ya que la distancia entre comportamiento y vida mental es en el niño menor que en el adulto. Por otra parte, la autonomización del conflicto, no es todavía perfecta, pues el niño no ha tenido tiempo de interiorizarlo ni autonomizarlo, ya que se halla todavía inmerso en el medio familiar.

También se aprecian problemas fóbicos en muchas ocasiones en las que el diagnóstico es

de fracaso escolar, pues estos se deben etiopatogénicamente a temores a la convivencia, al maestro, al aprendizaje, etc., pero no son manifestados como tales por el niño, que ni siquiera puede tomar conciencia de ello las más de las veces.

En otras ocasiones los cuadros fóbicos se enmascaran bajo la apariencia de trastornos del carácter en cuanto que formaciones reactivas o desadaptaciones familiares y sexuales (mecanismo de «huida hacia adelante», como es la promiscuidad que aparece en muchachas frías) y aun manifestarse asimismo por trastornos somáticos (órgano-neurosis).

*Gilbert Diatkine.*⁴⁶ Separa este autor las fobias de las obsesiones tanto por su estructura como por su evolución, aunque dice que en las formas graves de neurosis se pueden presentar a la vez fobias y obsesiones. Separa igualmente las impulsiones y diversas adicciones. Cita como forma de presentarse las obsesiones las siguientes:

1. Ideas obsesivas.
2. Acciones compulsivas rituales (suelen ser banales y bien toleradas).
3. Formas obsesivas de los tics: éstos pueden no tener un carácter compulsivo, pero otros pueden tenerlo (el tic del niño sirve para reprimir fantasías voyeuristas, el de cabeceo para expulsar una idea de la mente, etc.), sobre todo los tics fonatorios, mientras que los tics polimorfos están integrados en una estructura prepsicótica y tienen mal pronóstico.
4. Inhibiciones y obstáculos: la inhibición prohíbe, total o parcialmente, las pulsiones y también los obstáculos, a condición de respetar ciertos rituales:

a) El tabú de tocar: tal es el caso del primer niño psicoanalizado por Sokolnik en 1920.

b) La inhibición intelectual: se trata de niños inteligentes en situación de fracaso escolar.

Estudia asimismo los aspectos evolutivos:

1. Formas obsesivas de la normalidad: ya sean síntomas o rasgos de carácter, son elementos estructurantes necesarios para el desarrollo del niño:

a) Síntomas obsesivos coetáneos al aprendizaje de la limpieza; se aprecian sobre todo a los tres años (ritos al acostarse, con la alimentación, etc.). El pronóstico de estos síntomas es contradictorio, por una parte su aparición no es signo de buen augurio pues revela un retraso en la estructuración del Yo y en las relaciones objetales, por otro lado los síntomas obsesivos precoces pueden ser las primeras manifestaciones de un estado psicótico.

b) Síntomas obsesivos aislados del período de latencia: son ritos y manías como la onicofagia, el coleccionismo, los ritos conjuratorios, etc., y que pueden ser síntomas banales o la expresión visible de una organización más extensa que se infiltra en todo el funcionamiento mental.

c) Síntomas obsesivos aislados en la adolescencia: dudas, escrúpulos religiosos, etc., que también pueden no significar nada grave, aun en las fronteras de la despersonalización o ser la expresión de dificultades más importantes.

d) El carácter obsesivo del niño y del adolescente: son niños meticulosos, ordenados, que temen a los microbios y a las enfermedades y que soportan mal que les perturben en sus hábitos y que S. Freud lo consideraba, sobre todo en el período de latencia, como los resultados más directos y constantes de la sublimación y del erotismo anal.

2. Los síntomas obsesivos de los estados psicóticos: en estos casos, más que el contenido de las obsesiones, lo que empieza es la relativa ineficacia en relación al conjunto del funcionamiento mental, que no dejan al niño mucho espacio para una vida social libre y que no impidan la aparición de la angustia de ser invadidos y estar sitiados.

3. La neurosis obsesiva: existen muy raros casos que se puedan considerar como verdaderas neurosis estructurales. Esta diferencia de criterio se muestra en lo siguiente: tanto el muchacho analizado por Sokolnik, como Erna y Rita, analizados por M. Klein, o Charles analizado por Betty Joseph ofrecen para el autor una impresión un poco inquietante, de igual modo la neurosis obsesiva que

marcó el período de latencia del Hombre de los Lobos, fue considerada por M. Klein como un estado psicótico y por Lebovici como una prepsicosis. Inversamente podemos observar en Jacques analizado por Kalmanson, o en John analizado por M. Klein, la existencia de un sufrimiento real pero próximos a la realidad.

Síntomas premórbidos: se observa muy frecuentemente cómo los síntomas obsesivos que se nos muestran, en general, en el período de latencia, han sido precedidos de una neurosis, histeria de conversión o, preferentemente, de angustia (fobias), o de trastornos de conducta que, frecuentemente, mejoraban al aparecer las obsesiones.

Pronóstico: es muy aleatorio, unas veces desaparece espontáneamente en su expresión clínica (El Hombre de los Lobos parece que curó espontáneamente, pero no le previno su hipcondría y más tarde su paranoia), pero en otros continúan en forma de neurosis obsesiva adulta, como en el caso del Hombre de las Ratas.

Bleichmar.³² Esta autora hace un estudio muy detenido de los temores y fobias infantiles y distingue los siguientes tipos de fobias:

1. Fobias por identificación:

La frecuencia de fobias en una misma familia refuerza la idea de que se pueden formar por y/o identificación, tanto en la creación del objeto fobógeno como en los mecanismos evitativos: restricciones, inhibiciones y prohibiciones.

Este punto de vista es especialmente fecundo en la formación del carácter neurótico, en él se describen estos rasgos de carácter con alteraciones secundarias de síntomas neuróticos, actuando el carácter así formado como una defensa para preservarse de nuevos síntomas, describiendo Fenichel las evitaciones (actitudes fóbicas) y las de oposición (formaciones reactivas). En el caso de carácter fóbico, este se adquiere dentro de un conjunto de atributos con los que el niño se identifica, tal como posesiones de objeto idealizados que él quiere hacer suyas. Este punto de vista está de acuerdo con las postulaciones de Lacan: la

identificación especular se caracteriza por el hecho de que, al ser la imagen en su exterioridad la que anticipa la unidad del Yo dejará la marca indeleble de la alienación y del origen imaginario del Yo a partir del Otro. En el caso de la identificación fóbica, lo que caracteriza al medio fóbico es una sobrepreocupación por la seguridad física y psicológica del niño (corre peligro, ha de temer algo); el Yo del niño se constituye sobre la base de esta imagen que el padre o la madre contribuye a crear y que luego definirán como su carácter: el niño es muy tímido. H. Blichmar sostiene que lo que caracteriza al niño fóbico es la especial codificación del universo en términos de peligro-seguridad, cosa que se ha comprobado después de las experiencias etológicas de K. Lorenz en los animales y sus «mecanismos desencadenadores innatos», que establecen un código de conducta de temor (imprinting).

La creencia fóbica constituye pues una doble condición: si el objeto despierta temor es porque el sujeto se presenta como débil e impotente frente a él.

En resumen, la identificación primaria (S. Freud) o la identificación especular (Lacan) es un proceso estructurante de la instancia del Yo y, como tal, queda incorporado a su organización estable.

2. Temores del desarrollo por insuficiencia o por progreso cognoscitivos:

A estos temores S. Freud los llamó fobias tempranas, lo mismo hizo más tarde M. Klein, A. Freud los conoce como miedos arcaicos, Mallet habla de pre-fobias y M. Harris de miedos del desarrollo y constituyen los consabidos miedos a la oscuridad, a la soledad, a los extraños, a los truenos, a los animales pequeños, etc.

3. Fobias por insuficiencia del Yo. Trastornos de la sublimación:

La relación entre fobia e insuficiencia o inmadurez del Yo es estrecha y muchos investigadores actuales (Kohut, Tolpin, Maruolin) intentan determinar el proceso a la inversa: si un trastorno de la estructura del Yo puede ser causa de ansiedad y conflicto.

El reconocimiento por parte del Yo de su

impotencia, ignorancia o desamparo conduce a la sobreestimación de los poderes que poseen otros. En el paso al temor insensible, el niño tenderá a eludir la confrontación, la inhibición se instala y, a su vez, la suma de inhibiciones debilita aún más la imagen del Yo, su autoestima, con lo que el colapso narcisista es inevitable y la depresión consiguiente genera las fobias.

En este sentido se orienta el panorama psicoanalítico más reciente: la psicología del «Self» como se muestra en los tratados de Kohut «El análisis de Self» y «La restauración del Self». Este autor sostiene que el objeto del Self es una estructura psicológica del niño y que los déficits tienen lugar en dos condiciones:

a) Por déficit del caudal de la libido idealizadora, lo que acarrea una organización defectuosa del «Self grandioso inicial».

b) Por fallo reales de los padres, que conducen a la imposibilidad de organizar una buena «Imago parental idealizada».

A partir de estas configuraciones sufren trastornos que se caracterizan por: 1) baja autoestima, 2) dificultades de la relación de objetos, 3) ansiedad y vacío y 4) depresión (trastornos de la cohesividad del Self de Kohut) y que se puede manifestar por temores y fobias.

Tolpin incluye los temores y fobias infantiles en lo que ella llama «depresiones por vaciamiento» y considera que la dinámica subyacente no tiene nada que ver con la clásica formación de síntomas neuróticos.

4. Fobias traumáticas:

Es el cuadro más habitual en la infancia, después que el niño ha pasado por una experiencia que reúne todas las condiciones que definen una situación traumática; estas fobias de objetos o situación que provocó el estado de ánimo tiene las siguientes características:

a) Se desencadena como consecuencia de una injuria psíquica o situación de peligro vital claramente identificable.

b) El niño desarrolla síntomas fóbicos y/o temores, algunos de los cuales pueden repetirse en su configuración sintomática las peculiaridades del objeto traumático.

ridades del objeto traumático.

c) Como consecuencia de los temores y fobias, se instala una restricción del Yo, variable en su amplitud y efectos.

d) El niño estrecha la dependencia y la conducta simbiótica en relación a alguna persona significativa de su entorno afectivo.

En este tipo de fobias infantiles es donde las teorías psicoanalíticas y las conductistas se acercan un poco en sus concepciones.

*Lang*¹¹⁶ estudia la evolución de las fobias:

1. Las angustias arcaicas. Se trata de una angustia sin referencia a una posibilidad de adaptación y por ello se da en un período caracterizado por la ausencia casi total del equipamiento adaptativo ante el peligro. Este estadio corresponde a la percepción del objeto global (psicobiológico), a la aprehensión del objeto total (psicoanálisis), al recorrido de la fase del espejo (Lacan), del área transicional (Winnicott) y del estadio depresivo (Klein).

2. Los miedos primarios, ya al final del primer trimestre. Responden a un sentimiento de peligro, por defecto de aprendizaje o de adaptación del aparato mental y son aprehendidos como elementos no integrables en una configuración dada, familiar, comprensible, y tranquilizante. Tienen lugar en la oscuridad y en ausencia de la madre.

3. Los síntomas prefóbicos: ataques de angustia, pesadillas, terrores nocturnos, acompañados a veces de reacciones contrafóbicas y rituales.

4. Las fobias propiamente dichas. La presencia de la madre no modifica el proceso y la angustia es proyectada a objetos o situaciones externas. El objeto o situación casi catectizado fantasmáticamente se convierte en objeto de angustia y es reconocido como tal.

El paso de una a otra fase se produce cuando fallan los mecanismos compensatorios.

Las escuelas conductistas

*Watson*²¹⁸ fue, en 1920, el fundador de la doctrina del behaviorismo o conductismo, que

nació precisamente en un experimento de su iniciador con un niño pequeño, Albert, que tenía 9 meses de edad cuando empezó el célebre experimento, en el que mediante un apareamiento entre la presencia de una rata blanca y un fuerte ruido, a los siete apareamientos se había producido la primera fobia infantil experimental, la del pequeño Albert hacia la rata, que se generalizó espontáneamente a un perro, a un conejo y a un abrigo de pieles. La fase final del experimento consistió en ver cuánto tiempo duraba esta fobia adquirida experimentalmente; pues bien, incluso después del mes, quedaban todavía testimonios del miedo a la rata blanca. Watson y Rayner no intentaron suprimir el temor condicionado, ya que, inesperadamente, el niño dejó el hospital.

M. C. Jones,¹⁰² poco tiempo después, y también bajo la dirección de Watson, estableció las primeras bases para el tratamiento de los miedos adquiridos, en 1924. Los sujetos de estudio fueron setenta niños de edades comprendidas entre tres meses y siete años, de los que fueron seleccionados aquellos que manifestaban un miedo notable bajo determinadas condiciones (permanecer en la oscuridad, presentarles inesperadamente varios animales, ruidos fuertes, máscaras). En este experimento se supuso que la evidencia del miedo era el resultado de algún condicionamiento previo adquirido antes de que el niño entrase en la institución. Se intentó el «método de eliminación por el desuso», siendo el resultado un fracaso pues los temores no desaparecen simplemente porque no se ejercitan, fracasando también la presentación repetida del objeto temido, así como el ridículo, la burla o la reprimenda, sólo un método pareció tener un éxito: asociar el objeto temido con algún estímulo que evocara una reacción agradable; a este método se le llamó de «condicionamiento directo» (se utilizaron dulces). La explicación que da Jones es que se trata de dos sistemas de respuesta, una positiva (evocada por el alimento) y otra negativa (producida por el objeto temido); el resultado es que el objeto temido «se transforma en una fuente de respuestas positivas». Señalaba ya Jones que el ob-

jeto temido era necesario introducirlo poco a poco, porque si no se puede producir una asociación que conecte el miedo al alimento en lugar de placer al estímulo temido.

Moss,¹⁵⁶ en 1924, encontró que se producía una reacción de «aversión condicionada» ante el clic de una clave de telégrafo después que se había apareado con saborear vinagre y, aunque no logró repetir el acondicionamiento con un segundo niño (para quien el vinagre no parecía ser un estímulo aversivo), sí logró tener un condicionamiento parecido en este niño mediante el empleo de un toque eléctrico, obteniendo una respuesta de escape ante el clic del telégrafo.

Dunlap,⁵⁴ en 1932, propone una técnica basada en la repetición voluntaria y masiva de un hábito indeseable (onicofagia, tics, rituales, etc.) que conlleva una fase de inhibición que la hace progresivamente desaparecer.

H. E. Jones,¹⁰³ igualmente, en 1931, obtuvo condicionamiento, extinción, restablecimiento del condicionamiento, generalización y discriminación de respuestas emocionales ante estímulos asociados con un toque eléctrico moderado en un niño de 15 meses de edad.

Gray,⁸² en 1932, en un artículo titulado *Una perspectiva biológica de la modificación de la conducta*, alentaba al educador para que, siguiendo la correcta tradición watsoniana, abandonara su preocupación por las explicaciones subjetivas, internas, teleológicas y, en su lugar, se preocupara de la conducta misma y determinara cuidadosamente para cada niño qué conducta debía ser modificada, y entonces, prestando mucha atención a los detalles, controlar y manipular todas las variedades significativas del ambiente y del aprendizaje; es decir, hace más de 50 años, los conceptos de la modificación de conducta no sólo se habían aplicado a la modificación de conductas desadaptadas, sino también dentro del ámbito escolar (Graziano).

Jersild y Holmes,¹⁰⁰ en 1935, afirmaron ya que el método de la «habitución gradual» era superior a todos los demás para eliminar los miedos infantiles y que, por el contrario, el

castigo por la manifestación del miedo y la exposición repetida a la situación temida no tenían ningún éxito.

Bregman,³⁷ en 1934, utilizó para un experimento de condicionamiento niños de 8 a 16 meses de edad. Empleó como E. I. estímulos que provocarían, tanto temor (un timbre eléctrico colocado inmediatamente detrás del niño), como placer (un pequeño sonajero rojo de celuloide y una melodía de 10 segundos de duración). Como estímulos neutrales, E. C., asoció con el E. I. aversivo un bloque rectangular de madera y un triángulo también de madera, y con el E.I. agradable una plancha rectangular de madera pintada de dorado, un anillo de madera gris y una cortina de tela amarilla. Ideó un entrenamiento muy curioso y un programa de prueba; clasificó e hizo escalas de respuestas en tres categorías (negativa, positiva e indiferente) demostrándose que el estímulo aversivo producía principalmente respuestas negativas que persistían a lo largo del experimento, aunque cada vez con menor intensidad, mientras que los estímulos positivos producían respuestas inicialmente más positivas que los estímulos neutrales con los que se apareaban. Para Yates²²⁵ el experimento no es muy demostrativo por varios errores cometidos, principalmente que escogió una tarea muy difícil para los niños.

Lazarus y Rachman,¹²⁴ en 1957, trataron ya formas de fobias infantiles según el paradigma del condicionamiento clásico. *Lazarus*,¹²² en 1959, empleó cuatro variantes de inhibición recíproca (respuestas de alimentación, relajación, relajación inducida por droga y una forma especial de terapia de aversión-alivio) con 18 niños de 3 a 12 años de edad, con un periodo de seguimiento que varía de los 6 meses a los 2½ años y aseguró que todos los niños se recuperaron o mejoraron mucho. En 1926, *Lazarus y Abramovitz*¹²³ emplearon la técnica de la imaginación emotiva con 9 niños de 7 a 14 años y afirmaron que 7 se recuperaron con un promedio de 3,3 sesiones y plantearon el problema de la edad en relación con la eficacia de la relajación muscular y la ineficacia de los estímulos imagina-

dos para provocar la ansiedad, sugiriendo en estos casos la mediación verbal y sostuvieron que los neoconductistas utilizan la relación médico-enfermo como cualquier otro tipo de terapia: «dado que estos métodos de descondicionamiento son aplicados en un contexto de calor terapéutico debe comprender los siguientes elementos: a) una inhibición recíproca no específica, ligada a las relaciones paciente-terapeuta (común a todos los tipos de terapia); b) una inhibición recíproca voluntaria y específica». La curación del síndrome no es, pues, un proceso estático, sino tendente a una distribución dinámica de las fuerzas en presencia.

Talbot,²⁰³ en 1957, trató 24 niños con fobia a la escuela, logrando la curación de 20 con la ayuda de unas asistentes sociales que desarrollaban los planes establecidos para cada niño. Los planes podían ser del tipo siguiente: la madre se sienta en la clase, el padre permanece en el coche; el niño se sienta cerca de un amigo; el niño permanece en la escuela más tiempo cada día.

Rachman y Costello,¹⁷⁴ en 1961, estudian las fobias infantiles, estimando que las fobias no son sino respuestas aprendidas, es decir, conductas condicionadas y no son consecuencias de mecanismos de desplazamiento y, por lo tanto, deben tratarse con un desaprendizaje para producir la curación del síntoma.

Russo,¹⁸³ en 1964, indica, cuando fallan los estímulos imaginados, por la poca edad del niño, se puede utilizar un estímulo real, que es lo que se conoce como desensibilización directa, en la vida real o en vivo.

Lazarus, Davison y Polefka,¹²⁵ en 1965, utilizaron deliberadamente los dos modelos teóricos, condicionamiento clásico y operante, en las diferentes etapas del tratamiento de un niño con fobia escolar con buenos resultados.

Patterson,¹⁶² en 1965, aplica técnicas de condicionamiento predominantemente operantes, que hasta entonces se aplicaban más bien en niños psicóticos, en un niño con fobia escolar, utilizando sesiones de juego en las que se daban al niño reforzadores no sociales por emitir las respuestas no fóbicas apropiadas.

das ante situaciones estructurales relacionadas con la fobia (la situación de juego se aproximaba cada vez más a la situación escolar temida) y se entrenó a los padres y maestros a recompensar el comportamiento adecuado de independencia respecto a los padres (p. ej.: jugar solo fuera de casa).

Wahler, Winkel, Peterson y Morrison,²¹³ en 1965, presentaron un estudio sobre un aspecto muy interesante de la terapia de conducta en los niños, y es la posibilidad de que los propios padres actúen como terapeutas conductistas de sus propios hijos, pues los padres, dicen los autores, son probablemente la fuente de estímulos evocadores y reforzadores que han producido, o al menos mantenido, una conducta inadecuada en el niño y, por lo tanto, el procedimiento lógico implicaría el cambio de la conducta de los padres. En sus tres casos utilizaron a las madres en un ambiente artificial (una sala de juego para observación).

Walder, Cohen, Breiter, Daston, Hirsch y Leibowitz,²¹⁴ en 1967, desarrollaron diferentes métodos de adiestramiento a los padres para convertirlos en terapeutas de sus hijos en su propio hogar. El programa desarrollado tenía cuatro fases: 1) enseñar a los padres a observar la conducta y registrar los datos; 2) enseñar a los padres a observar las contingencias; 3) dejar que los padres practiquen el modelamiento; 4) revisar los principios y procedimientos de control de la conducta y ver de qué manera fueron aplicados por los padres.

Bandura, Grusec y Menlove,¹⁶ en 1967, han descrito una variación del tratamiento de las fobias infantiles que resulta interesante metodológicamente; demostraron que la exposición de niños (en este caso de niños que tenían miedo a los perros) a un modelo (otro niño) de edad semejante a la suya, pero que no da muestras de temor y que despliega una serie de respuestas de acercamiento, produce una reducción estable y generalizada de la conducta de evitación de los niños en cuestión.

Gelfand y Hartman,⁷⁵ en 1968, hacen una revisión de los métodos de la Terapia de Conducta en los niños y dicen:

«Progresivamente los niños se han conver-

tido en una clientela popular para los terapeutas orientados conductualmente. Las fobias, junto con la enuresis y las conductas disruptivas, suelen ser los motivos de consulta más frecuentes y que más eficazmente trata la terapia de conducta».

En 1960, *Wolpe y Rachman*²²² realizaron, a la vista de la teoría del aprendizaje, una interpretación del caso, ya clásico, del «pequeño Hans» de Freud y ponen de manifiesto que, en su trabajo, Freud habla, por lo menos, de 4 incidentes en los que los caballos, reales o simbólicos, estaban asociados con experiencias capaces de producir temor y suscitare reacciones fóbicas:

1. Hans se asustó al ver que los caballos eran golpeados.
2. Se le avisó que evitara los caballos porque podían dañarle.
3. Se asustó cuando un amigo suyo fue dañado accidentalmente al jugar con caballos.
4. En el episodio que precedió al comienzo de la conducta fóbica, se asustó porque presencié un accidente en el que creyó que un caballo había muerto.

Siguiendo el esquema clasificatorio de *Lindsley*¹³⁵, las actuaciones terapéuticas en niños pretenden disminuir la producción de conductas-problema, mejorar la variedad y la probabilidad de respuestas deseables y combinar el incremento de tasas de las conductas pro-sociales con la eliminación de las conductas-problema. Un típico ejemplo de disminución de conductas desadaptadas es el tratamiento de las fobias infantiles en las que, según los autores, han solido utilizarse algunas modificaciones de las técnicas desarrolladas para adultos por *Wolpe* y sus colaboradores, que consisten en la aplicación por el terapeuta de sujeción, hipnosis o drogas para inducir un estado de relajación en el niño.

Toro,²⁰⁵ en 1969, expone la importancia de la maduración en el aprendizaje del niño: «la maduración manifiesta las pautas de conducta vinculadas a la dotación hereditaria, a lo constitucional. Las influencias del medio no tienen los mismos efectos sobre un individuo en una fase de su maduración o en otra. La

conducta aprendida —la CONDUCTA— es la consecuencia de la interacción herencia-ambiente. Las teorías del aprendizaje y la reflexología nos explican “cómo” se realiza este proceso dialéctico entre la herencia y el medio, y, lo que es más importante, “por qué” se realiza». Asimismo, dice que no pueden separarse ya las teorías del aprendizaje de las concepciones cognitivo-evolutivas de Piaget, «Piaget nunca ha admitido una evolución sin experiencia», si el desarrollo es asimilación y acomodación —adaptación— la oportunidad de ejercer tales funciones es suministrada por el medio, por la experiencia. Por consiguiente, cuando las concepciones cognitivo-evolutivas nos indican «cuándo y qué» es posible aprender, las teorías del aprendizaje nos siguen diciendo «cómo» y en gran medida «por qué». También señala en su trabajo la relación con la neurofisiología, la percepción infantil de sí mismo o autoimagen (self) y la psicolingüística.

Señala que, probablemente, el terreno más cultivado por la terapéutica conductista es el constituido por los temores y fobias infantiles y considera que, siguiendo la recopilación hecha por Eysenk y Rachman, los temores y las fobias infantiles son tributarios de las siguientes técnicas terapéuticas:

1. Condicionamiento directo.
2. Imitación social.
3. Distracción sistemática.
4. Respuestas alimenticias.
5. Respuestas afectivas.
6. Desensibilización sistemática.
7. Respuestas asertivas.
8. Respuestas de relajación.
9. Respuestas agradables en situaciones habituales, con ayuda del psicofármacos.

Yates²²⁵ en su *Terapia del Comportamiento*, expone una tabla de todos los estudios de fobias tratadas con T. C., apareciendo sólo una niña de 14 años con fobia a las ambulancias y otra de Bentler, de 1962, de una niña de 1 año con fobia al agua del baño, pareciendo como si en aquellos años el interés se limitó, en la infancia, a la fobia escolar de la que existen numerosos trabajos, tales como los de

Kennedy (1965) que con técnicas de DS-R obtiene un 100 % de éxitos o el de Garvey y Heggrenes (1962) que combina la DS-R con terapia de «empuje total» (total push) con un niño de 10 años que antes había estado durante 6 meses en tratamiento psicoterápico sin éxito. Suttentfield (1954) utilizó una combinación de psicoterapia y presión al regreso a la escuela.

Graziano,⁸³ en 1971, al abordar la terapia de conducta en la infancia, divide las conductas desadaptadas infantiles en: «excesivas», que deben ser disminuidas y «deficitarias», que deben ser aumentadas; las fobias y las obsesiones parece que deban ser consideradas como excesivas y, por lo tanto, han de ser disminuidas por medio de modelos respondientes u operantes para disminuir la conducta desadaptada y de reforzamiento positivo o de control aversivo para la adquisición de una conducta adaptada, o ambas si las conductas son muy complejas.

Screenivasan, Manocha y Jain,¹⁸⁷ en 1979, revisan el tema de la utilización del método de «flooding» o «inundación» en la infancia. Barret (1969) encuentra que el método era efectivo y más eficiente que la desensibilización sistemática para reducir fobias, mientras que De Hoove (1970) encuentra que las dos técnicas muestran igual efectividad para disminuir una fobia a los insectos presentada por él. Marks y cols. (1971), observaron también ciertos éxitos utilizando la inundación en pacientes infantiles severamente fóbicos, pero en general, como muestran Yule, Saks y Herson, hay muy pocos casos descritos en la literatura del uso de la inundación en la infancia. Los autores muestran el caso de un niño de 11 años tratado con éxito con inundación después que había fallado la desensibilización sistemática, incluyendo efectos de generalización y mejoría de los rendimientos.

Pelechano,¹⁶⁶ en 1984, resume del siguiente modo los mecanismos que explican el aprendizaje de las conductas fóbicas.

Los principales procesos que nos permiten explicar el aprendizaje de las fobias y de las reacciones de ansiedad, es decir, cómo adque-

ren los niños estas conductas problemáticas, cómo las mantienen y cómo las generalizan a otras situaciones son los siguientes tres tipos generales de aprendizaje:

1. El condicionamiento clásico o respondiente.

2. El aprendizaje observacional o por modelado.

3. El condicionamiento instrumental u operante.

Además de estos tres procesos básicos, existen otros mecanismos (exposición persistente ante acontecimientos traumáticos, inestabilidad emocional, procesos de generalización, etc.) que influyen para explicar la presencia de los miedos infantiles.

Ciertas fobias y reacciones de ansiedad se adquieren a través de un tipo de condicionamiento que denominamos clásico, y que consiste en que un objeto o situación que no provoca, en principio, una respuesta de miedo, a través de una relación temporal asociativa con otro objeto o situación que sí provoca miedo, al final, y por sí solo, provoca respuestas de miedo.

Las fobias y respuestas de ansiedad se adquieren también a través del aprendizaje observacional. Así, el niño aprende a reaccionar con ansiedad y temor al ver reaccionar o comportarse de esa manera a otras personas (modelos). Se dice por ello que los niños no heredan los temores de sus padres sino que los aprenden de ellos.

Se denomina generalización a un proceso de aprendizaje mediante el cual una fobia adquirida frente a un objeto o situación concreta puede extenderse a otros objetos o situaciones parecidas o similares a los anteriores.

Las fobias y respuestas de ansiedad pueden adquirirse también por otros mecanismos tales como la exposición directa, brusca y/o persistente a uno o más acontecimientos traumáticos, p. ej.: generar una fobia a los coches por haber tenido alguna vez un accidente en uno.

Otro modo por el cual los niños adquieren conductas problemáticas de miedo es a través de la instrucción e información.

Existen otras disposiciones que parecen favorecer el desarrollo de fobias y respuestas de ansiedad, tales como características de personalidad (personalidades introvertidas e inestables emocionalmente), determinadas alteraciones orgánicas, el pasado evolutivo de cada uno, etc.

Finalmente, las fobias y reacciones de ansiedad parecen mantenerse o agravarse a través de mecanismos de condicionamiento operante (refuerzo de determinadas conductas).

Avia¹² estudia los dos tipos de fobias que implican conductas comunicativas: las fobias a animales (miedo interespecie) y las fobias sociales (miedo intraespecie):

- a) Fobias a animales: el análisis evolutivo de este tipo de fobias predice un período crítico de adquisición asociado al momento en que los niños empiezan a andar y se adentran en posibles peligros. El miedo a los animales se considera resto de antiguas respuestas de escape a los reptiles y se le considera asociado a áreas cerebrales relativamente inaccesibles al neocórtex, lo que explicaría su carácter irracional y no modificable por tanto con racionalizaciones.

- b) Fobias sociales: según la visión evolutiva, las fobias sociales se consideran resultado de una facilidad biológica para asociar miedo a ciertas clases de E. E. que se producen en relaciones grupales. El análisis evolutivo sugiere un período de adquisición próxima a la adolescencia, cuando la vida en grupo se hace más urgente y con ella la lucha por la pareja y por un lugar propio en la sociedad.

Las diferencias entre estos dos tipos de fobia se manifiestan también en la clínica: en las fobias a animales predominan respuestas intensas de evitación, que sólo se manifiestan cuando aparece el estímulo e implican aceleración cardíaca, que facilita la huida; en las fobias sociales predominan unas respuestas más difusas (generalmente sudación y deceleración cardíaca). Asimismo, el análisis clínico ratifica que las fobias a animales suelen estar aisladas, mientras que la fobia social se asocia con frecuencia a ansiedad general y depresión.

En los últimos años las corrientes conductuales de tipo cognitivo se han incorporado de la mano de diversos autores como Beck y Emery,²¹ Lang¹¹⁷ Rescorla¹⁸⁰ etc. De acuerdo con estas teorías lo que se aprende a través de asociaciones repetidas es una red de enunciados proposicionales que contienen información, «las imágenes de miedo no son meras fotografías en la mente, sino conjunto de proposiciones lógicas sobre la imagen-estímulo, las respuestas del propio individuo y las consecuencias que éstas traen consigo. El modelo propone dos diferentes principios de aprendizaje, uno para las expectativas de peligro (temor a la ansiedad en presencia del estímulo) y sugiere que algunas fobias pueden explicarse básicamente por los primeros y otras por los segundos.

Asimismo, y también en estos años, han aparecido numerosos trabajos criticando los anteriormente citados trabajos de Watson y Rayner y M. C. Jones y se observa una mayor prudencia en valorar los resultados, así, por ejemplo, se señala que no se obtuvieron respuestas de temor en el mismo niño ante otro estímulo supuestamente incondicionado, la pérdida de apoyo. Esto viene a significar que las diferencias individuales tienen un papel importante que no ha sido reconocido hasta ahora. Además, otros muchos trabajos no consiguieron los mismos resultados que Watson al utilizar otros estímulos condicionados (trozos de madera y objetos comunes, en lugar de animales). Se supone también que el aprendizaje de las respuestas emocionales condicionadas puede estar biológicamente programado y que, por ejemplo, las respuestas electrodermales se condicionan más fácilmente y son más resistentes a la extinción cuando se utilizan estímulos con significación evolutiva (arañas, serpientes) que con estímulos neutros (casas, flores).¹²

Aportaciones de la psiquiatría de la familia

Son pocos, en general, los autores que han estudiado el papel jugado por la familia en la génesis de las fobias y obsesiones en la infancia, tanto en cuanto que explicativa de su patogenia, aunque existen numerosos trabajos sobre la posible transmisión hereditaria de la neurosis obsesiva (Laforgue, Leuba, etc.) si bien Kanner decía ya que el niño obsesivo podía ser víctima de las manipulaciones sádicas de los padres.

Este problema de las relaciones entre las fobias y las obsesiones y la familia, debe ser visto hoy día dentro del contexto de lo que se conoce con el nombre de Psiquiatría Familiar y Terapias de Familia, que nació con Ackerman², paidopsiquiatra y psicoanalista, en 1937, con un trabajo titulado *La familia, unidad social y emocional* en el que resaltaba la importancia de la identidad familiar a partir de la incidencia de factores socio-económicos de una parte y de las relaciones existentes entre las alteraciones no psicóticas del niño y de su entorno familiar, por otra; la mayoría de los estudios posteriores (Lidz, Bateson, Wynne) se refirieron sobre todo a familias de pacientes esquizofrénicos y que culminan con la creación de la Escuela de Palo Alto con Bateson, Jakson, Haley y Weakland y su teoría del «doble vínculo».

Para Howells⁹³ los principios de la psiquiatría familiar se resumen del siguiente modo:

1. La psiquiatría familiar es un sistema de teorías y de prácticas psiquiátricas en el cual se toma a la familia como una unidad que debe ser estudiada y tratada: «la familia es el paciente».

2. Se considera que un individuo enfermo es el exponente de una familia enferma; la atención se concentra, no en el individuo, sino en la familia, que se convierte en paciente.

Como hemos dicho, son escasos los estudios específicos de Terapia Familiar en casos de neurosis fóbicas y obsesivas:

G. Diatkine, en 1981⁴⁶ no cita más que a Akerman «se interroga especialmente sobre

las relaciones entre el conformismo exigido por la sociedad y la neurosis obsesiva» y a Fine, «que no considera necesario decir por qué la psicoterapia familiar le parece una aproximación particularmente adecuada a las obsesiones infantiles».

Es significativo también que *Sternschuss*, también en 1981, diga lo siguiente: «en un plan curativo, las terapias familiares están particularmente indicadas en ciertas alteraciones psicóticas y psicosomáticas del niño, o para ciertas conductas desviadas como el síndrome del niño maltratado».

El sufrimiento del adolescente es igualmente una indicación terapéutica preferente: delincuencia, anorexia mental, toxicomanías, y las esquizofrenias. Como se ve no hay ninguna mención de los problemas que nos ocupan.

Exponemos a continuación lo que Balint (citado por Lang) y Lang dicen respecto del «niño-síntoma» y la neurosis parental.

Para *Balint*¹⁵ el niño-síntoma no es en sí mismo de una formación sintomática representativa del conflicto neurótico familiar o el de uno de los padres; tampoco es el portavoz del síntoma que no presentaría el adulto. Se podría decir que es a la vez la señal, el testimonio, la prueba a veces de dicho síntoma y, en todo caso, el pretexto para consultar al especialista. El niño sostiene el conflicto familiar y su negación. Muy a menudo su sintomatología es benigna, si bien a veces ruidosa: egocentrismo, inmadurez efectiva, ansiedad, etc. La estructura mental y subyacente no presenta alteraciones profundas y sigue siendo abierta y lábil. Sin embargo, a menudo habría que señalar cierta debilidad en las identificaciones imagoicas, la frecuencia de *mecanismos fobo-obsesivos*, perturbaciones en los procesos de aprendizaje. Los padres, o más a menudo uno de ellos, principalmente la madre, serían muy patológicos (especialmente neurosis grave de carácter, que permite una adaptación de superficie). Se trata de «la enfermedad ofrecida al niño».

Balint estima que este síndrome exige, por parte del niño, una organización estructural suficientemente evolucionada y estable, un Yo

suficientemente fuerte, e incluso una eficiencia mental bastante elevada, para poder resistir a la acción patógena parental. Si no es así, y ya a partir de un estadio precoz, se verá incapaz de resolver sus conflictos fundamentales de desarrollo y presentará entonces, también él, una organización neurótica.

*Lang*¹¹⁶ opina que hay que desconfiar de una excesiva extensión del concepto. Si los padres, o uno de ellos, de un niño perturbado no siempre son, ni mucho menos, patógenos responsables, el conflicto, sin embargo, les alcanza siempre por algún sitio, son parte integrante de éste y lo son con sus propios problemas, más o menos resueltos o reactivados, sus propias posiciones libidinales en sus relaciones interpersonales y con el niño. Por tanto, siempre se considerará a este último, y con razón, como el signo de algo que está ocurriendo en uno de los padres o en la pareja. Pero hacer del hijo de éstos un «niño-síntoma» quita, desde ese momento, todo valor semiótico y operacional a ese concepto.

Para Lang se deba aplicar el término de «niño-síntoma de la neurosis parental o familiar» a casos en que la catexis patológica del niño, por parte de uno de los padres, provoca un cuadro clínico que puede ser de naturaleza neurótica, psicótica, caracteropática... que, propiamente hablando, constituye la formación de compromiso neurótico, tentativa patológica «y patógena» de resolución del conflicto neurótico parental del cual el niño es, por tanto, representante. Estos casos existen y hay que distinguir aquellos en los que el niño es síntoma de la neurosis de uno de los padres, y aquellos otros, en los que el equilibrio perturbado de la pareja como tal es el que se manifiesta como patológico.

Puede presentarse también otra eventualidad: aquella en la que el niño es portador del síntoma neurótico de uno de los padres, exista realmente ese síntoma en el progenitor de que se trate (identificación, inducción, etc.), o no aparezca expresamente en él, con lo que el niño asume su representación. En estos casos, sólo el análisis estructural y el de la relación padre-hijo, podrán establecer si el síntoma

ma de que se trata es índice de que el niño mismo es síntoma de la neurosis parental, o si se trata de una organización más compleja, en el que el deseo del progenitor neurótico puede llegar a inscribirse en muy distintos niveles.

Deben distinguirse estos síndromes de aquellos en los que el niño presenta un síndrome neurótico o complementario, dentro de una problemática relacional compleja, a la organización neurótica de uno de los padres: madre histérica, hijo fóbico; padre obsesivo, hija histérica, etc.

Es evidente que estas distintas eventualidades descritas pueden afectar a otros miembros del entorno inmediato, abuelos y hermanos-hermanas en especial. Ello no quiere decir que, en estos casos, los padres sigan estando tanto y tan directamente implicados.

Otras aportaciones

*Bender y Schilder*²³ describen un cuadro típico en niños de 4 a 10 años de edad: el niño está preocupado durante semanas y meses, y aun años, con ciertas actividades, tales como mirar o manosear un objeto, contar, preocuparse con números y espacios, dibujar, coleccionar y amontonar objetos, etc.; estos autores llaman a estas acciones impulsiones y se diferencian de las compulsiones en que, a pesar de que esta conducta puede interferir gravemente en su adaptación escolar o social, no tienen la sensación de que la conducta sea anormal y por lo tanto el niño resiste a todos los esfuerzos externos para interferirse en ellas.

*Vitale y Robinson*¹⁸¹ describen lo que ellos llaman «tipo de intereses circunscritos». Estos niños polarizan su interés en algún campo especial, la electricidad, la astronomía, los trenes, el arte o la música, en tal grado que interfiere en su desarrollo social y sus logros en otras áreas.

*Lippman*¹³⁶ dice que la cantidad total de ansiedad del niño que sufre neurosis obsesiva es mucho menor que la del adulto, probablen-

te a causa de la dependencia del niño de sus padres, que le ayudan de muchas formas, y a su capacidad para encontrar otras posibilidades de expansión, incluso en el caso de que su enfermedad pueda estar arraigada y así, mientras la interferencia de los ritos de los adultos tiende a producir en estos gran ansiedad, el niño protesta y parece sufrir menos por ello.

*Duhrssen*⁵³ señala que las imágenes y pensamientos obsesivos pueden ser más fácilmente curados que los comportamientos obsesivos, profundamente anclados en el carácter, como son la obsesión por la limpieza, el orden, el coleccionismo, etc.

Bernard y Flavigny,³⁰ llegan a la conclusión, en cinco casos por ellos estudiados, que los padres acusan todos falta de autoridad: están presentes en el hogar y unidos a sus hijos, pero han abandonado su papel viril, ninguna de las madres están en relación de deseo con el marido y todas rehúsan reconocerle su papel de esposo y padre. No hay participación de responsabilidades y las madres toman las decisiones en lo que concierne al hijo y al marido, quien permanece en una posición infantil. Este abandono de los papeles de marido y padre parece ser un factor importante en la aparición de la neurosis obsesiva.

*Odier*¹⁶¹ opina que, en la obsesión, la satisfacción de las pulsiones pregenitales está asegurada por un síntoma «a dos tiempos»: en el primer tiempo se realiza la satisfacción pulsional, en el segundo la autopunición, anulación retroactiva (por el ceremonial apropiado) y el aislamiento, que suprimen la tensión de la culpabilidad y de la angustia inherentes al primer tiempo. Según este autor las fobias infantiles parecen haber tenido lugar a partir de un estado más evolucionado del Superyo que para la neurosis obsesiva.

*Kanner*¹⁰⁶ en su *Psiquiatría Infantil*, cuya primera edición data de 1935, en la edición en castellano de 1966 sigue refiriéndose todavía y cita la clasificación de Ziehen de las obsesiones: desiguales, relacionadas y motoras, situando en otro grupo el contenido de los fenómenos obsesivos y de las situaciones que lo

producen, y divide, a su vez, las ideas obsesivas en: pensamientos, dudas y fobias. Refiere la rareza de las neurosis obsesivas antes de los 10 años, pero ya señala la presencia de los juegos rituales con reglas «que parecen compulsiones» a esta edad. Señala asimismo la frecuencia de las obsesiones en cierto tipo de personalidades escrupulosas, tímidas, puntillosas y aferradas a un orden minucioso y a una simetría precisa y que, por los reproches de los padres y el deseo de no ser vistos «diciendo o haciendo tonterías», buscan la soledad y el aislamiento.

El elemento quizá más positivo de su exposición es el señalar la diferencia entre las obsesiones de los niños y de los adultos en relación con la participación que el niño exige a los demás, en especial a sus padres en sus obsesiones, «...el adolescente o adulto obsesivo hace su rumiación psíquica sobre sí mismo, no pide ayuda de los otros para satisfacer sus impulsos, en cambio el niño obsesivo obliga a los demás a participar en sus “extravíos”..., las obsesiones se convierten en un instrumento para monopolizar a la madre».

*Finch*⁶² dice que las fobias son temores exagerados frente a ciertos elementos del ambiente y surgen de problemas emocionales inconscientes y de acuerdo con Pearson las considera como «neurosis normal de la niñez» y que sólo cuando son más numerosas, más prolongadas o más exageradas se pueden considerar como patológicas. Estudiando el contenido de las fobias se puede llegar a comprender el estado psicopatológico del niño. La niña de corta edad que llega a temer a las brujas, probablemente esté preocupada por las relaciones con su madre: podrá tener sentimientos conscientes positivos hacia su madre y reprimir los elementos hostiles que, eventualmente, se proyectan en la fobia de las brujas. A veces, la fobia no contiene ningún signo claro libidinal, como sucede en el miedo a enfermar, en el que el niño teme ser víctima de la enfermedad como castigo por los impulsos hostiles y prohibitivos que abriga hacia alguna persona que ama.

Al referirse a la reacción obsesivo-compulsiva dice que, cuando éstas se convierten en

patológicas, dejan de ser maniobras defensivas ocasionales para fiscalizar los instintos y se convierten en parte importante de su personalidad. Los niños neuróticos obsesivos suelen ser niños pseudomaduros para su edad y, muchas veces, los padres y maestros los describen como caballeritos o damitas que suelen conformarse con todo y que procuran agradar a cualquier adulto, siendo extraordinariamente amables, serviciales y ansiosos de complacer, por lo que suelen ser los alumnos preferidos por los maestros.

La psicopatología del niño compulsivo consiste en su analidad perpetuada porque inconscientemente conserva todavía las actitudes emocionales del niño de corta edad: ambivalencia, sadomasoquismo y tendencia al desorden, al desarreglo, a la obstinación y a la rebeldía. Estos rasgos son aceptados por los adultos hasta que el niño tiene dos años, pero cuando crece y comprueba que su expresión es menos aceptada por quienes le rodean, desarrolla defensas para impedir que estos impulsos lleguen a hacerse conscientes: en vez de desordenado se hace minucioso, en vez de sádico, complaciente, en vez de dar rienda a sus impulsos de suciedad, se torna excesivamente limpio; en una palabra, utiliza con exceso uno de sus mecanismos de defensa, la formación de reacción, a costa de una gran cantidad de energía mental.

Estos niños restringen sus emociones ante los demás y ante sí mismos, pero como nunca consigue hacerlo por completo, tiene accesos de ira típicos, durante los cuales el niño acusa a la madre de crueldad, de que espera demasiado de él, de que formula exigencias imposibles y de que le proporciona poco amor. También pueden aparecer filtraciones del rígido sistema defensivo en forma de sadismo episódico, como crueldad con animales.

El niño obsesivo compulsivo tiene un Super-ego severo y punitivo, formado a edad temprana e implacable en sus demandas y su Ello tiene una analidad perpetuada que constantemente trata de descargarse, mientras que su Yo vive abrumado por la necesidad de mediar en el conflicto.

Por lo general los padres pueden tener dos actividades: o demasiado permisivos o demasiado rígidos. La excesiva benignidad de los padres deja al niño en posición de que nadie habrá de contener la expresión de sus impulsos infantiles, se siente libre de seguir orinándose encima, de tener arranques agresivos y de hacer prácticamente todo lo que se le antoja, y así, el niño adquiere la noción de que nadie le ayudará a fiscalizar sus impulsos y por ello encuentra necesario erigir severas defensas contra los mismos por su propia cuenta, quedando el niño en posición de suponer que debe sucumbir a sus impulsos instintivos y dañar a todos los demás, inclusive a sí mismo o, de lo contrario, erigir estrictas defensas para fiscalizar sus impulsos. Este tipo de educación permisiva es producto, a veces, de una interpretación errónea de la psiquiatría moderna, que algunos interpretan como que se debe permitir a los niños toda expresión instintiva y que la firmeza o el castigo de los padres están prohibidos. En el caso de educación demasiado rígida el niño trata de dominarse desde muy temprana edad para conservar así la aceptación y el amor paternos.

Pearson¹⁶⁴ dice que en la neurosis obsesiva el Ego del paciente trata de evitar el reconocimiento de sus deseos instintivos por lo que regresa a la etapa sádico-anal, pero esta regresión no solamente no resuelve el problema sino que lo hace más agudo, pues tiene que poner en acción un cierto número de defensas: formaciones reactivas, anulación, aislamiento, actitudes mágicas y una hiper-energización de conceptos y palabras. La combinación de la regresión y de los mecanismos de defensa empleados producen el grado de trastorno que afecta a la personalidad en su totalidad.

Los síntomas compulsivos se originan en un conflicto sobre los deseos instintivos y expresan este conflicto de una manera curiosa: como una vacilación entre las representaciones distorsionadas de satisfacciones instintivas y la afectividad de las fuerzas represivas que aparecen como acciones punitivas o expiratorias, el neurótico obsesivo se comporta como

si fuera, al mismo tiempo, un niño malo y sus severos padres, es decir, como si su personalidad estuviera dividida en dos partes mostrando cada síntoma este carácter bifásico. A menudo, en lugar de que el conflicto aparezca como un síntoma, el paciente desarrolla rasgos de carácter cuyo propósito es evitar la experiencia más directa de las necesidades instintivas. Ordinariamente, y durante esta etapa, el niño vacila entre sus deseos activos y pasivos, que son sentidos como masculino y femeninos y el neurótico obsesivo vacila entre sus deseos activos masculino-sádicos y los femenino-masoquistas pasivos.

Los mecanismos de defensa más utilizados son: aislamiento, por medio de una intensa concentración en un tema, anulación por medio de sus actos de arrepentimiento que reparan los errores que les gustaría cometer y que evitan los desastres que temen, y la sexualización de su pensamiento, típico éste del período de latencia, cuando el niño está tratando de desarrollar sublimaciones para sus impulsos instintivos y al mismo tiempo desarrollar sus aptitudes intelectuales.

Se pregunta Pearson, ¿existen factores constitucionales que predispongan a la neurosis? «Esta es una pregunta muy difícil de contestar de forma concluyente y que no puede ser probada experimentalmente porque no hay dos relaciones humanas que sean exactamente iguales, y ningún padre puede sentir o actuar exactamente de igual manera hacia cada uno de sus hijos. Debe decirse que aunque muchos niños neuróticos tienen padres neuróticos, esto no significa necesariamente que el niño hereda una predisposición para la neurosis; cualquier niño tendría dificultades para adaptarse a las situaciones ambientales producidas por padres neuróticos. Sin embargo, parece haber una base válida para la especulación, el que cierta gente tiene una tendencia constitucional a fijarse en una zona erógena particular: en algunas familias la zona bucal parece estar altamente dotada, en otras la anal y en otras la uretral. Esta fijación hace más difícil que el individuo renuncie a la primacía de la zona y la subordine a la genital, y así,

es más difícil educarlo en el control de sus esfínteres o tiene mayor dificultad en abandonar la succión de los dedos.

*Judd*¹⁰⁴ distingue entre la conducta compulsiva, que es parte del desarrollo normal, y la compulsiva patológica. La primera no es experimentada como alienante e incongruente y no hay necesidad interna de resistir a la conducta subsiguiente, es experimentada como placentera, no es ansiosamente ejecutada, dura poco y puede ser fácilmente eliminada con una fácil presión sin ansiedad.

Señala como características de las verdaderas alteraciones obsesivo-compulsivas las siguientes:

- Inicio súbito de los síntomas.
- C.I. superior al promedio.
- Conjunción de obsesiones y compulsiones.
- Síntomas perturbadores para el contorno inmediato.
- Sentimiento de culpa verbalizados.
- Moral rígida adultomorfa.
- Ausencia de síntomas psicóticos.

*Better*³¹ señala que, a diferencia del adulto, el niño obsesivo no guarda siempre su pensamiento y compulsiones para sí mismo y, en vez de ello, manipula a sus padres para tomar parte en sus rituales mediante la insistencia a que ellos respondan a sus preguntas repetitivas o a que complazcan sus necesidades compulsivas. Una madre que es asimismo compulsiva puede responder a esta demanda y así reforzarse la conducta, pero otros padres reaccionan a menudo con impaciencia y hostilidad, tratan de resistir la presión de los niños por razonamientos, pero algunas veces también reaccionan con castigos. Los adolescentes con trastornos obsesivo-compulsivos son, a menudo, ineptos o fracasan en actividades sociales, por lo que se aíslan del entorno y la ansiedad originada por estas dificultades pueden acentuar los síntomas obsesivos.

*Meyer y Chesser*¹⁴⁹ sugieren que la conducta compulsiva puede ser una respuesta de fuga o evitación aprendida. La ansiedad reprimida o contenida empuja y su reducción es difícil porque la ansiedad anticipada provoca un

castigo. El uso de la conducta de evitación mágica o ritualista, es explicado desde el pensamiento mágico animista en una etapa del desarrollo en que tal pensamiento es normal.

*Berman*²⁹ señala que, en la mayoría de los casos, las características obsesivas, no frecuentes por otro lado en la infancia, aparecen formando parte de otras alteraciones psiquiátricas, como desorden emocional, autismo, psicosis infantiles y depresiones.

*Zulliger*²²⁷ piensa que la obsesión de contar será una protesta masculina, una protesta varonil contra los sentimientos de inferioridad, que serviría para atenuar la lesión narcisística sufrida, debilitar el odio y satisfacerlo en forma más atenuada, reuniendo en un compromiso un deseo instintivo y un deseo del super-Yo.

*Berkowitz y Rothman*²⁸ describen claramente la existencia de dos tipos de fobia: las que son el resultado de experiencias traumáticas basadas en una situación del pasado, son fáciles de superar y desaparecen generalmente cuando su relación con el acontecimiento se aclara y se hace consciente, y las fobias que son el resultado de un desplazamiento, más graves e incapacitantes y que son simbólicas de la causa del temor. Citan como ejemplo el que una misma fobia, el miedo a los lugares pequeños y cerrados, puede ser debida a haberse quedado encerrado en una casa cuando era más pequeño, pero también deberse a un miedo a la muerte que se ha desplazado a una idea aparentemente inocua, la claustrofobia.

*Gallot-Saulnier*⁷⁴ señala que algunas fobias son consideradas como normales o fisiológicas y que no se diferencian del miedo más que por su selectividad y tenacidad, algunas veces extremas, al lado de las que son francamente patológicas. Para este autor las dos edades que favorecen la eclosión de las fobias y de las obsesiones son de 4 a 8 años y de 13 a 15 años. Asimismo es necesario determinar, para cada caso, si se trata de una fobia integrada, de una neurosis de angustia o de una neurosis obsesiva verdadera, cuya autonomía es contestada algunas veces, salvo para los psicoanalistas.

*Telma Reca*¹⁷⁷ señala que las fobias las pueden tener los niños desde pequeños y aun constituirse en verdadera neurosis fóbico-obsesiva y por ella entregarse a rituales que suelen ser considerados como simples rarezas, aunque al final de la 2.ª Infancia y en la Pubertad y Adolescencia pueden acentuarse los síntomas y convertirse en neurosis obsesivo-compulsiva grave. Se trata, en general, de niños muy atentos a reglas de comportamiento rígidas y fijas, que no se permiten deslices, que procuran realizar de la manera más perfecta posible todas las cosas y que no se sienten autorizados a tener ninguna manifestación de tipo agresivo respecto a los padres. Señala asimismo la frecuencia de padres puntillosos en la educación de sus hijos, que exigen tempranamente limpieza y pulcritud y que empiezan muy precozmente la educación esfinteriana de sus hijos.

*Eliascheff*⁶⁵ estudia los padres de los niños fóbico-obsesivos y encuentra que las madres son, según la terminología de Porot, «madres abusivas» y, de entre éstas, la más frecuente parece ser la madre escrupulosa en exceso, ansiosa y perfeccionista y que, no sabiendo como hacer frente a sus hijos, encuentra en ciertos ritos una forma de resolver su modo de relación afectiva con el niño. Son, asimismo, asépticas, hiperordenadas y que aman a sus hijos a través de unas reglas rígidas que las reaseguran. Describe también ciertos tipos de padres patógenos: al lado del padre cruel, se encuentra más frecuentemente el padre rígido que desea que su hijo sea como él o mejor y, en muchas ocasiones, presentan ellos mismos cuadros obsesivos. En su casuística de niños obsesivos encuentra a menudo niños que son a la vez rechazados y sobreprotegidos, con dificultades de contacto social, pasivos y carentes de iniciativa.

Según *Eliascheff* el niño reacciona ante la idea obsesiva de una manera un tanto diferente que el adulto y siguiendo, en general, dos modalidades: la primera de las dos modalidades de reacción consiste en exteriorizar la idea obsesiva y en interpretarla como una producción extraña al niño, la segunda modalidad

consiste en legitimar la idea obsesiva conformándola a sus intereses y puntos de vista.

En la primera modalidad el aspecto clínico puede ser equívoco, puede pensarse que se trata de una idea delirante; esta temática «delirante», especie de juego que sirve al niño para explicar el carácter parásito del tema obsesivo, le sirve para enmascarar el miedo que siente ante el carácter invasivo de la idea y de la duda que conlleva.

La segunda modalidad es en realidad una racionalización; pero estas racionalizaciones se hacen al nivel de conocimientos del niño y sus explicaciones aparecen al adulto como más fáciles de desenmascarar para no confundirlas, a pesar de su aspecto pseudo-delirante. El niño se sirve de argumentaciones diversas, pero todas correspondiendo a su edad, para borrar el carácter parásito de las ideas e integrarlas en un sistema lógico coherente a la manera en que el niño razona.

Las conductas rituales, en las que el niño incluye su entorno, particularmente a su madre, dan cuenta de la ausencia de lucha; el sufrimiento debido a los síntomas se transforma en una inquietud difusa y permanente, una dificultad en general de vivir que el niño imputa a las condiciones de la existencia y no a su proceso mórbido interior. La explicación suministrada por el niño a las dificultades se refieren a los déficits constatados en el examen clínico: inhibición, rechazo escolar, problemas en casa, anorexia, etc. En el adolescente el déficit se exterioriza de otra manera: inhibición social y profesional, rechazo, inestabilidad, etc.

Mientras que en el adulto el paso al acto es excepcional, en el niño es bastante frecuente, tomando la obsesión al aspecto de una compulsión motriz; los actos compulsivos de compromiso son más numerosos y fáciles, y no constituyen más que el testigo de una actividad ideatoria de tipo obsesivo, existiendo siempre subyacente a esta actividad representaciones obsesivas más o menos fáciles de encontrar. Este hecho del paso al acto se puede explicar de dos maneras: una se refiere a las modalidades del pensamiento del niño, la otra

a sus relaciones con el entorno.

La primera explicación la da el estudio de la psicología del niño: frecuentemente, las representaciones no son en el niño más que esquemas de acción interiorizadas. Según el autor, parece evidente que el compromiso se realiza a nivel mismo del acto compulsivo y no a nivel de un razonamiento.

La segunda explicación es mucho más evidente clínicamente. El niño utiliza fácilmente el entorno para apaciguar sus dudas y obedecer a sus coacciones compulsivas. La madre del niño se convierte en esclava y se debe plegar a los rituales que el niño elabora y su colaboración resulta imprescindible para calmar su angustia.

Otro problema que examina Eliascheff es el de la «edad real» de las obsesiones. «El problema está todavía más complicado por el hecho de que la estructuración de la personalidad pasa por fases obsesivas y utiliza mecanismos obsesivos, aunque estas fases y estos mecanismos sean teóricamente transitorios y permiten la estructuración del sujeto».

«Nos parece, aunque esto sea sólo una hipótesis, que cuando en la primera infancia un niño presenta rasgos de carácter obsesivo no dan lugar a ningún déficit clínico en esta edad, tiene más posibilidades de estructurarse, en un momento dado de su evolución en la niñez o en la adolescencia, bajo la forma de una neurosis obsesiva, con una temática obsesiva, unas conductas rituales y el déficit consiguiente a estos dos primeros hechos.»

*Serrate*¹⁹¹ opina que los síndromes obsesivos en niños menores de 12 años nunca han constituido una verdadera neurosis obsesiva por muy aparatosos y floridos que fueran. Los casos graves requieren tratamiento farmacológico y segregación temporal del hogar cuando éste es claramente patógeno. Para este autor los síndromes obsesivos graves crean siempre una «estructura obsesiva» de la personalidad que conduce a la formación de un carácter obsesivo que repercutirá en la vida posterior del individuo.

*Sevestre*¹⁹² describe, como propios de la infancia, ciertas estereotipias, actitudes o mo-

vimientos coordinados que se caracterizan por su fijeza y su repetición, que clasifica de esta manera:

a) Los hábitos y las manías «comportamientos que han tomado una importancia exagerada en relación a las de los demás niños, aunque todos los niños, en mayor o menor medida hayan presentado estos comportamientos, tales como balanceo de la cabeza o del tronco, gestos, succión del pulgar, meter el dedo en la nariz, onicofagia, manipulación de una parte del cuerpo (oreja, mechón de pelos, etc.).

b) Las «manías» o rituales, ligados a los gestos de la vida cotidiana, tales como rituales al comer, al vestirse, al ir a la cama, al dormirse, a la defecación, a lavarse las manos.

c) Estereotipias de juego (colocación, disposición de los juguetes, afición por un solo tipo de juego, manipulación constante de un mismo objeto como un cordel, saltar constantemente de una losa a otra, contar objetos) que se acercan en cierto modo al coleccionismo.

*Maclay*¹³⁹ no dedica en su tratado unos apartados específicos a miedos, fobias u obsesiones, pero el capítulo de trastornos caracterizados por ansiedad difusa «habla de los terrores diurnos a enfermar, a los animales, etc.», que no suelen justificar que el niño sea llevado a consulta: «... no suele ser necesario tomar en serio este tipo de cosas y no hay más tratamiento que una actitud tranquilizadora, con lo que desaparecen rápidamente; cuando el temor que siente el niño se refiere a una sola cosa y además es persistente, parece aconsejable aplicar una terapéutica de conducta».

En relación con la enfermedad obsesiva dice, que si los niños son pequeños, hay un fuerte componente de ansiedad, pero que si son ya mayorcitos y se aproxima al cuadro de los adultos con actos o pensamientos compulsivos, la ansiedad explícita es menor, así como que la enfermedad equivale a una reacción como defensa contra los deseos libidinosos prohibidos y tienen su origen a los 3-4 años, cuando los factores pre-genitales son los dominantes.

En el capítulo dedicado a los problemas relacionados con la enseñanza pone en primer lugar la fobia escolar, de la que dice que parece haberse agravado en los últimos tiempos, rechazando la idea de que pueda ser debida a una separación de la madre «... lo que parece poner en peligro la escasa fortaleza del Ego del niño es el hecho de que, no sólo es separado de la madre, sino que se le sumerge en un ámbito controlado por una autoridad, en donde se le pide que se valga por sí mismo» y achaca el 75 % de predominio de los varones en que las relaciones entre padres e hijas no están tan «viciadas» como entre madres e hijos (sobrepotección).

*Shirley*¹⁹³ describe separadamente las relaciones fóbicas de las relaciones obsesivas. En las primeras señala la frecuencia de fobias en niños de 4-5 años, tales como miedo a la oscuridad, a animales, a monstruos míticos, etc. Diferencia entre miedo a un perro, normal, sobre todo si ha sido agredido o mordido por uno y el pánico ante un animal pequeño o muy distante que puede considerarse ya como una fobia. Se adhiere a la teoría freudiana de la ansiedad asociada a los conflictos edipianos y del desplazamiento del miedo al padre. Hace referencia a un trabajo de Arieti que sugería que la fobia a los animales puede ser más una señal que un símbolo y una concretización de una situación más abstracta que un mero desplazamiento del miedo de un objeto a otro. Reúne bajo un epígrafe las relaciones obsesivas y las compulsivas, denominándolas relaciones obsesivo-compulsivas, aunque luego las separa con la salvedad de que «las compulsiones se asocian usualmente a las obsesiones» y señala, asimismo, cómo los rasgos de los padres de estos niños son típicos: rígidos, perfeccionistas y dominantes.

*Pichot*¹⁶⁸ hace una distinción de las fobias infantiles entre neurosis fóbicas y neurosis pseudo-fóbicas. En las fobias de las neurosis fóbicas el objeto de la situación tiene un valor simbólico, al contrario que en las pseudo-fobias en las que el objeto o situación tienen un valor desencadenante de la angustia por un mecanismo de asociación; es decir, en la

pseudo-fobia, el objeto de ésta no se transforma en su contrario, no se acompaña de desplazamiento simbólico y todo queda ligado al objeto o situación desencadenante de la angustia, es decir, no tiene un carácter simbólico sino que se deben a un proceso de aprendizaje.

En realidad las conductas fóbicas son estratagemas de que se vale el sujeto para sobreponerse a una angustia y distingue las «conductas de evitación» que pueden consistir en una simple huida, de las «conductas de alivio» que consisten en afrontar la situación fóbica en compañía de una persona u objeto, que el sujeto vive como portadores de su huida. Para Pichot, y en contra de lo que opina la escuela analítica, la neurosis fóbica y la neurosis de angustia no difieren totalmente, al menos en la infancia, puesto que los niños pueden pasar fácilmente de la una a la otra.

*Widlöcher*²¹⁹ para explicar la génesis de las fobias dice que el mecanismo que está en la base de los síntomas fóbicos es «la huida adelante» del objeto fuente de la angustia.

*Freedman, Kaplan y Sadock*⁶⁵ en la parte dedicada a Psiquiatría Infantil describen como tipos de neurosis infantiles las de ansiedad, histérica, fóbica, obsesivo-compulsiva y depresiva.

Se describen entre las fobias, y como específicas, la fobia a los animales, la fobia escolar y la fobia a la muerte o ansiedad de los 8 años, de la que dice: «el temor que motiva la consulta es de que la madre muera, considerando ya la muerte como algo irreversible, y los deseos de muerte, tanto conscientes como inconscientes adquieren un nuevo colorido emocional», así como que una experiencia de muerte desencadena a veces la crisis, pero un análisis más detenido aclara que los conflictos emocionales han estado desarrollándose desde una edad más temprana, preescolar, y que el temor a la muerte es a menudo un temor al castigo y a la venganza.

En la neurosis obsesiva señalan que, a diferencia del obsesivo adulto, habitualmente el niño no puede guardar sus pensamientos para sí y es posible que fuerce a sus padres a par-

ticipar en sus rituales, a contestar a sus preguntas repetitivas y a satisfacer sus exigencias obsesivas.

En los trastornos de la personalidad citan la personalidad obsesivo-compulsiva o anancástica: son niños tensos, rígidos, demasiado preocupados por el orden, la limpieza y la pulcritud y con una gran preocupación por la adhesión a norma de conciencia o la conformidad con un Superyo punitivo.

Rutter y Hersov,¹⁸⁴ en el capítulo de Trastornos emocionales, describen los estados fóbicos como «desórdenes emocionales en los que hay un miedo intenso a ciertos objetos o situaciones específicas que normalmente no tienen ese defecto» (Marks, 1969), y deben diferenciarse de las relaciones psicofisiológicas normales de miedo a una amenaza real, miedos adaptativos y sanos que disminuyen, cambian o desaparecen durante el desarrollo, iguales prácticamente a las fobias en su expresividad, aunque las fobias constituyen una respuesta persistente y mal adaptada. Según *Miller, Barret y Hampe*¹⁵⁵ las fobias pueden ser expresadas según diversos puntos de vista.

1. Teoría del aprendizaje social, que supone que la respuesta, no razonable, a un estímulo benigno y mal definido se aprende.

2. Teoría psicoanalítica que supone que es una externalización y desplazamiento de la ansiedad de un conflicto que produce temor o una determinada situación.

3. Teoría del desarrollo que sugiere que los miedos, ansiedades y fobias deben ser comprendidos dentro de un contexto de desarrollo, razonable a una edad e irrazonable en otras.

4. Teoría transaccional que mantiene que las fobias son producidas y mantenidas dentro de un contexto interpersonal de relaciones familiares y sociales.

Consideran que la edad en la que son más abundantes las fobias es alrededor de los 10 años y con una frecuencia igual entre niños y niñas, y señalan, como característica de las fobias infantiles, la no existencia de agora-fobia.

Para el tratamiento se inclinan por los mé-

todos conductistas en los casos de monosintomáticas, pero que, cuando el caso es más complejo, aconsejan un tratamiento mixto de conductismo, psicoterapia y tratamiento del entorno.

El apartado de los «desórdenes obsesivos» lo empiezan bajo el término de «obsesivo-compulsivo» y apuntan las definiciones ya conocidas de Schneider, de 1925, y de Lewis, de 1936, y señala asimismo que A. Freud dice que los rituales y las obsesiones moderadas son muy comunes en el desarrollo normal del niño, sobre todo en bebés y preescolares, así como compulsiones a tocar objetos, no pisar raya, hacer ciertos signos, etc., y que asimismo Opie señala la frecuencia de los elementos rituales en juegos y canciones infantiles, que han sido interpretados por Peller (1954). Indican también que los estudios clínicos muestran que un trastorno francamente obsesivo es poco frecuente en la infancia (Judd, 1965; Berman, 1942; Regner, 1959; Ross, 1964) mientras que los rasgos obsesivos forman parte de la sintomatología de otros cuadros psiquiátricos, como son las psicosis, y que Meyer y Chester sugieren que la conducta compulsiva puede ser una respuesta aprendida de evitación a los conflictos de la infancia que producen ansiedad y cuya reducción es difícil porque hay una ansiedad anticipada provocada por el castigo. Describen, asimismo, dentro de los problemas escolares, la fobia escolar que definen como una mezcla de rasgos fóbicos, histéricos y obsesivos.

*Senn y Solnit*¹⁹⁰ sitúan las primeras fobias en la edad preescolar y dicen que cuando un niño se enfrenta con una experiencia que no es capaz de dominar enseguida, su Ego inmaduro intenta encontrar soluciones parciales produciéndose fobias: la más corriente de estas experiencias son los «malos ratos en la consulta del médico», el conocimiento de una muerte o lesión, la violencia de un programa de T.V., la estimulación sexual, la censura de los maestros, las riñas de los padres, etc. Los temores pueden ser expresados en fantasías (pensamiento mágico) para explicar los fenómenos, pero, a medida que la experiencia

aumenta, la inteligencia y la lógica reemplazan al pensamiento primitivo y los temores se desvanecen. Vuelven a citarlas durante la adolescencia y señalan que los adolescentes no suelen acudir al médico en busca de petición de ayuda para sus fobias, pero, con frecuencia, se ven implicados en situaciones que inducen a otros a llevarles a éste. Al igual que la propia adolescencia, con sus tensiones y dificultades previas no resueltas, las fobias pueden aparecer en relación con las mismas cuando éstas son lo bastante intensas para producir las, y así, las fobias que aparecen durante la infancia, tales como el miedo a la oscuridad, a los animales, etc., pueden continuar o aparecer nuevamente, con ligeras modificaciones de forma, pero también convertirse en lo que parecen representaciones más apropiadas para esta edad, como necesitar el sonido de una radio si la puerta está cerrada o negarse a practicar deportes para disimular el miedo al daño físico. A menudo, estos problemas se manifiestan en forma de alteraciones de la conducta, que los padres encuentran inexplicables, y que proceden de fobias inexpressadas, dado lo difícil que le resulta al adolescente hablar con franqueza de ellas, reaccionando como si la expresión oral del pensamiento o del sentimiento temible e inaceptable fuese a convertir a éste en real de la forma más permanente y nociva.

En relación con las obsesiones describen, en los menores de 5 años, la conciencia hiperestricta, una de cuyas manifestaciones son las compulsiones con las que un niño realmente se castiga efectuando actos o teniendo pensamientos obsesivos que le impiden comprometerse en placeres o actividades prohibidas, por cuanto está preocupado por conflictos acerca de la suciedad y la limpieza, la contaminación fecal y la sexualidad. Otras compulsiones pueden hacer que el niño se muestre inusitadamente dependiente de la madre o hacer que tema dejarla, lo cual son mecanismos para conjurar deseos destructivos hacia la madre. Los niños desarrollan manierismos ritualistas como medidas protectoras, como la frecuente limpieza, los tics o los espasmos habitua-

les, y algunos niños temen mirar a ciertas personas para que no les suceda algo malo. En la edad escolar describen también la presencia de rituales y otros medios de autocastigo (el juego de «no pisar raya» es para que su madre no se rompa la crisma, es decir, es un elemento de protección mágica).

Ajuriaguerra,⁵ en el capítulo *Las organizaciones neuróticas en el niño* describe por un lado las fobias y por otro las obsesiones.

Dentro de las fobias incluye también los miedos infantiles sin hacer una clara diferenciación entre unos y otros, y describe las fobias en relación también con su cronología (Despert, Mallet, Anthony) citando también la opinión contraria de Diatkine y Simón para los que «no es posible establecer una cronología ni una regla evolutiva en relación con el objeto fobógeno, haciéndose el desplazamiento en función de un símbolo, determinado por la cultura y el lenguaje».

En su patogenia opina que «si no creemos que las fobias son todas condicionadas, sin embargo, se debe admitir el condicionamiento de ciertos temores protofóbicos y que las angustias arcaicas pueden estar igualmente condicionadas por falta de seguridad y por impresiones de abandono, pero los condicionistas se equivocan cuando tratan de negar la importancia del desplazamiento en la mayoría de las fobias infantiles».

En las obsesiones hace primeramente unas consideraciones acerca de la edad de comienzo de las mismas en el niño, y señala que «actualmente parece admitirse que los trastornos obsesivos pueden desarrollarse tempranamente, pero se considera igualmente como verosímil que el verdadero síndrome obsesivo no puede sentirse subjetivamente por debajo de cierta edad y que ésta según Collon y Prick se puede situar alrededor de los 7 años».

En la semiología describe las formas más precoces afirmando que la ritualización compulsiva es inherente al desarrollo normal del niño y señala sus relaciones con las reacciones circulares descritas por Piaget. Más tarde cita las obsesiones del período de latencia, cuando el Yo se afirma y empiezan a organi-

zarse los mecanismos de defensa, los rasgos de las personalidades obsesivas en las que destaca un «comportamiento de pequeño adulto», añadiendo que en el aspecto motor el niño con una personalidad obsesiva puede ser un inhibido motor o un inestable, por no permitirle su ansiedad fijarse sobre los objetos o cosas, aunque pueden localizarse y tomar el aspecto de tics y las obsesiones de la adolescencia, que tienen ya las características de las de los adultos, distinguiendo las obsesiones ideativas, las obsesiones fóbicas y las obsesiones compulsivas.

En cuanto a tratamiento, para las fobias es partidario de la terapéutica psicoanalítica y la conductista según los casos, pero en las obsesiones el descondicionamiento es más difícil, con la psicoterapia «se pueden obtener beneficios» y recomienda asimismo el uso de tranquilizantes o antidepresivos.

Nissen,¹⁶⁰ en el capítulo titulado *Conflictos psicógenos con síntomas principalmente psíquicos*, distingue por un lado:

1. Neurosis de angustia: se habla de miedo patológico cuando se producen confusión y sentimiento de culpa y distingue la angustia sin objeto conocido (angst) y el temor o miedo en que sí hay objeto (furcht) y los diferencia de los temores sintomáticos de la neurosis de angustia y de las fobias; en los niños es más difícil hacer estas diferencias pues no tienen capacidad de distinguir los temores fantásticos de los temores reales y además dependen de la reacción que frente a sus temores tiene el medio ambiente. El niño pequeño reacciona ante los miedos gritando, corriendo, agarrándose a la madre y generalmente el miedo es neutralizado por la seguridad en la madre poderosa. En niños y poco más mayores pueden aparecer verdaderas fobias aunque en niños menores pueden tomar la forma de prefobias. La neurosis de angustia se ve ya en niños mayores en forma de «temor a la angustia» con aparición frecuente de síntomas histéricos (histeria de angustia) y verdaderas fobias (agorafobia, claustrofobia, dormir solos o con luz encendida). Describe asimismo la angustia del 8.º mes, haciendo un juego de

palabras: freund = amigo, fremd = desconocido.

2. Neurosis depresiva.

3. Neurosis compulsiva: existen formas prácticamente normales como repetir melodías, contar objetos, repetir palabras en lenguaje tabú y, más patológicamente, llegar a constituir una neurosis de carácter con un tipo de personalidad rígida con tendencia a un hipercontrol de sí mismo con prohibición. Las obsesiones de orden, control, contar y lavarse se pueden considerar como verdaderas fobias en el niño, muchas veces acompañadas de angustia y asco (Von Gebattel); en los fóbicos la expectativa de la ansiedad va acompañada del temor a la obsesión. Existen pues relaciones entre las fobias y las formas estructurales de la obsesión; en las fobias el miedo se reprime cambiando determinadas situaciones, en el tic se rompe el equilibrio con la descarga motórica.

Estadios del desarrollo de la angustia según la edad:

Angustia existencial

Ansiedad de la identificación grupal

Crisis de la pubertad

Neurosis de ansiedad y compulsiva

Angustia de la maduración

Crisis de la pubertad

Neurosis sexual

Anorexia nerviosa

Angustia de pérdida o separación

Pavor nocturno

Fobia escolar

Reacciones neuróticas

Angustias ambientales

Pavor nocturno

Miedo a las tormentas

Miedo a la oscuridad

Miedo a los fantasmas

Miedo a los animales

Angustia de separación

Shock de la separación

Angustia del 8.º mes

Mavisakalian y Barlow,¹⁴⁵ distinguen dos componentes en las fobias: la ansiedad fóbica y la evitación fóbica; la ansiedad fóbica es asimilable a la ansiedad no fóbica o espontánea, con la diferencia de que la primera se experimenta solamente en la presencia real o imaginaria del objeto o situación fóbica que incita a la persona a escapar tanto de esta situación fóbica (evitación fóbica) como de la afectividad concomitante (ansiedad fóbica).

Mazet y Houzel,¹⁴⁶ separan los miedos y las fobias de las manifestaciones obsesivas, incluyendo a ambos en el capítulo de *Los trastornos intrapsíquicos*.

Para estos autores la diferencia entre miedo y fobia es un poco relativa y puramente temporal; el miedo es un afecto penoso que se produce en presencia de un objeto que existe realmente y que cuando se reproduce sistemáticamente ante el objeto o situación precisa, siempre la misma, se habla de fobia.

Señalan cómo la ausencia de miedo en determinadas etapas del desarrollo entre los dos y los cinco-seis años puede tener un significado patológico y citan a Winnicott que opina que «un niño que no tiene miedo en las calles de Londres e incluso en una tempestad está enfermo y los padres y profesores se engañan pensando que es un niño razonable y valeroso. En realidad el niño debería ser capaz de sentir miedo para aliviarse de lo que es malo (de lo que le asusta a él)». Así pues, el miedo es algo real y se considera como una exteriorización de una puesta a punto saludable de la angustia infantil.

En relación con las fobias, y siguiendo a A. Freud, distinguen los siguientes tipos:

1. Los miedos arcaicos, cuyo prototipo es el miedo a los extraños de los 7-8 meses, y los miedos a la oscuridad, a la soledad, a los truenos, etc.

2. Las verdaderas fobias vinculadas a una situación u objeto preciso aparecen a los 4-5 años y cesan progresivamente. Se consideran como resultantes de la puesta en marcha de mecanismos de desplazamiento, proyección y focalización de la angustia vinculada en especial al conflicto edípico. La actitud de los pa-

dres frente a estos miedos fobias es decisoria, si son demasiado participativos en el miedo del niño o demasiado amenazantes (confrontar al niño con su miedo para que se le pase) revelan que estos padres son, a su vez, fóbicos o con tendencias fóbicas.

3. Los miedos y las fobias patológicos, que cuando son muy intensos y de carácter muy compulsivo e invasor pueden ser la señal de una verdadera e intensa neurosis infantil, mono o polisintomática, o bien constituir un elemento de procesos prepsicóticos o psicóticos.

En las manifestaciones obsesivas distinguen entre los pensamientos obsesivos y/o las conductas compulsivas para, más o menos conscientemente, expulsar o conjurar estos malos pensamientos. Insisten en lo que A. Freud llama «fase obsesiva transitoria», producida en el estadio anal, que desaparece normalmente sin dejar rastro y que se caracteriza por un notorio gusto por el orden y la limpieza, rituales y ceremonias al acostarse (la habitación debe estar dispuesta de un modo, los zapatos en su sitio, las muñecas en otro, un determinado vaso para beber, una cierta historia para dormirse, etc.) y consideran que, aunque corresponden en parte a las defensas del Yo frente a las exigencias pulsionales, se remiten también a la dimensión mágica de estos años del pensamiento infantil. Consideran, asimismo, que en el niño obsesivo existe una gran investidura erótica y mágica a la vez del pensamiento y del lenguaje y un gran precontrol de la vida afectiva.

En el pronóstico hablan de «organizaciones frecuentemente mixtas» (fobo-obsesiva una de ellas), cuyo riesgo evolutivo es la rigidificación e inhibición de la vida psíquica y de la posibilidad de constituir síntomas psicóticos o, al menos, prepsicóticos.

Stone y Koupernik,²⁰⁰ señalan en relación con los cuadros fóbicos y obsesivos:

En los trastornos de la personalidad describen la personalidad obsesivo-compulsiva, organizados, metódicos y con tendencia a cambiar de medio cuando ha de enfrentarse a un conflicto y que tienen una conducta social al

tipo de personalidad anal o paranoide.

Dentro de los estados límites describen los estados obsesivos graves de la segunda infancia y de la adolescencia, con graves sentimientos de culpa, pecado, de ser responsables de la muerte de alguna persona próxima a él. Un hallazgo muy frecuente en estos casos es la agresión no resuelta, pues si bien en un principio el niño retiene sus propios impulsos, luego los proyecta hacia el mundo exterior. Incluye dentro de estos estados límite a la enfermedad de Gilles de la Tourette con sus tics y sus expresiones involuntarias de frases y palabras obscenas y también algunos cuadros como la anorexia nerviosa de la que dicen «algunas se asemejan a un cuadro obsesivo grave».

En las neurosis incluyen las fobias, en las que distinguen las fobias menores tan comunes en la edad preescolar y que se resuelven espontáneamente, aunque comentan «se duda si deben practicarse entre las neurosis» y las fobias comunes que utilizan el mecanismo defensivo de la proyección, aunque otros prefieran considerarlas como respuestas defectuosas al aprendizaje o a la adaptación, si bien «estos diferentes puntos de vista no sean tan incompatibles como a veces se piensa».

Los estados obsesivo-compulsivos «las formas de neurosis más rebeldes al tratamiento» las describen como focos opuestos: las formas de comienzo de una enfermedad psicótica (esquizofrenia, pseudoneurótica) como formas más graves y, en el extremo opuesto, las situaciones pasajeras de niños que, por lo demás, gozan de buena salud y rinden satisfactoriamente tales como los rituales al acostarse, en las que el niño no está ansioso y se comporta normalmente y que, incluso muy frecuentemente, son la expresión del pensamiento mágico del niño para evitar un peligro.

*Malet y Raban*¹⁴¹ señalan que las fobias más frecuentes en los niños son las fobias a los objetos y las fobias de situación, estas en relación sobre todo con la noche y la oscuridad. Mallet ha señalado otras fobias que parecen sobrevenir de sueños de angustia y pesadillas y que secundariamente el niño proyecta sus visiones oníricas en el mundo exterior. Las fo-

bias que se producen con el adormecimiento las ponen como un ejemplo de los beneficios que pueden aportar algunas fobias, en estos casos concretos ir a ocupar un sitio en la cama de los padres, tener a la madre a su lado durante mucho tiempo, etc. Las fobias de situación, se refieren muchas veces en los niños a zonas oscuras o zonas que se encuentran detrás de ellos. Las fobias a los animales son también muy frecuentes, siendo estos animales primero grandes y después más pequeños, siendo también frecuentes las fobias a personajes de cuentos fantásticos, como ogros y brujas; lugares determinados, como una habitación que le da más miedo que otras, y a los elementos naturales, como truenos, relámpagos, etc. Las fobias de situación típicas del adulto como la agorafobia son más raras, pero ya en el período prepuberal pueden aparecer el miedo a la altura, a los espacios vacíos, a lugares cerrados y a los transportes, citando como especiales fobias de situación para la infancia las fobias escolares.

En relación con las obsesiones, estos autores describen como las más frecuentes en la infancia las siguientes:

1. Ideas obsesivas.
2. Actos compulsivos o rituales (contar objetos, tocar cosas), repetición de números o fórmulas, palabras mágicas, contar, clasificar, hacer preguntas repetitivas, efectuar comprobaciones en cosas o sitios que pudieran resultar peligrosas (gas, electricidad, puertas), lavarse las manos muchas veces, etc.
3. Tics, pero sólo los fonatorios, y la enfermedad de Gilles de la Tourette. Los tics de carácter compulsivo tienen la característica de llevar consigo una mejoría transitoria de la obsesión después de la liberación motriz; un ejemplo de estos tics es el de parpadeo cuando sirve para rechazar fantasías voyeuristas.
4. Alteraciones del comportamiento: pueden enmascarar un auténtico problema obsesivo, tales como ciertas inhibiciones psicomotrices o intelectuales debidas a un hipercontrol y a dudas y pensamientos conjuratorios. También es el caso de las alteraciones del comportamiento del tipo de la oposición familiar

y escolar, de los casos de pequeños robos o de cleptomanía y tienen también la característica de reducir paradójica y pasajeramente la culpabilidad del niño. Se pueden evocar aquí también cierto tipo de conductas detrás de las cuales se esconden preocupaciones de agresión, de incendios, de desorden sexual o el tabú de tocar, así como se pueden incluir también la conducta escrupulosa o ansiosa de limpieza que corresponden a una lucha contra la culpabilidad masturbatoria.

5. Rasgos de carácter obsesivo, tales como la exageración por el orden y la limpieza, dudas de hipercontrol y hasta inhibición intelectual.

6. Neurosis obsesiva bien estructurada, ésta se ve raramente en la infancia y sólo aparece al final de período de latencia.

Estos autores recalcan la importancia del desarrollo para enjuiciar las fobias y las obsesiones de los niños: «... la presencia de ciertos síntomas es, más o menos, inherente al desarrollo: en el período edipiano ciertas fobias o ritos son banales y hasta tienen un valor estructurante y organizador y, desde un cierto punto de vista, su ausencia puede hacer temer un funcionamiento mental perturbado. En el curso del período de latencia la existencia de tales síntomas tienen un valor muy diferente y, aparte de las manifestaciones obsesivas banales de esta época, pueden ser testimonio de una psicopatología precisa y diversa.

*Houzel y Bastard*⁹² (1983) distinguen en su semiología de las fobias infantiles los siguientes tipos:

1. Los miedos arcaicos de A. Freud, del 2.º trimestre de la vida (cambios de entorno o hábitos que perturben su seguridad, los elementos naturales como viento, tormentas, etc. y, sobre todo, el miedo del 8.º mes de las «caras extrañas»)

2. Las pseudofobias: las fobias de separación (la entrada en la escuela maternal).

3. Las prefobias: son la matriz de los fenómenos fóbicos (miedo a la oscuridad, ansiedad nocturna y aun los terrores nocturnos).

4. Fobias no neuróticas:

a) Fobias normales de la evolución del ni-

ño, sobre todo en el período edipiano, bien bajo la forma de fobias o disimuladas bajo la forma de inestabilidad psicomotriz, inhibición, trastornos de conducta.

b) Fobias de organizaciones psicóticas o prepsicóticas, masivas y mal estructuradas (fobia a los ruidos de las psicosis precoces).

5. Fobias verdaderas:

a) Fobia de objeto: son las más frecuentes.

b) Fobias de situación: aparecen después de los 4 años, la más corriente es la fobia escolar.

*Bowlby*³⁶ distingue las fobias verdaderas, en las que el niño teme un objeto o situación fóbogenos y para alejarse de ellos hace una conducta de evitación, y las pseudofobias en las que lo que sucede es que el niño teme la pérdida o ausencia de la figura, generalmente materna, «de afecto» que le protege de los posibles peligros, produciéndose así un estado ansiógeno «apego ansiógeno», que se da más en niños sobredependientes o con una experiencia de separaciones reales. Para este autor, el temor de la separación (no disponibilidad de la Figura de Apego) viene dado porque la «Conducta de Apego» está determinada genéticamente, el niño se siente protegido por dicha figura y se encuentra a gusto con ella y su ausencia le expone a los indicios naturales de peligro, temor a los extraños de los 6 meses, a los objetos extraños de los 8 meses, de todo lo que se aproxima rápidamente, de la oscuridad, de la soledad, de los animales.

Toro Trallero,²⁰⁶ en 1971, y en relación con las obsesiones cita a Fries, que afirma que se puede acondicionar los comportamientos obsesivos de una manera patológica a partir de ciertas relaciones con una madre angustiada y perfeccionista y que asimismo Copel, en algunos momentos de su exposición, parece compartir esa idea. «A nuestro modo de ver, ésta es la explicación más válida a priori, la única que se asienta sobre criterios evolutivos y genéticos. Así pues, podría defenderse la hipótesis de que las asociaciones infantiles se organizan sobre un repertorio de conductas repetitivas y ritualizadas, propias de cada edad. Ello supone que las conductas obsesivas adop-

tarán distintas modalidades según las fases del desarrollo neuropsicológico y cognitivo en que se halle el niño. Ello justificaría que no se vean cuadros obsesivos por debajo de los 6 años y que, por ejemplo, los síntomas más precoces sean conductas manifiestas y observables. Asimismo, la incidencia de cuadros completos en la adolescencia quedaría también justificada, dado que en esa época se alcanza una estructura de pensamiento propia de la vida adulta. El contenido y las modalidades de las obsesiones dependerán de su circunstancia, su posibilidad y la estructura de su edad de desarrollo neuropsicológico». En cuanto a la terapéutica dice que «las indicaciones terapéuticas son ambiguas, confusas, etc. Como pautas para el tratamiento indica las siguientes:

1. Conductas estereotipadas (antes de los 5-7 años): regulación de cualquier anomalía fisiológica básica, aconsejamiento a los padres y escuela y extinción de las conductas en cuestión evitando las oportunidades de practicarlas.

2. Patología obsesiva y difusa (7-11 años): reestructuración de costumbres y reforma ambiental, técnicas propias de la terapéutica del comportamiento, psicoterapia de apoyo y psicofarmacología específica.

3. Neurosis propiamente dichas (adolescencia): pautas terapéuticas propias del adulto.

En unas recientes publicaciones^{207,208} Toro Trallero hace un estudio general de las obsesiones infantiles, describiendo los cuadros obsesivos en sus diferentes aspectos: etiológico, epidemiológico, sintomatológico, pronóstico y terapéutico. Señala, entre otros aspectos, la implicación de los padres, bien en forma participativa en los ceremoniales obsesivos de los hijos, bien en forma de agresividad, que puede llegar hasta los malos tratos, hacia los mismos, señalando asimismo la frecuencia de conducta agresiva de los hijos hacia el entorno familiar. Dedicar una parte del trabajo a analizar las relaciones entre las obsesiones y la enfermedad de Gilles de la Tourette que «constituyen uno de los hechos más sugerentes de la existencia de algún género de base biológica en el trastorno que nos ocupa».

En relación con la evolución cita el trabajo de Oancea y Pirvulesco que mencionan 4 formas evolutivas: simple (34 %), recurrente (22 %), duradera (29 %) y crónica (15 %). Critica asimismo las diferentes terapéuticas utilizadas: psicodinámicas «carecen de resultados satisfactorios verificados con un mínimo rigor. Conductuales «parecen ser las más eficaces o, al menos, las menos ineficaces», señalando como las más apropiadas la exposición in vivo, la prevención de respuestas y la exposición imaginaria. Terapia racional emotiva. Terapia farmacológica, para muchos la terapia con imipraminas, con resultados aleatorios según los autores. Propone el tratamiento ecológico, con un cambio general del ambiente, sobre todo referido a la familia que tan implicada está en estos casos.

En relación con las fobias el autor estudia los factores genéticos y distingue:

1. Factores genéticos: se debe, entre otros, a Marks y su concepto de los estímulos prepotentes; este concepto supone la existencia de una disposición genética que facilita el establecimiento de respuestas fóbicas exclusivamente ante determinados patrones estereotipados de estimulación.

2. Factores familiares: no existe ninguna investigación que haya permitido verificar una relación unívoca entre variables familiares específicas y los distintos tipos de comportamiento neurótico. «No existe la madre esquizofrénica y tampoco una madre fóbica».

3. Factores experienciales: las reacciones fóbicas pueden adquirirse o aprenderse a través de distintos fenómenos: condicionamiento clásico, aprendizaje por observación, aprendizaje instrumental, señalándose cada vez más la importancia de los factores instrumentales y cognitivos.

4. Personalidad premórbida: no existe una personalidad premórbida propiamente dicha. Pueden ser agresivos o a veces hiperactivos, con comportamientos antisociales o más miedosos.

Es digno de mencionarse que en un reciente trabajo Scherrieier y Libow¹⁸⁸ describen lo

que ellos denominan «alucinaciones fóbicas» en niños de 2 a 6 años, que se acompañan de gran ansiedad y de conducta fóbica, siendo casi siempre visuales y/o táctiles. Suelen constar de una fase alucinatoria aguda, seguida de otra fóbica de carácter subagudo que puede durar semanas o meses. Todos los casos descritos por estos autores vuelven a su normal funcionamiento.

*Grahan*⁸¹ separa claramente las fobias de las obsesiones. Incluye las fobias dentro del capítulo «El desarrollo y sus desórdenes» en el apartado «Desarrollo emocional» y dentro de éste en «Los estados ansiedad y miedos específicos», tratando los miedos y las fobias juntamente y sólo hace mención específicas de estas últimas al tratar del rechazo a la escuela y al mencionar los métodos conductistas como forma de tratamiento. Las obsesiones las estudia dentro del capítulo «Síndromes específicos psiquiátricos» junto con las psicosis y la histeria y en el tratamiento señala las técnicas conductuales como las más efectivas, junto con apoyo familiar y medicación con clorimipramina, y añade que estos métodos terapéuticos pueden combinarse con psicoterapia individual y familiar.

Fobia escolar

Dice *Quéré*¹⁷³ que la fobia escolar es todavía un síndrome relativamente desconocido, tanto por los padres como por los maestros y médicos, cosa que atribuye Lebovici a la dificultad para el observador de concebir la escuela como algo peligroso. El entorno supone siempre en el niño con fobia escolar cierta dosis de mala fe, toman su conducta como un desafío y hablan de mala intención y pereza.

Sin embargo, la noción de fobia escolar no es nueva en la literatura puesto que Broadwin señala ya su existencia en 1932, aunque el término «fobia escolar» aparece por primera vez en un trabajo de Johnson, Szureck y Svendsen de 1941 para individualizar casos de ni-

ños o adolescentes que se niegan a acudir a la escuela sin reales y conocidos motivos, reaccionando con cuadros de ansiedad o pánico cuando se intenta obligarles.

El propósito de estos autores era demostrar que se trataba de algo diferente de la «fuga escolar», «hacer novillos», «hacer pellas», ya ampliamente demostrada. La diferencia esencial es que el que hace novillos no tiene una verdadera angustia mientras que ésta está en el primer plano en el fóbico escolar. Otra diferencia es que el fóbico «desea» ir a clase y tiene ambiciones escolares mientras que el que hace novillos no tiene ningún interés en este aspecto. La angustia, el deseo imperioso de quedarse en casa y en interés conservado por la escolaridad constituyen una tríada muy evocadora de fobia escolar.

Stone resume así los rasgos que diferencian la fobia escolar del abandono o fuga escolar:¹⁹⁹

	<i>Fobia escolar</i>	<i>Abandono escolar</i>
Inicio	Súbito	Insidioso
Edad	8-12 años	7-8 años y mayores
Sexo	Igual varones y hembras	Predominio de varones
Escolaridad previa	Buena	Deficiente
Personalidad	Conformista	Rebelde
Síntomas psicósomáticos	Comunes	Raros
Hogar	Convencional, cohesivo	Inadecuado socialmente
«Gatillo disparador»	Accidente, enfermedad, duelo	Crisis doméstica, cambio
Delincuencia posterior	Rara	Común

Clínicamente las fobias escolares se manifiestan de dos formas diferentes:

a) Síntomas de ansiedad manifiesta, tales como llantos, súplicas para quedarse en casa, depresión, agitación, etc., sin que el niño pueda dar una explicación satisfactoria de por qué le pasa este cuadro.

b) La ansiedad sufre un proceso de conversión somática, apareciendo dolores abdo-

minales, náuseas, vómitos, despeños diarreicos, cefaleas, que suelen ser de aparición matutina. En los casos mas intensos pueden aparecer síntomas de regresión como enuresis o encopresis.

*Launay*¹²¹ distingue «la fobia espectacular habitual en el niño pequeño» y «la fobia escolar oculta del escolar más mayor». En el primer caso se trata de una crisis ansiosa y de un rechazo rabioso y obstinado de ir a la escuela, asociándose muchas veces a manifestaciones somáticas de ansiedad y se da en niños de hasta 8-10 años. El escolar de mayor edad camuflará su ansiedad, pero preso él también de angustia en el momento de ir a la escuela, cambia de dirección, vaga por la calle y espera con ansiedad e inquietud la hora de volver a casa aunque la superchería acabará por descubrirse.

*Kennedy*¹⁰⁸ distingue dos tipos de fobia escolar:

Tipo I. Fobias del primer episodio: de inicio agudo, un lunes más frecuentemente, precedido de una enfermedad corta, más frecuente en los primeros cursos y con ideas de muerte. Buena dinámica familiar.

Tipo II. Fobias del 2.º, 3.º y 4.º episodio: comienzo insidioso, no precedido de enfermedad, más frecuente en los últimos cursos. Dinámica familiar alterada.

Para *Lebovici*¹²⁷ las formas graves de fobia escolar están claramente dentro del cuadro de las fobias en general, interviniendo en su desarrollo varios factores:

a) El camino que lleva a la escuela es agorafóbico.

b) El interior de la escuela es claustrofóbico.

c) El hecho de quedar en la escuela priva al niño de la protección materna.

Según este autor la fobia escolar constituye un ejemplo de angustia pura, no elaborada (carencia de ideas o rituales obsesivos), acompañada de inhibición y por ello totalmente absurda a los ojos de padres y maestros.

Coolidge y Peck dividen también las fobias escolares en dos grupos: el 1.º está constituido por niños de 5 a 8 años, de comienzo agu-

do y dramático y con un gran contraste entre su forma de ser anterior, cooperante, gentil y dichoso y la que manifiesta cuando aparece la fobia, tenso, quejoso y desgraciado. El segundo grupo comprende niños mayores, sobre todo adolescentes, con un comienzo insidioso, precedido de una historia de trastorno fóbico o de otra naturaleza, apareciendo la fobia escolar como el punto culminante de toda su patología anterior.

*M. Sperling*¹⁹⁶ distingue cuatro cuadros de fobia escolar:

a) Aguda o traumática: de aparición brusca y ligada a un acontecimiento traumático. El elemento traumatizante representa para el niño una amenaza de pérdida de control sobre la realidad (una enfermedad, la muerte de un pariente, etc.) y toma el valor de una amenaza intensa de separación. El comportamiento fóbico será la expresión de un aumento del deseo de control mágico (sobre la vida y la muerte). Muchas veces es posible descubrir el significado inconsciente del acontecimiento traumático, y de interpretar al niño sacando a la luz los deseos de muerte inconscientes.

b) Fobia escolar aguda inducida: aparece en la edad de la latencia y es posible encontrar algunos comportamientos fóbicos en el pasado. Aquí el traumatismo es insidioso y resulta principalmente de una relación patológica padres-hijo.

c) Fobia escolar crónica inducida: se trata de una perturbación grave de la personalidad, en la que la fobia escolar no es más que un síntoma y estaría emparentada en cierto modo con la psicosis simbiótica.

d) Fobia escolar crónica traumática: tiene por función focalizar la neurosis en un sector. Los conflictos movilizados por el trauma o por una serie de experiencias traumáticas están las más de las veces ligados al estado edípico.

Según una gran cantidad de autores el núcleo del problema de la fobia escolar está en la ansiedad de separación y a lo que tiene miedo el niño no es tanto ir a la escuela como de separarse de la madre. Señalan la relación de dependencia estrecha y mal resuelta entre la

madre y el hijo fundada sobre sentimientos mutuos de solicitud excesiva y de agresividad rechazada. Lo que el niño teme es la realización en su ausencia de sus fantasías agresivas inconscientes, de ahí la necesidad para él de quedar cerca de su madre para verificar la nulidad de sus miedos.

Para *Johnson*¹⁰¹ se precisa que se reúnan tres condiciones: sobre un fondo de dependencia excesiva y mal resuelta sobreviene el recrudescimiento de la ansiedad en el niño, al mismo tiempo que la madre se siente amenazada en sus posibilidades de satisfacción. Nuevamente frustrada, la madre tiene deseo de explotar el brote ansioso del niño y su afán de dependencia. El ciclo se cierra con el maestro, que acaba constituyendo el objeto fóbico por desplazamiento sobre él de las fantasías agresivas inconscientes inicialmente dirigidas hacia la madre.

Sin embargo, la identificación en el 100 % de los casos entre fobia escolar y separación no es correcto porque, entre otras cosas, la fobia escolar debería ser mucho más frecuente y predominar en los primeros años de la escolarización y esto no es así. Para la DSM-III «en una verdadera fobia escolar, el niño teme a la situación escolar tanto si va acompañado de sus padres, como si no».

Una visión muy diferente de las fobias escolares es la de Bolman, que en 1970 señala los aspectos no familiares o sea sociales en su más amplio sentido, como factores raciales, obligatoriedad de la escolarización, comunidad y (de la misma) escuela (tipo antiguos edificios detrás de un cerco metálico o de ladrillo, aislado, etc.) como causa de la fobia escolar.

Ciertos autores americanos de los años 60, *Lewenthal*¹³³ y cols., y *Warnecke*²¹⁶ propusieron otra alternativa. Para estos autores lo más evidente en el comportamiento del rechazo escolar es que los niños se sobrevaloran y sobrevaloran asimismo sus posibilidades y sus realizaciones, tendiendo a mantener esa imagen de sí mismos, su «self», no conforme a la realidad, pudiendo considerarse el rechazo escolar como un mecanismo de defensa para

proteger la imagen sobrevalorada de sí mismos a través de la fuga y por ello son tan sumamente sensibles al fracaso escolar. En estos niños cualquier acontecimiento puede producir la ruptura de la estima de sí mismos, un cambio de clase, de escuela, el retorno al colegio después de una enfermedad, cualquier humillación sufrida, etc., y la única solución es la huida a la propia casa, donde la propia estima está a salvo.

Evidentemente la distinción entre fobia escolar propiamente dicha y ansiedad de separación es muy importante porque las formas de encarar el problema son muy distintas.

¿Cómo es la personalidad subyacente de los niños con fobia escolar? *Waldfogel* señalaba ya en 1957 su ausencia de autonomía del yo y las dificultades de identificación sexual.²¹⁵ *Sperling* opina que las fijaciones y pulsiones pregenitales sádico-anales juegan un papel preponderante en el desarrollo de las fobias escolares. Lo que está en el fondo de estas fobias es la incapacidad de separarse de la madre y de comportarse de un modo autónomo fuera de la familia. Para Coolidge y cols. se trata la mayoría de las veces de niños neuróticos que según el proceso fóbico clásico resolverían su conflicto edípico desplazándole de la madre al colegio, otras veces serían niños caracteriales que parecen fijados en un estadio pregenital del desarrollo y que recurren excesivamente a mecanismos de defensa del tipo de la proyección y de la externalización. Su personalidad es pobre y encogida, su afectividad pobremente expresada, sus fantasías pobres y, en conjunto, se trata de una personalidad reprimida: se trata de un trastorno severo de la personalidad, de una patología del Yo. *Dugas*⁵¹ encuentra entre estos niños una extrema variabilidad de estructuras psicopatológicas, reunidas por el solo síntoma común de la fobia escolar. *Queré* distingue dos tipos de niños: los primeros, los más numerosos, tienen una estructura de personalidad de tipo neurótico, aunque no se pueda hablar de neurosis estructurada, y la significación del síntoma es bastante clara, se trata del dominio de la madre y su modo de formación es el de

la ansiedad de separación. El segundo grupo lo componen niños con una patología del narcisismo y del ideal del Yo; se trata de niños que hasta la aparición de la fobia hacían la felicidad de los padres, gentiles, obedientes, razonables, siempre dispuestos a hacer cualquier servicio, que evocan una pseudomadurez defensiva y la identificación masiva al adulto.

En relación con el desencadenamiento de las fobias tenemos que cuando se pregunta al niño éste alegará diversos motivos, un maestro nuevo o autoritario, miedo de los compañeros que se confabulan contra él, demasiado trabajo o que éste es muy difícil, etc., que, claro está, no son más que tentativas de racionalizar su comportamiento, pues todos los niños, en un momento u otro sufren de estos acontecimientos; sin embargo, no se puede dudar de su buena fe, promete ir a clase y cree que irá pero a la mañana siguiente su ansiedad lo hace imposible. Como factores desencadenantes pueden verse: en los pequeños una enfermedad benigna que le obliga a guardar cama varios días y que hace revivir en él dependencias arcaicas no resueltas de la madre y el hijo; la enfermedad de uno de los padres, un cambio de casa, un nacimiento de un hermano son susceptibles de provocar una ola de angustia. Otras veces no se pueden encontrar acontecimientos desencadenantes y parece como si hubiese niños particularmente predispuestos a padecer en ciertas circunstancias de fobia escolar.

La personalidad y comportamiento de los padres han sido también objeto de estudio en estos casos de fobias escolares. Se describen madres ansiosas, ambivalentes, hiperprotectoras que viven como un abandono el crecimiento y la individualización de sus hijos, fijadas ellas mismas a su propia madre y con dudas en cuanto a su propio valor como madres y se ha hecho particular estudio de las posibilidades de que padecieran episodios depresivos, y así, *Queré* dice que los estudios anamnésticos muestran la existencia de muchas madres con episodios depresivos padecidos cuando el niño tenía alrededor de 8 meses, rela-

cionando este hecho con la angustia del 8.º mes y la ansiedad de separación presente en muchos casos de fobia escolar.

En el interior de la diada patológica madre-hijo, este se encuentra atrapado en un conflicto de ambivalencia: la escuela es el lugar por excelencia donde se ejercen las pulsiones epistomofílicas del niño, ir a la escuela es autonomizarse, reforzar su independencia y consolidar su individualización. Ciertos niños que, demasiado atados a su madre, demasiado dependientes de ella y que perciben también que ella vive como un abandono toda veleidad de independencia, prefieren renunciar a ir a la escuela por temor a perderla.

Los padres son descritos como ausentes, poco o nada capaces de ejercer su papel viril de padres. Se encuentran también preferentemente casos de competitividad entre el padre y la madre (*Warneche y Dugas*) para ganar el afecto del niño y producirse el que el hijo tenga «dos madres ansiosas» en lugar de una. Estos padres, cuando surge la fobia escolar se encuentran desamparados, incapaces de una actitud firme y tranquila que asegure al niño y le permita resolver el problema.

*Dugas y Gueriot*⁵¹ insisten sobre la extrema dependencia del niño respecto a la familia, sobre todo respecto a la madre, que es mantenida largo tiempo de un modo patológico, por lo que el niño no soporta a la escuela y a lo que ello significa, separación, pérdida de una situación de privilegio, riesgo de competición y posibilidad de fracaso. Esta enorme necesidad de afecto puede desencadenar, de forma paradójica, pulsiones agresivas contra los padres, adquiriendo entonces la fobia un carácter de «técnica de imposición» a los padres.

Las cifras dadas para estimar la frecuencia de la fobia escolar son poco significativas y parciales, sin embargo existe un acuerdo en considerarla cada vez más frecuente. ¿Se la conoce mejor? ¿Hay cada vez más escolares? Hay que tener en cuenta un hecho muy importante como es el clima de competición existente en el mundo que tiene su reflejo en la escuela; triunfar en la escuela es triunfar en

la vida y así la familia vigila los triunfos y los fracasos del niño con ansiedad, ansiedad que el niño percibe dando así a la escuela una significación tal que ésta se convierte a su vez en el soporte de su propia ansiedad. De todas formas los casos más severos se calcula que no llegan al 1 por mil de los escolares (Rutter) y, según Chazan, en 1932 ocurrían en un 1-2 % de los casos vistos en las clínicas de psiquiatría Infantil.

Las edades más frecuentes son entre los 8 y 13 años, con un pico en los 11 años, no apreciándose diferencia en los sexos, aunque parece ser que las niñas tienen formas más precoces pero más benignas y casi todos los autores opinan que se trata de niños más inteligentes que la media, con mejores resultados en las escalas manipulativas ¿Por inhibición fóbica frente a las pruebas verbales que recuerdan más a las tareas escolares?

El pronóstico de las fobias escolares depende de la intensidad, duración y gravedad del cuadro. Warnecke se muestra optimista a este respecto, mientras que Coolidge y Eisemberg señalan las consecuencias desagradables que pueden tener para el futuro de estos niños: de 47 casos estudiados por ellos, 13 alcanzaron una vida normal, 20 quedaron algo limitados en sus relaciones sociales y capacidad personal y los 14 restantes se reparten entre casos de psicosis, border-lines y caracteriales graves. Weins, en 1970, siguió unos casos de fobias escolares durante 5 a 10 años y, aunque la mayoría mostraba una adaptación superficial bastante buena, todos salvo uno, tenían unos rasgos neuróticos muy definidos. En la estadística de Dugas y Gueriot, de 68 casos, se apreció una correlación entre reincorporación pronta a la escuela y la ausencia de problemas de adaptación extraescolar.

Los límites nosológicos

Es evidente que toda enfermedad mental lleva aparejada una pérdida de la libertad, el enfermo es impulsado a hacer cosas o pensar en

cosas que sin ella no haría ni pensaría. Qué duda cabe que el pensamiento impuesto de un esquizofrénico, el impulso a actuar del maníaco, la crisis disfórica de un epiléptico, las estereotipias motrices de un oligofrénico, presentan «alto impuesto por la enfermedad». La diferencia fundamental con los pensamientos o las compulsiones de los obsesivos y aun de los fóbicos es la «no conciencia de esa imposición», mientras que éstos los viven plenamente y luchan con más o menos éxito contra ellos.

Partiendo de este límite, que naturalmente no es una raya perfectamente definida, examinaremos unos cuadros clínicos propios de la infancia y de la adolescencia que participan en mayor o menor grado de una sensación de imposición y de una lucha contra ellos.

Tics

Ya para Janet los tics eran equiparables en cierto modo a los fenómenos obsesivos genuinos.⁹⁶ y Regis distingue tres tipos de tics¹⁷⁸

1. Tic impulso-psíquico: se trata de un verdadero acto obsesivo.
2. Tic impulso-psicomotor: no es obsesivo y no se acompaña de ansiedad.
3. Tic impulso-motor: son típicamente motores e involuntarios.

Estos tres tipos de tics, aunque no tan tajantemente expuestos como lo hizo Regis, han subsistido a lo largo de las descripciones de las diferentes formas o gravedad de los tics.

Según Michaus los tics pueden tener el valor de una obsesión-compulsión, Kanner resalta entre los componentes de la personalidad del ticoso un exceso de escrupulosidad y para Levovici y Diatkine «algunos hábitos nerviosos», entre ellos los tics, pueden tener un carácter obsesivo.^{150,106,126}

El punto de referencia para señalar como compulsivo a un tic es la tensión preexistente a la ejecución y el alivio y mejoría, aunque transitoria, después de la liberación motriz. A este respecto Houzel y Bastard dicen: «los tics pueden presentar un carácter impulsivo, una lucha ansiosa y una mejoría provisional des-

pués de la liberación motriz». *Malet y Raban*¹⁴¹ incluyen entre los síntomas obsesivos a los tics, pero sólo cuando son fonatorios, señalando asimismo la mejoría transitoria después de la descarga motriz y ponen como ejemplo el tic de parpadeo que sirve para rechazar una fantasía voyeurista, como típico acto compulsivo.

La relación tic-obsesión, la describen *Malet y Houzel* de siguiente modo: «el tic como síntoma de un estado neurótico: es habitual considerar que el tic, por su carácter compulsivo-conjuntatorio y por su relación a una idea obsesiva en vista a una problemática anal (tanto agresiva como erótica) se integra en una organización neurótica marcada por la existencia de síntomas obsesivos (ideas obsesivas, ritos o rituales diversos), con un cierto grado de inhibición intelectual y por la presencia de rasgos de carácter obsesivo (meticulosidad, preocupación excesiva por la limpieza, parsimonia, etc). Pero será necesario precisar en este contexto las complejas relaciones que existen entre tics y obsesiones: es muy frecuente, en efecto, observar en los ticosos síntomas obsesivos».¹⁴⁶

Por otro lado, los tics, por sí mismos, tienen un carácter obsesionante, ello en ausencia de toda organización neurótica propiamente dicha; los tics pueden determinar, por los conflictos que ellos generan, y por la actitud parental coercitiva, un carácter obsesionante en el niño, y estructurar así, de un modo obsesivo, una situación psicológica conflictual preexistente.

Para *Ajuriaguerra*⁵ «si se encuentra en los ticosos, una sintomatología neurótica en el 59 % de los casos, está muy lejos de ser necesariamente de tipo obsesivo». Sin embargo, al hablar de la etiología cita a *Charcot* que señalaba ya como impresionante la asociación tic-obsesión en el marco de una familia y consideraba a la obsesión como campo abonado para el tic; a *Cobert* y cols., que en 1969 decían: «los síntomas obsesivos e hipocondríacos aparecen de una forma significativa, mucho más frecuentemente en los pacientes con tics», y a *Rouart* para el que «el tic tiene el

mismo significado que una confesión forzada contra su voluntad, como es la eritrofobia, con la que comparte el carácter compulsivo y espectacular por sí mismo». Todas las auto-ridades clásicas coinciden a atribuir a los tics componentes psicológicos que se asocian frecuentemente a obsesiones y distingue varios tipos de tics, y entre ellos, los tics de algunos obsesos convertidos ya en ritual.

Lo dicho para los tics sirve igualmente en su mayor parte para los hábitos motóricos complejos (onicofagia, tricotilomanía, bruxomanía, etc.).

Enfermedad de Gilles de la Tourette (Tourette's Syndrome T. S.)

La enfermedad o síndrome de Gilles de la Tourette, descrita por primera vez por este autor en 1885, con su clásica tríada de «incoordinación psicomotriz con ecolalia y coprolalia» (véase que en esta primera descripción no se habla de tics, sino de incoordinación), fue conocida un año después por Guinon como «enfermedad de los tics de los degenerados» y desde entonces entró a formar parte del grupo de los tics, añadiendo a la tríada clásica una sintomatología mental de tipo fóbico y obsesivo e incluso episodios delirantes pasajeros.

Siempre se consideró un síndrome más bien raro, para Kanner, «una variedad rara de tics», hasta que en 1960 comenzó a despertar cada vez más interés, sobre todo a raíz de descubrirse la posibilidad de tratamiento eficaz con la butirofenoma y posteriormente con la clonidina y el vislumbre de un encuadre etiológico debido a las nuevas y sofisticadas técnicas neuroquímicas. La consecuencia fue que en EE.UU., que en 1973 registró sólo 173 casos, hoy se calcula que afecta a unos 110 000 casos.

En la mayoría de las hoy ya numerosas publicaciones (*Dowling*)⁴⁹ se llama la atención sobre la frecuencia de problemas de conducta asociados al síndrome clásico, tales como trastornos de la atención, hiperactividad y, lo que más nos interesa en este momento, com-

pulsiones y obsesiones, que van más allá de las descritas en la DSM-III. La naturaleza de las obsesiones y compulsiones que se pueden apreciar en el T. S. son extraordinariamente variadas, desde conductas de automutilación hasta repetición de actos aparentemente sin significado, describiendo, los enfermos que tienen la suficiente edad para hacerlo, sus propias emociones, de una «percepción de tensión interior que está continuamente presente». Esta asociación obsesión-T.S. ha llevado a algunos autores como *Yaryura*²²³ a tratarlos con clorimipramina.

El psicoanálisis ha estudiado estas relaciones, y así, Gerard describe los tics como la expresión motriz de un deseo compulsivo o más bien como una enfermedad psicomotriz de una experiencia general traumática. Según *Lebovici* y cols.¹²⁹ se podría encontrar en la discusión sobre los tics que propone Abrahan las mismas perspectivas que en su relación con la histeria, pero la aproximación entre los tics y los actos obsesivos conduce a otros puntos de vista: «a mi entender es tan imposible separar el tic del acto obsesivo como hacerlo entre la angustia y las manifestaciones de conversión entre los histéricos. El terreno aporta una etiología, es decir, una relación entre esta afección y ciertos acontecimientos vividos, como en la histeria, pero no aporta ninguna significación en su vida mental como en el obsesivo, que sufre las consecuencias nefastas de una omisión por su parte». No obstante, *Abrahan* aproxima el tic a la neurosis obsesiva: la organización es pregenital, fijada según un modelo sádico-anal, como en la neurosis obsesiva.

La impulsión retenida da un valor compulsivo al tic, sin embargo, el ticoso no está sumido en el pensamiento mágico del obsesivo. Además, la fórmula obsesiva del ticoso es más simple que en la neurosis obsesiva, el sistema cerrado de la descarga motriz contrariada es mucho más compleja en el pensamiento del obsesivo; los tics podrían ser, por tanto, aproximados a los síntomas obsesivos que no definen ellos solos el conjunto clínico de la neurosis obsesiva.

En los tics (expresión motriz) y en las obsesiones (expresión mental) se puede admitir que los mecanismos neurofisiológicos son idénticos, aunque el tic tiene también, como recuerda *Widlöcher*, un valor intencional.

Nosotros creemos, sin embargo, que existe algún parentesco entre los tics, ciertas impulsiones con rituales que tienen el aspecto de tics aislados o complejos y el conjunto clínico y estructural de las neurosis obsesivas y en ciertos casos una neurosis obsesiva sucede a un síndrome de Gilles de la Tourette.

Como conclusión de su trabajo *Lebovici* y cols. resumen del siguiente modo las relaciones de los tics con otros cuadros clínicos, según los diferentes estudios psicoanalíticos:

1. Los que siguen las primeras indicaciones de S. Freud que aproximan la histeria de conversión y los tics.

2. Otros que muestran las relaciones entre dos tipos de lucha: la lucha existente contra la compulsión motriz y la que existe contra la compulsión obsesiva que caracterizan al tic, tal como lo hace *Melanie Klein* (1925) en la descripción de un caso en el que la lucha antimasturbatoria da lugar a la presentación de un tic y a su tensión.

3. La tercera tendencia vuelve a tomar las teorías de S. Freud y habla de descargas motrices postraumáticas (*Ferenczi*) y de neurosis de conversión pregenital (*Abrahan-Fenichel*)

Bulimia

La bulimia (del griego: buey hambriento) es un trastorno que se caracteriza por episodios recurrentes de ingestión de gran cantidad de comida (atracones) con pensamientos de autodepreciación y humor depresivo.

Como defensa contra el aumento de peso que estos atracones producen inevitablemente los bulímicos se provocan el vómito, bien mecánicamente, bien mediante sustancias vomitivas (se han descrito ya en la literatura americana varios casos de muerte por ingestión de ipecacuana) y además toma una gran cantidad de laxantes (*Swift y Letven*, 1985).²⁰²

Aunque los primeros estudios datan de 1955

(Balint) es en la década de los sesenta cuando el cuadro va despertando cada vez más interés (Kohut, 1971; Green y Rau, 1974; Vermuth y cols., 1977) y aparece ya como diagnóstico oficial independiente en la 3.ª edición de la DSM-III. A partir de estos años los estudios se han multiplicado y nuestro interés en este cuadro clínico reside en que una gran parte de los pacientes de bulimia, adolescentes femeninas muchas de ellas, muestran rasgos obsesivos de personalidad.

Un estudio de Johnson de 1984 cifra la incidencia en una población estudiantil de enseñanza media de 1268 estudiantes de sexo femenino en un 4,9 %, y otro de Halmi y cols. recogía que el 19 % de la población universitaria femenina cumplía los criterios de bulimia según la DSM-III.

Aunque no hay muchos estudios convincentes acerca de los factores etiológicos, factores neurofisiológicos (Green y Rau, Vermuth y cols.), asociación con depresión (Hudson y cols., Pyle y cols., Rusell), factores psicológicos (Casper, Jours, Jugerman y Kurasch), factores sociales, como el «rol» de la mujer moderna en nuestra sociedad occidental (Boskind-Lodahl, Boskind y Wite), sin embargo es evidente que el atracarse de comida tiene una gran relación con las compulsiones, y así, algunos de estos autores las relacionan con la adicción a la droga y alcoholismo mientras que otros dicen claramente que es un trastorno obsesivo-compulsivo igual a lavarse las manos continuamente. A este respecto Balint decía que era típico de estos pacientes una relación objetal de tipo ormofílico,¹⁵ con predominio de la «adhesión, el encogimiento, la duda, la vacilación», es decir, la anancasticidad. Un punto de vista un poco particular es el de los psicólogos James Rosen y Harold Leitemberg, de la Universidad de Vermont, que sí consideran a la bulimia como una compulsión, pero no a atracarse de comida, sino a vomitar y la ingestión de comida no tiene más motivación que la de facilitar el vómito, que es el que realmente reduce la ansiedad latente en todos los bulímicos. De todas formas, en el tipo de personalidad de los bulímicos la ma-

yoría de los autores incluyen rasgos obsesivos y depresivos.³⁹

Anorexia mental

Así como de la bulimia no hay todavía demasiados estudios, en la anorexia mental la literatura es abundantísima y los estudios etiológicos, psicológicos, terapéuticos, etc., constituyen legión.

Aunque la relación obsesión-compulsión-anorexia mental no es tan clara como en la relación obsesión-compulsión-bulimia sí hay ciertos rasgos que permiten un acercamiento de ambos cuadros clínicos.

Shyrlley y Kanner dicen: «varios autores la adjudican a la neurosis obsesiva». Para *Laboucarie y Barres*¹¹² en la anorexia nerviosa se pueden diferenciar varias formas: a) Forma clásica de estructura histérica. b) Forma obsesiva, que puede alternar con bulimia. c) Forma fóbica. d) Forma depresiva. e) Forma prepsicótica o psicótica.

Cuando *Gallot-Saulnier* presenta dos casos de anorexia mental masculina dice que tenía más casos, pero sólo había presentado los «puros» habiendo rechazado dos casos de anorexia mental depresiva y otro de anorexia mental de estructura obsesiva.

Aperger, al describir los síntomas de los anoréxicos dice:⁸ «aquello da la impresión de algo compulsivo, movido por un fondo de angustia», y al describir el tipo de personalidad de la anorexia mental «... sufre de profunda angustia y para defenderse contra ella, para conjurarla, se construye, en no raras ocasiones, todo un ceremonial (una ordenación pedantesca de la vida, un complicado rito para comer, ejecución de actos obsesivos antes de emprender una tarea escolar, etc.)», y más tarde «... desde el punto de vista caracterológico, algunos han admitido la existencia de relaciones con el círculo de la histeria»; otros en cambio (entre los que me cuento yo mismo), con el círculo anancástico».

*Jeammet Ph.*⁹⁷ al hablar de las formas prepuberales de la anorexia mental dice que hay formas más raras, en el período de latencia,

con una grave alteración del desarrollo de la personalidad, asociada a rasgo obsesivos marcados. Las considera totalmente diferentes de las fobias alimenticias más típicas de esta edad y estudia más tarde las relaciones de la anorexia mental con la «impulsión» bulímica. En otra publicación posterior señala cómo en la evolución de la A.M. aparecen fobias diversas, muchas veces mal focalizadas y también obsesiones.

Según *Chinchilla Moreno*,⁴³ «la comida, la obesidad, que se etiquetan de ideas obsesivas, que no son siempre absurdas e involuntarias y que considera ideas obsesivas u obsesivoides secundarias a un estado de ánimo ante emociones intelectualizadas. En todo caso se podría hablar de un cuadro depresivo angustioso con contenidos fóbicos y obsesivos. Ambos cuadros, neurosis obsesiva y anorexia mental, se parecen en que tienen un comienzo a edad muy parecida, en su curso crónico y a veces fásico, en que pueden conducir a un defecto de tipo psicótico más o menos marcado y en las alteraciones del rendimiento y en la forma de vivenciar».

Estudia 31 casos propios, de ellos 9 de 16 a 20 años y encuentra personalidad anancástica en 3, fobias en 4 y rumiaciones obsesivas en 13.

Di Cagno y cols. al hablar del tratamiento hospitalario de la anorexia mental dice... «el hecho de confiar a una enfermera los cuidados corporales y la función alimentaria constituye a hacer aceptar la comida, desde el momento en que ella pierde su valor de objeto fobógeno y no es asimilada a la madre».

Según *Dally y Gómez* las anorexias pueden presentar rasgos histéricos, fóbicos, obsesivos, esquizoides y depresivos, dándose a estas formas un valor pronóstico, y señalan que estos rasgos varían según la edad de comienzo de la anorexia mental: aparecen en el 25 % de 11 a 14 años, 40 % de 14 a 18 años y 50 % después de esta edad.⁴⁴

Masturbación

Dentro de la inocuidad del síntoma masturbación se han descrito los casos raros de «mas-

turbación compulsiva», más patológicos, tanto por sus motivaciones (compulsividad) como por su intensidad. Para *Ajuriaguerra*⁵ el adolescente puede encontrar en la masturbación la solución a algunos estados tensionales o el consuelo frente a ciertas dificultades, lo que puede llevarle a organizarse compulsiva o narcisísticamente. Cita a *Blos*, para el que la masturbación adquiere carácter patológico siempre que consolide regresivamente fijaciones infantiles, y cuando adquiere carácter compulsivo se tornará perjudicial para el desarrollo. *Mazet y Houzel*,¹⁴⁶ al describir los diferentes tipos de masturbación, señalan la masturbación compulsional, de tipo neurótico, acompañada de fantasmaticización y culpabilización.

Relación con otros cuadros clínicos afines

Depresión

Para revisar las relaciones de los estados obsesivos y la depresión en la edad infantojuvenil debemos remontarnos a *Abraham*,¹ quien, ya en 1924, comparando la melancolía y la neurosis obsesiva, mostró la existencia de dos etapas en la fase sádico-anal. Subrayó las apariencias de estos dos estados recordando la frecuencia de los síntomas obsesivos en la melancolía, las disposiciones depresivas de los obsesivos y la semejanza entre ambos en los períodos de calma. Sin embargo, existía un contraste fundamental en el comportamiento respecto al objeto: el melancólico renuncia a él, el obsesivo lo retiene. De ello extrajo la conclusión de que hay dos etapas en el interior de la fase sádico-anal: la más tardía, en la que se sitúan las tendencias conservadoras y que corresponde a la regresión del obsesivo, y la más precoz, en las que se sitúan las aspiraciones hostiles al objeto y que corresponde a la regresión del melancólico.

En el IV Congreso de la U.E.P de 1971, los italianos *Bollea y Giannotti*, por un lado, y

Guareschi-Gazullo y Fabiani, por otro, presentaron dos trabajos sobre las relaciones «fenómenos obsesivo-compulsivos y depresión». Los primeros³³ dicen que la aparición de fenómenos obsesivos-compulsivos en la infancia debe siempre hacer pensar en una base depresiva de la personalidad, examinando las significaciones psicopatológicas posibles de esta fenomenología y las causas de su aparición en los momentos más críticos del desarrollo de la personalidad, cuando las demandas de adaptación provenientes del ambiente son vividas como agresivas; estas modalidades agresivas comprometen, todavía más, las condiciones depresivas del Yo, que se siente amenazado y aplastado por estas sollicitaciones exteriores desestructurantes, adquiriendo así los síntomas obsesivo-conclusivos la significación de una modalidad particular de defensa. Señalan, por último, el hecho de que un análisis fenomenológico cuidadoso (análisis familiar, evolución cronológica de una microsinomatología patológica, modalidad particular de comprensión, la evolución de la obsesión, etc.) puede llegar a sospechar la existencia de una situación depresiva. Los segundos,⁸⁵ estudian, sobre todo, las relaciones madre-hijo y las fases del desarrollo, así como los elementos constitucionales y ambientales que facilitan la manifestación obsesivo-compulsiva de las depresiones.

*Frommer*⁷³ estudia las «formas enmascaradas de la depresión» y señala como síntomas que enmascaran las depresiones agudas a los dolores abdominales, cefaleas con vómitos, ansiedad y «fobias»; asimismo cita como síntoma enmascarante de una depresión, y dentro de los problemas escolares, al rechazo o fobia escolar, pero no cita síntomas puramente obsesivos o compulsivos.

Para *Adans*³ se trataría de unos niños y muchachos que se sienten sumamente desgraciados y experimentan un visible malhumor, mostrándose frecuentemente desagradable con las personas que los rodean, suelen actuar con un código moral bastante rígido y su sentimiento de culpa son mayoritarios.

Dugas y Mouren sólo hacen mención de la

relación depresión-obsesiones-fobias cuando comentan, en sus 27 casos estudiados de niños depresivos, que se encuentran ansiedad y fobias múltiples en 16 de ellos, algunas veces en primer plano del cuadro clínico.

*Rapoport y cols.*¹⁷⁶ dicen de una manera taxativa que todos los niños obsesivos por ellos estudiados fueron diagnosticados de depresivos y que todos ellos presentaban trastornos de sueño y algunas ideas de suicidio. Para estos autores el cuadro depresivo era en todos los casos secundario al obsesivo cuando éste llevaba uno o dos años de evolución.

Las relaciones entre las alteraciones obsesivo-compulsivas y la depresión se han visto reforzadas en estos últimos 20 años por los éxitos obtenidos con los fármacos antidepressivos. Son múltiples estos trabajos aunque en 1980 *Elkins*⁵⁶ señaló que de los 50 trabajos publicados en la literatura en este tema hasta esa época sólo dos estaban controlados con técnicas de doble-ciego. Últimamente hay varios estudios (*Luscombe y Stern*) que muestran la correlación existente entre la mejoría clínica de los obsesivos y los niveles plasmáticos de clorimipramina. Por otro lado, recientes investigaciones, según *Ferrer y Tomás Vilaltella*⁶¹ parecen demostrar que en ambos cuadros se da un déficit de neurotrasmisión dopaminérgica y/o serotoninérgica, actuando los fármacos tricíclicos a nivel de la inhibición de la recaptación sináptica.

Psicosis

En relación con la infancia y adolescencia, es bien conocido el hecho de que una esquizofrenia puberal puede tener un inicio con sinomatología obsesiva. Los rasgos obsesivos que aparecen a esta edad se centra principalmente sobre el esquema y las funciones corporales, con su cortejo de preocupaciones hipocóndricas y de temas sexuales. Una crisis aguda de despersonalización puede en estos casos producir una intensa angustia de fragmentación y precipitar la evolución hacia la esquizofrenia, llevando hacia el apragmatismo, el autismo y la irrupción delirante, con

el consiguiente derrumbamiento del Yo.

Para Green⁸⁴ todo ocurre como si el Yo hubiese agotado su facultad de producir síntomas obsesivos, como si la barrera que protegía los síntomas obsesivos del delirio cediese. Estas formas mixtas, o más bien con coexistencia de síntomas de la serie obsesiva y esquizofrénica se han llamado «Neurosis obsesivas maligna o grave», «Esquizofrenia pseudo-neurótica» y hasta algunos autores la conocen con el nombre de «Psicosis obsesiva». Para distinguir estos cuadros, Green señala los siguientes signos clínicos que permiten sospechar la existencia de una psicosis debajo de su fachada obsesiva:

1. Una reducción global de la personalidad.
2. Un gran componente psicasténico con impotencia psíquica, fatigabilidad y depresión.
3. Pasividad ante la invasión obsesiva, con frecuencia desaparición de la angustia y mecanización del comportamiento.
4. Invasor sentimiento de despersonalización.
5. Repliegue del contacto de tipo autístico.

Según *Becade y Bergeret* la crisis de la adolescencia²⁰ tiene una gran importancia porque, a partir de ella, hay una línea de demarcación bastante clara entre los estados estructurales obsesivos y psicóticos, cosa que no sucede con anterioridad a esta edad.

*Michaux*¹⁵² dice que la oposición absoluta de la obsesión y la idea delirante fue durante largo tiempo un dogma, considerándose que estos dos síntomas eran esencialmente diferentes excluyéndose toda posibilidad de transformación, pero que contra el absolutismo de esta oposición diversos autores han admitido la posibilidad de una evolución delirante de la obsesión. Michaux refuerza su teoría sobre las relaciones entre la obsesión y la idea delirante, indicando que lo que las distingue es el carácter parasitario de la primera y la integración de la segunda a la personalidad, aunque la crítica de lo obsesivo no es un monopolio permanente, no más que la convicción del delirante, existiendo una función de crítica que

permite apreciar variaciones cualitativas. Variaciones en el sentido decreciente cuando el proceso se agrava, y es así como la obsesión puede volverse idea delirante; variaciones en el sentido creciente cuando el proceso regresa con la posibilidad de pasar de idea delirante a idea obsesiva; variaciones oscilantes que condicionan las alteraciones de un síntoma a otro. Para Michaux a estas alteraciones de la función crítica se las podía llamar variaciones de la tensión psicológica.

Frecuencia

Miedos y fobias

La frecuencia de los miedos en la infancia no ha sido objeto de estudios serios en cuanto a su totalidad y además son de escaso valor dado que se admite que los miedos entran a formar parte, a uno o a otro nivel, de su desarrollo psicológico, de lo que se considera evolución normal de la personalidad del niño. Quizá conviniera hacer la estadística contraria, es decir, la de los casos que no tienen miedo a lo largo de su desarrollo infantil, pues actualmente esto se considera más patológico que la presencia de los miedos. Los estudios más numerosos versan sobre la proporción de los diversos miedos, bien a través de estudios trasversales, bien a través de estudios longitudinales.

Sobre la frecuencia de fobias hay ya más publicaciones estadísticas, aunque la dificultad de una diferenciación clara entre miedos y fobias hace que dichas estadísticas aparezcan unas veces los mismos fenómenos bajo el epígrafe de miedo y otras bajo el de fobias.

Los estudios de *Mac Farlane* (1954) mostraban que un 90 % de los niños entre 12 y 14 años presentaban al menos un temor específico, dándose la mayor frecuencia de los mismos alrededor de los 3 años, edad en que el 56 % de los niños y el 67 % de las niñas mostraban miedos. *Cummings* (1944-46) y *La-*

pouse y Monk (1959) dan cifras más inferiores, entre 23 y 43 %. *Marks*,¹⁴³ en una recopilación estadística detectaba los siguientes miedos en los niños menores de 2 años:

Ruidos	27 %
Dolor	18 %
Pérdida de equilibrio y lugares altos	13 %
Animales	7 %
Movimientos bruscos, luces y sombras	6 %

*Atucha, Guimon y Uriarte*¹⁰ encontraron en 40 niños:

Miedo a la oscuridad	57,5 %
Miedo a estar solo	47,5 %
Miedo al contacto social	22,5 %
Miedo de personajes irreales	22,5 %
Miedo de animales	17,5 %
Miedo de accidentes a personas cercanas	15 %
Miedo a la muerte	15 %
Dismorfo-fobias	12,5 %
Miedo a la escuela	12,5 %
Miedo de daño corporal	12,5 %
Miedo al agua	10,5 %
Miedo a la enfermedad	5 %
Miedo de ascensores	5 %
Compulsiones de vértigo	5 %

En 1961 publicamos¹⁴⁷ los resultados obtenidos en la aplicación del test proyectivo «Cuentos incompletos» de la psicóloga suiza Louise Düss. Se aplicó la prueba a cerca de 300 niños de 4 escuelas, dos de Madrid capital y dos de un pueblo de la provincia de 6.000 habitantes, de una edad entre 5 y 12 años, separando los resultados por sexos. El fin del estudio fue observar si con este test de advertir de complejos infantiles se podía detectar alguna diferencia entre niños y niñas y entre rurales y urbanos.

En la tabla de la página siguiente exponemos los resultados obtenidos con las pruebas V (el miedo) y X (pesadilla).

Para *Freedman, Kaplan y Sadock*⁶⁵ en las Clínicas de Orientación las neurosis fóbicas se observan con la máxima frecuencia entre los 4 y 7 años, tanto en niñas como en niños, y de ellas dicen «muchos temores de los niños de edad preescolar pueden constituir realmente fobias, y si esto es así, las neurosis fóbicas son probablemente mucho más frecuentes de lo que se deducía de las estadísticas clínicas». A este respecto, England en 1946 interrogó a una serie de niños de 10 años sobre los acontecimientos más importantes de su vida, pidiendo que dibujasen algo relacionado con estas experiencias: la tercera parte se referían a miedos.

Cuando las fobias son graves (fobias incapacitantes) la frecuencia es mucho menor y así *Rutter* y cols.¹⁸⁴ examinaron a 21.000 niños comprendidos entre los 11 y 12 años y que sólo padecían fobias incapacitantes 16, es decir, un 0,8 %.

*Pelechano*¹⁶⁶ critica la universalidad de los miedos y dice: «Una serie de estudios experimentales más recientes han demostrado que esa universalidad y generalidad se encuentra en precario; que dependen en gran medida del contexto dentro del cual se llevan a cabo las observaciones (Morgan y Ricciuti, 1969); Sroufe, Waters y Matas (1974) encontraron muy pocos miedos en niños de 10 meses si eran observados en su casa, pero casi la mitad de ellos presentaron reacciones de miedo al ser observados en el laboratorio. Rheingold y Eckerman (1973) han criticado con razón esta universalidad y sugieren que el saludo y la sonrisa resultan reacciones asimismo muy frecuentes en los niños de esa edad en presencia de una persona que no conocían».

Obsesiones

Ya *Pitres y Regis*¹⁷⁰ en 1910 destacaban que 46 casos de cada 100 tenían los primeros trastornos entre los 5 y 15 años, *Janet*⁹⁵ señalaba, asimismo, que 7 casos sobre 186 comenzaron entre los 5 y 10 años y 29 entre los 11 y los 15, y *Freud*⁷¹ indicó que la neurosis ob-

V. El miedo

Explora: Angustia, autocastigo.

Había una vez un niño que dijo muy bajito: ¡Oh, qué miedo tengo! ¿De qué tenía miedo este niño?

	Respuestas					
	Niños			Niñas		
	Ciudad	Pueblo	Total	Ciudad	Pueblo	Total
Quedarse solo	4	7	11	24	17	41
A los lobos	8	4	12	26	22	48
Pecados (infierno)	6	9	15	21	13	34
Estaba oscuro	4	8	12	12	5	17
La muerte	2	7	9	6	—	6
Agresión externa	10	8	18	9	8	17
Cocos, brujas	—	2	2	18	1	19
Toros	—	—	—	—	5	5
Truenos	—	7	7	—	—	—

X. Pesadilla (mal sueño)

Una vez un niño despertó por la mañana muy, pero que muy cansado. Al despertar dijo: ¡Ay, que sueño tan feo he tenido! ¿Qué soñó el niño?

	Respuestas					
	Niños			Niñas		
	Ciudad	Pueblo	Total	Ciudad	Pueblo	Total
Lobos	8	13	21	7	16	23
Muerte	2	24	26	6	8	14
Demonio	2	3	5	19	21	40
Cosas feas	8	4	12	12	18	30
Miedo	—	5	5	13	9	22
Coger un hombre	4	5	9	4	13	17

sesiva mostraba ya los primeros síntomas entre los 6 y 8 años.

Hall⁸⁶ describió un caso de neurosis obsesivo-compulsiva en un niño de 11-12 años. Bender y Schilder²³ describieron en la infancia, como relativamente frecuente, un síndrome que llamaron «compulsiones» y que era una forma de desorden compulsivo-compulsivo. Berman²⁹ en 1942 revisó 3.050 casos admitidos en el servicio infantil del Hospital Bellevue, entre 1935 y 1939, y encontró solamente 62 casos diagnosticados de neurosis obsesivo-compulsiva, pero un estudio posterior más cuidadoso redujo aún más esta cifra, a 6, que tenían una media de edad de 11 años; en estudio de seguimiento mostró que 2 de los

6 casos se convirtieron en esquizofrénicos, otro se convirtió en un grave neurótico obsesivo y los otros 3 estaban libres de síntomas clínicos, aunque tenían problemas de comportamiento. Bender²⁴ en 1940, dice que en esta fecha se habían publicado pocos datos sobre la frecuencia de la neurosis obsesiva en el niño. Bakwin y Bakwin¹³ en 1953, indican que las ideas obsesivas y las acciones compulsivas son frecuentes en niños muy pequeños, pero que son relativamente inocuas y no neuróticas. Kanner¹⁰⁶ dice, asimismo, que las neurosis obsesivo-compulsivas aparecen raramente antes de la pubertad. Regner en 1959 y Ross en 1964 describieron casos que han comenzado tempranamente, aunque señalando que no

son frecuentes. *Skoog*¹⁹⁴ en 1965, tomando como base casos de adultos, dice que el 15 % de ellos han aparecido antes de los 10 años, el 10 % entre los 10 y los 14 años y el 15 % entre los 14 y 19 años. *Anthony*⁷ señala que el 20 % de todos los casos de neurosis obsesiva del adulto comienzan antes de los 15 años y del 50 al 60 % antes de los 20 años. *Judd*¹⁰⁴ en 1965, sobre 400 observaciones de niños menores de 12 años obtiene 33 casos de neurosis obsesivo-compulsiva, pero sólo retiene, después de un detenido examen, 5 casos en que los síntomas llegaban a obstaculizar la actividad general del niño. *Adams*³ en 1973 estudió 49 niños obsesivos (39 hembras y 10 varones) que constituían el 10 % de los casos totales; los síntomas obsesivos empezaron a los 6 años por término medio, pero no consultaron hasta 4 años después; tuvieron un comienzo gradual en 2/3 de los niños; un suceso precipitante ocurrió en la mitad de los casos; todo el grupo tenía un C.I. por encima de la media; más de la mitad tenían también fobias y en 3/4 de los casos había sintomatología obsesiva en otros miembros de la familia.

*Hollingsworth*⁹¹ revisa 8.367 casos de niños y adolescentes tratados en el Instituto Neuropsiquiátrico de UCLA y encuentra 50 diagnósticos de neurosis obsesivo-compulsiva con una media de edad de 9,6 años, entre 1959 y 1975. De estos 50 casos sólo 17,14 varones y 3 hembras tenían los 3 criterios de Judd para el diagnóstico: a) Una constelación de síntomas obsesivo-compulsivos bien definida. b) No presentar síntomas de otro trastorno psiquiátrico más importante. c) Sintomatología lo bastante severa como para interferir en el funcionamiento general del niño. En 15 de los 17 casos los pensamientos fueron claramente expuestos o tenían apariencia de fobias y las impulsiones se parecían a las que presentan los niños en el período de latencia, pero más marcadas.

En el estudio de *Rutter* y cols.¹⁸⁴ que hicieron en la isla de Wight (1970), no hallaron ni un solo caso de trastorno obsesivo-compulsivo en una población de más de 2.000 niños de 10 y 11 años. *Augspurger* y *Stewart*¹¹ encuen-

tran unas variaciones de frecuencia en los diferentes autores que van del 0,1 al 3 %.

*Toro*²⁰⁸ encuentra un 2 % de niños obsesivos en su estadística. En el antiguo Hospital Psiquiátrico Infantil Fray Bernardino Álvarez sólo aparecían 18 historias con el diagnóstico de «Trastornos obsesivo-compulsivos» (0,32 %) aunque la cifra subía al 1,10 % cuando se incluían historias con otros diagnósticos más banales pero que presentaban rasgos manifiestos y trastornos de la serie obsesiva.

Diagnóstico y exploración

Obsesiones

Todos los autores están de acuerdo en que la valoración de la conducta obsesiva es dificultosa ya que las obsesiones son sucesos internos y cognitivos casi imposibles de observar y medir, tanto por el mismo sujeto como por el observador imparcial (*Ladouceur y Carrier*).¹¹²

Esta dificultad aumenta en la infancia por las dificultades que los niños tienen para la introspección y por las carencias de su expresión verbal para explicitar sus procesos internos.

Entrevistas: Estas deben basarse en los siguientes puntos:

1. Número y naturaleza de las obsesiones y tipos de conducta de evitación.
2. Presencia de estímulos desencadenantes en el entorno.
3. Respuesta emocional (ansiedad, depresión, agresividad).
4. Frecuencia de pensamientos asociados al miedo.
5. Relación entre cambios de humor y desórdenes obsesivos.
6. Coexistencia de problemas familiares, escolares, etc.

Medidas psicofisiológicas: Marks y cols. y Rabavilas han utilizado la GSR (respuesta psicogalvánica) para evaluar los cambios emocionales provocados por las obsesiones cuando imaginaban situaciones fobógenas, al parecer con buen resultado, aunque para otros autores esto no ha sido confirmado. No conocemos que se hayan aplicado en niños.

Auto-observación: el autorregistro vuelve al paciente más alerta y consciente a las manifestaciones de los pensamientos obsesivos. Tiene, además, un cierto efecto terapéutico. No se ha utilizado en niños.

Cuestionarios: Así como para los miedos y fobias de la infancia hay un gran número de pruebas, en las obsesiones son francamente escasas las pruebas estandarizadas fiables. Para adultos tenemos el Leyton Obsessional Inventory, el Lingfield Obsessional Compulsive Questionnaire, la OCR (Obsessive Compulsive Rating Scale), el NIMH-G (Global Obsessive Compulsive disorder), el Cuestionario de Hodgson y Rachman.

Uno de los más utilizados es el LOI (Leyton Obsessional Inventory) de Cooper que representó la primera escala de evaluación para cuantificar conductas y sentimientos obsesivos. Dado que la tercera parte de los adultos con trastornos obsesivo-compulsivos (OCD) comenzaban sus síntomas antes de los 15 años se comenzó un estudio prospectivo del OCD en la infancia con vistas a comparar la respuesta de la clorimipramina de los adolescentes con la de los adultos en unos casos de obsesiones. Como no existía ningún instrumento para la medida del OCD infantil se adoptó una forma infantil del cuestionario de Cooper que se llamó LOI-CV (Leyton Obsessional Inventory Child Version) y del método de selección de tarjetas de administración individual se adaptaron muchas de ellas para ser utilizado con instrucciones escritas.

El LOI-CV consiste en 44 ítems, la mayoría seleccionados del original para adultos con 49 ítems, añadiendo algunos ítems nuevos especiales para niños (Berg y cols.).²⁷

Miedos y fobias

Existe una abundante literatura sobre métodos y medios de diagnóstico de los miedos y las fobias, que se suelen explorar indistintamente, pues en este campo el criterio general es que no se pueden separar unos de otros.

Entrevistas: Estas pueden ser libres, semiestructuradas como la de la versión epidemiológica Kiddis-Sads-E de Puig Antich y estructuradas como las de Morris de 1963 y la de Kanfer y Grimm de 1977. En este apartado se puede incluir también de Test de Evitación Comportamental de Barrios.

Escalas de observación: Las de auto-observación son poco utilizadas aunque existen algunas como la de Cautela y Groden.

Más útiles son las escalas que son facilitadas a padres y maestros:

Para padres: la escala de Louisville de Miller, la de Vernon o la más utilizada de Doris McIntire y Lehman de 1971.

Para maestros: se puede utilizar también la de Miller o bien la de Sarason (Teacher Rating Scale TRS).

Medidas psicofisiológicas: El reflejo psicogalvánico GSR, la frecuencia cardíaca, etc., han sido muy poco utilizados en la infancia, siendo ya más fiables y útiles en la adolescencia.

Tests proyectivos: Pueden utilizarse el CAT o CATH para niños o el Symons para adolescentes, el dibujo libre, etc. Nosotros¹⁴⁷ aplicamos el test de Las Fábulas Incompletas de Düss que tiene dos preguntas, la 5.ª y la 10.ª, específicas para miedos.

Cuestionarios: Existen numerosos cuestionarios que difieren poco unos de otros desarrollados en estos últimos 30 años. Pelechano¹⁶⁶ cita los siguientes:

Castaneda. — Escala de angustia manifiesta MAS. Forma infantil de 1956.

Levy. — Escala de ansiedad manifiesta para niños CMAS de 1958.

Reynolds y Richmond. — «Lo que siento y pienso.» 1979.

Sarason y cols. — Anxiety Scale for children TASC.

Sarason y cols. — General Anxiety Scale for Children GASC.

Phillips. — SQ (escala para ser leída a los niños) y CSQ, 1966.

Standford. — Achievement Anxiety Scale TASC (forma infantil del Alpert-Haber Achievement Anxiety Scale).

Portes y Cattell. — Children's Personality Questionnaire.

Sherer y Nakamura. — Inventario de miedos para niños FSS-FC, 1968.

Ryall y Distiker. — Test de Sherer y Nakamura reduciendo los 80 ítems a 48, 1979.

El propio Pelechano ha construido su «Inventario de miedos» con un total de 103 elementos en su primera versión y que ha quedado reducido a 100 en la segunda y con la que ha obtenido 11 factores:

1. Miedo a los animales.
 2. Miedo a los fenómenos meteorológicos.
 3. Miedo a daños físicos o amenaza.
 4. Miedo a ver sangre.
 5. Miedo a símbolos de la muerte.
 6. Miedo a muerte de seres queridos.
 7. Miedo social (I): fracaso y rechazo de los demás.
 8. Miedo social (II): gente numerosa y desconocida.
 9. Miedo social (III): violencia entre personas.
 10. Miedo a lugares cerrados.
 11. Miedo a relatos y películas de terror.
- Días Silva y Esquete*⁴⁸ han utilizado el inventario de Pelechano reduciendo el número de ítems a 58, para aplicarlo en niños más pequeños y obtienen en el análisis factorial 15 factores.

*Atucha, Guimón y Uriarte*¹⁰ en un estudio sobre el diagnóstico de las fobias infantiles señalan que:

1. Las preguntas directas sobre las fobias, siguiendo las técnicas utilizadas por Wolpe, Lang, etc., en adultos son inutilizables con los niños puesto que «tener miedo» es un tabú cultural al que los niños son muy susceptibles.
2. Los informes de los padres cuando relatan o niegan las fobias de sus hijos no son siempre válidos debido a mecanismos de ne-

gación y proyección a los que a veces recurren.

3. Los tests proyectivos como el TAT, la familia, el dibujo libre, etc., la interpretación de los sueños y la entrevista, no siempre capacitan al clínico para emitir un diagnóstico sobre la situación que produce el elevado índice de ansiedad (objeto fobógeno) en el niño.

4. En la preadolescencia algunos niños son ya capaces de expresar sus fobias de forma semejante a los adultos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABRAHAM K.: On the psychogenesis of agoraphobia in childhood, 1913. En: Clinical Papers and Essays on Psychoanalysis. Basic Books, N. York., 1955.
2. ACKERMAN N. W.: The psychodynamic of family life. Basic Books, N. York, 1958.
3. ADAMS P.: Obsessive Children. Penguin Books, N. York, 1973.
4. ADLER A.: Guiando al niño. Paidós, Buenos Aires, 1952.
5. AJURIAGUERRA J.: Manual de Psiquiatría Infantil. Toray-Masson, Barcelona, 1976.
6. ANGULO GARCÍA F.: Las fobias infantiles. Symposium sobre Neurosis Fóbicas, Bilbao, 1973, 77-81.
7. ANTHONY E. J.: Neurosis in children. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry de Freeman, Kaplan y Sadock, 1975, 2, 2155-2157.
8. ASPERGER H.: Psicopatía. En: Enciclopedia de Pediatría, de H. Opitz y F. Schmid Morata, Madrid, VII-1, 1971, 958-979.
9. ASPERGER H.: Pedagogía Curativa. Miracle, Barcelona, 1966.
10. ATUCHA, K. GUIMON J. y URIARTE, R.: Elementos en el psicodiagnóstico de las fobias infantiles. En: Symposium sobre Neurosis obsesivas. Bilbao, 1973, 89-96.
11. AUSPURGER T. L. y STEWART M. A.: Compulsive behavior and obsessions (cit. por Toro Trallero).
12. AVIA D.: Factores de aprendizaje en las neurosis. Reacciones fóbicas. *Jano*, 1987, XXXII, 47-54.

13. BAKWIN H. y BAKWIN R. M.: Behavior disorder in children. Saunders, Filadelfia, 1953.
14. BALINT M.: Individuals differences of behavior in early infancy: An objective method for recording. *J. Genet. Psychol.*, 1948, 73, 57-79.
15. BALINT M.: The Basic Fault. Tavistock Pub., Londres, 1968.
16. BANDURA A., CRUSEC E. y MENLOVE F. L.: Vicarious extinction of avoidance behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1967, 5, 16-23.
17. BARNETT J. T.: (cit. por Pelechano).
18. BAZ S. y cols.: El Edipo y la Clínica Freudiana. Conceptos de J. Lacan. Elguero, Buenos Aires, 1978.
19. BAUDOUIN C.: El alma infantil y el psicoanálisis. Beltrán, Madrid, 1934.
20. BECADE A. y BERGERET J.: Obsesiones y Psicosis. Confrontaciones Psiquiátricas, 1981, 20, 47-70.
21. BECK A. y EMERY G.: Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. Basic Books, 1985.
22. BEHAR D., RAPOPORT J., BERG C., DENCLA M., MANN L., COX C., FEDIO P., ZAHNT, T y WOLFMAN, M.: Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiat.*, 141, 3, 363-369, 1984.
23. BENDER L. y SCHILDER P.: Impulsions: Specific disorder in children. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1940, 44, 990-1005.
24. BENDER L.: Mental Hygiene and the child. *Am. J. Psychol.*, 1939, 9, 574-582.
25. BENENZON R. O.: Musicoterapia en la psicosis infantil. Paidós, Buenos Aires, 1976.
26. BENJAMIN E.: Psicopatía y Neurosis. En: Tratado de Psicopatología de la Infancia, de Benjamín, Hanselman, Isserlin, Lutz y Ronald. *Nueva Época*, Madrid, 1947.
27. BERG C. J., RAPOPORT J. L. y FLAMENT M.: The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *J. Am. Child Psychiat.*, 25, 1, 84-91, 1986.
28. BERKOWITZ y ROTHMAN: El niño problema. Paidós, Buenos Aires, 1967.
29. BERMAN L.: The obsessive-compulsive neurosis in children. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1942, 95, 26729.
30. BERNARD F. y FLAVIGNY H.: Le rol du père dans les obsessions de l'enfant. *Rev. de Neuropsychiatrie Infant.*, 1965, 13, 730-739.
31. BETTER M.: Psiquiatría Infantil. Blackwell, 441-444.
32. BLEICHMAR E. D.: Temores y fobias. Santillana, Madrid, 1984.
33. BOLLEA G. y GIANNOTI A.: Depressions et reactions obsesivo-compulsives. Actas IV Congr. U.E.P., Esiccolmo, 1971.
34. BOUTONIER J. y HENRY P.: La peur et l'angoisse chez les enfants et les adolescents aveugles. *J. Psychol. Norm. Path.*, 1946, 39, 341-349.
35. BOUVET M.: Le moi dans le nevrose obsessionnelle. *Rev. Fr. Psychoanal.*, 1953, 17, 111-127.
36. BOWLBY J.: Attachment and loss. Harmondsworth Penguin Vol. II, 1975.
37. BREGMAN E. O.: An attempt to modify the emotional attitudes of infants by the conditioned response technique. *J. Gen. Psychol.*, 1934, 45, 169-198.
38. BRONSON W. G.: The fear of novelty. *Psychol. Bull.*, 1968, 69, 350-358.
39. CASPER R. C., ECKERT E. D., HALMI K. A., GOLDBERG S. L. y DAVIS J. M.: Bulimia. *Arch. gen. Psychiat.*, 1980, 37, 1.030-1.035.
40. CODERCH J.: Importancia de las primeras situaciones de ansiedad en la génesis de las fobias. Symposium sobre Neurosis Fóbicas, Bilbao, 1973, 57-64.
41. COHEN D. J. y LECKMAN J. F.: Tourette's Syndrome. Advances in treatment and research. *J. Child Psychiat.*, 1984, 23, 2, 123-126.
42. CHARLET A.: El desarrollo del niño. Encic. Psicol. y Pedag. Sedmay, 1979.
43. CHINCHILLA MORENO: La anorexia mental. Ferrer, 1983.
44. DALLY P. y GÓMEZ J.: Anorexia Nerviosa, Heineman, Londres, 1979.
45. DEBHYST CH.: La vida instintiva en el hombre. En: Enciclopedia de la Psicología y la Psiquiatría. Sedmay-Lidis, Madrid, 1979, 217-231.
46. DIATKINE G.: Las obsesiones en el niño. En: Confrontaciones Psiquiátricas, Madrid, 1983, 61-96.
47. DIATKINE R. y SIMÓN J.: El psicoanálisis precoz. Siglo XXI, México, 1981.
48. DIAS SILVA M. P. y ESQUETE J.: Miedos y fobias infantiles. *Rev. Neuropsiquiatr. Infant.*, 1985, 5, 147-155.
49. DOWLING R.: Gilles de la Tourette's Syndrome. And overview of clinical experience. *J. Am. Child. Psychiat.*, 23, 2, 1984, 126-184.
50. DUGAS M. y SMADJA B.: La semiologie obsessionnelle chez l'enfant. *Rev. Pract.*, 1980, 17, 1085-1094.
51. DUGAS M. y GUEROT CH.: Les phobies scolaires. Etude clinique et psychologie pathologique *Psychiat. de l'Enfant*, XX, 2, 1977, 307-381.
52. DUCHÉ D. J.: Breve tratado de Psiquiatría Infantil, Paidós, Buenos Aires, 1973.
53. DUHRSEN M.: Le probleme des indications de Psychotherapie Analytique chez les enfants et les adolescents. *Psychiat. de l'Enfant*, VII, 1964.
54. DUNLAP K.: Habits: Their making and unmaking. Liveright, N. York, 1932.
55. ELIASCHEFF A. G.: Contribution à l'étude clinique des modes de debut des manifestations obsessionnelles chez l'enfant et l'adolescent. Tesis Doct. Impresions C.L.J., Paris, 1973.
56. ELKINS R., RAPORT J. L. y LIPSKY A.: Obsessive-Compulsive disorders of childhood and adolescence. A neurobiological viewpoint. *J. Child. Psychiat.*, 1980, 19, 2, 511-522.

57. ENGLISH O. S. y PEARSON, G. H.: Emotional problems of living. Norton, N. York, 1945.
58. EY H., BERNARD P. y BRISSET CH.: Tratado de Psiquiatría, Toray-Masson, Barcelona, 1971.
59. EYSENK, H. J. y RACHMAN, S.: Causes and cures of neurosis. Routledge Kegan Paul, Londres, 1965.
60. FEDOR-FREIBERG P. y DOBROTKA G.: Zur problematische obsessiven entwicklungen. *Acta Paedopsychiatrica*, 1964, 31, 346-355.
61. FERRER T. y TOMAS V. J.: Psicofarmacología de los síndromes obsesivos. *Rev. Neuropsiquiatr. Infant.*, 1984, 4, 35-39.
62. FINCH S. M.: Fundamentos de Psiquiatría Infantil. *Psique.*, Buenos Aires, 1962.
63. FLOR HENRY y cols.: Neuropsychological and power spectral E.E.G. Investigation of the obsessive-compulsive syndrome. *Biol. Psychiat*, 14 119-130.
64. FREEDMAN D. G.: Hereditary control of early social behavior. En: Foss, Determinants of infant behavior. Methuen, Londres, 1965.
65. FREEDMAN A. M., KAPLAN H. I. y SADOCK, B. J.: Compendio de Psiquiatría, Salvat, Barcelona, 1975.
66. FREUD A.: Obsessional neurosis. *Int. J. Psychoanal.*, 1966, 47, 116-122.
67. FREUD A.: Le normal et le pathologique chez l'enfant. Gallimard, París, 1968.
68. FREUD S.: La psiconeurosis de defensa. Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.
69. FREUD S.: Obsesiones y fobias. Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.
70. FREUD S.: Análisis de la fobia de un niño de 5 años. Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.
71. FREUD S.: La disposición a la neurosis obsesiva. Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.
72. FREUD S.: Historia de una neurosis infantil (caso del hombre de los lobos). Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.
73. FROMMER E.: The recognition and treatment of depressive equivalents in children. *Am. Excerpta Médica*, 1973, 1, 653-656.
74. GALLOT-SAULNIER: Quelques reflexions au sujet des manifestations histero-fobiques de l'enfant: les inhibitions scolaires. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1970.
75. GELFAND D. M. y HARTMAN, D. P.: Behavior therapy with children: A review and evaluation of research methodology. *Psychol. Bull.*, 1968, 204-215.
76. GENOVARD C., GOTZENS G. y MONTAN E.: Problemas emocionales en el niño. Herder, Barcelona, 1982.
77. GESELL A.: Psicología evolutiva. Paidós, Buenos Aires, 1975.
78. GIMENO J.: La locura. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Paya, Zaragoza, 1911.
79. GOLDSTEIN K.: Les analogies fonctionelles des symptomes dans les maladies organiques et psychiques. *Msschr. Psychiat. Neurol.*, 1924.
80. GÖLLNITZ G.: Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters. Fischer, Jena, 1975.
81. GRAHAM PH.: Child Psychiatry. *Oxford Univ. Press*, Londres, 1986.
82. GRAY J. S.: Una perspectiva biológica de la modificación de la conducta (cit. por Graziano).
83. GRAZIANO A. M.: Terapéutica de la conducta en la infancia. Fontanella, Barcelona, 1977.
84. GREEN A.: Obsessions et psychonevrose obsessionnelle. *Enc. Med. Chirurg.*, París, 1965, II, 37370, A10.
85. GUARESCHI-GAZULLO A.: Le rôle de la depression dans le processus dynamique des desordres obsessionnels dans l'enfance. Actas IV Congr. U.E.P. Es-tocolmo, 1971, 57.
86. HALL M. B.: Obsessive-compulsive states in childhood. *Arch. Dis. Child.*, 1935, 10, 49-59.
87. HARRIS, D. B.: Child Psychology. *Ann. Rev. Psychol.*, 1953, 4, 1-30.
88. HAYNAL A.: Le sens du desespoir. *Rev. Franc. Psychoanal.*, 1977, 1, 5-186.
89. HEBB D. O.: The form and confitions of chimpanzee anger. *Bull. Canad. Psychol. Assoc.*, 1945, 5, 32-35.
90. HEUYER G.: Introducción a la Psiquiatría Infantil. Miracle, Barcelona, 1962.
91. HOLLINGSWORTH C. E., TANGUAY P. E., GROSSMAN L. y PABST P.: Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *J. Child Psychiat.* 1980, 19, 134-144.
92. HOUZEL D. y BASTARD A.: Les troubles neurotiques de l'enfant. *Encyc. Med. Chirurg.*, París, 1983, 37305, A 10.
93. HOWELLS J. C.: Principio de Psiquiatría Familiar. Paz Montalvo, Madrid, 1980.
94. ISAACS S.: The nursery years. Vanguard, N. York, 1936.
95. IVANOV-SMOLENSKY A.: Die Entwicklung der Lehre von der Psychastenie, 1921.
96. JANET P.: Les obsessions et la psychastenie. Alcan, París, 1903.
97. JEAMMET PH.: L'anorexie mentale. *Enc. Med. Chirurg.* París, 1984, 37350, A10.
98. JEAMMET PH.: Jayle D. Terrasse-Brechon G. y Gorge A.: Le devenir de l'anorexie mentale. *Neuropsychiat. de l'Enfance*, 1984, 32, 97-113.
99. JERSILD A. T.: Evolución de la afectividad. En: Manual de Psicología del niño de Carmichael y otros. Ateneo, Barcelona, 1964.
100. JERSILD A. T. y HOLMES F. B.: Childrens fears. Col. Univ., N. York, 1935.
101. JOHNSON A., FALSTEIN E., SZUREK S. y SVENVEN M.: School Phobia. *Am. J. Psychiat.*, 1941, 11 702-711.
102. JONES M.C.: The elimination of children's fears. *J. Esp. Psychol.*, 1924, 7, 382-390.

103. JONES H. E.: The conditioning of overt emotional responses. *J. Educ. Psychol.*, 1931, 22, 127-130.
104. JUDD L.: Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1965, 12, 136-143.
105. JUNG G. C.: Conflictos del alma infantil. 1912 (reimpresión). Paidós, B. Aires, 1982.
106. KANNER L.: Psiquiatría Infantil. Paidós, Buenos Aires, 1966.
107. KARDINER K.: Histerias y fobias. En: Neurosis, sexualidad y psicoanálisis, de Alexander, Paidós, Buenos Aires, 1958.
108. KENNEDY W. A.: Obsessive-compulsive and phobic reactions. En: Handbook of child psychopathology. Plenum, N. York, 1983.
109. KLEIN M.: La psychanalyse des enfants. París P.U.F., 1959.
110. KOHLER C. D. ver y MARTIN: Manifestations phobo-obsessionnelles chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1974, 17, 341-409.
111. KRETSCHMER E.: Estudios psicoterapéuticos. Científico-Médica, Madrid, 1958.
112. LABOUCARIE J.: L'anorexie mentale, données résultant d'une expérience clinique et thérapeutique de 1973 cas. *Rev. Med. Toulouse*. 1966, 2, 193-210.
113. LACAN J.: La signification du phallus. En: Ecrits. Seuil. París, 1966, 685-695.
114. LADOUCEUR R. y CARRIER, CH.: Aproximación a la conducta obsesiva. Confrontaciones psiquiátricas, 1981, 20, 109-127.
115. LAFORA G.R.: Los niños mentalmente anormales. La Lectura. Madrid, 1917.
116. LANG J. L.: Introducción a la Psicopatología Infantil. Paraninfo. Madrid, 1984
117. LANG P.: A bio-informational theory of emotive imagery. *Psychophysiology*, 1979, 16, 495-512.
118. LANTERI LAURA G. y PISTOIA L.: Nevrose obsessionnelle. *Encyc. Med. Chirurg.* París, 1984, 37370 A10.
119. LAPLANCHE J. y PONTALIS J. B.: Diccionario de Psicoanálisis. Labor. Barcelona, 1971.
120. LAROCHE L.: Les idées delirantes de l'enfant. Les phobias. *Psychiat. de l'Enfant*, 1961, IV.
121. LAUNAY C. L.: Fugues d'écolières et phobias scolaires. *Rev. Pract.* 12, 1962, 2531-2541.
122. LAZARUS A. A.: The elimination of children's phobias by deconditioning. *Med. Proceed. South Africa*, 1959, 5, 261-265.
123. LAZARUS A. A. y ABRAMOVITZ A.: The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias. *J. Mental Science*, 1962, 108, 191-195.
124. LAZARUS A. A. y RACHMAN S.: The use of systematic desensitization in psychotherapy. *South Africa Med. J.*, 1957, 31, 394-397.
125. LAZARUS A. A., DAVISON G. y POLEFKA B. A.: Classical and operant factors in the treatment of school phobias. *J. Abnorm. Psychol.*, 1965, 70, 225-229.
126. LEBOVICI S. y DIATKINE R.: Les obsessions chez l'enfant. *Rev. Franc. Psychoanal.*, 1957 21/5, 647-681.
127. LEBOVICI S. y LE NESTOUR A.: A propos des phobies scolaires. *Psychiat. de l'Enfant*, XX, 2, 302-432, 1977.
128. LEBOVICI S.: Evolution de la nevrose obsessionnelle. *Neuropsychiat. de l'Enfance*, 1985, 33, 469-474.
129. LEBOVICI S., RABAIN J., NATHAN T., THOMAS R. y DUBOZ M. M.: A propos de la maladie de Gilles de la Tourette. *Psychiat. de l'Enfant*, 1986, XXIX, 15-59.
130. LECLAIRE S.: La fonction imaginaire du doute dans la nevrose obsessionnelle Entretiens Psychiatriques, P.U.F., París, 1955.
131. LECLAIRE S.: L'obsessionnel et son desir. *Evolution Psychiat.*, II, 1959.
132. LECHAT F.: L'Obsession, Rev. Franc. Psychanal., 1949.
133. LEVENTHAL T. y SILLS M.: Self image in school phobia. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1964, 34, 685-695.
134. LEVY VALENSI E.: Pensamiento y obsesion. *Confrontaciones Psiquiátricas*, 1981, 20, 7-42.
135. LINDSLEY O. R.: Operant behavior Management: Background and Procedures. (cit. Liberman).
136. LIPPMAN: El tratamiento de los niños con conflictos emocionales.
137. LORENZ K.: Comportamiento animal y humano. Plaza Janés, Barcelona, 1978.
138. LUTZ J.: Psiquiatría Infantil. Gredos. Madrid, 1968.
139. MACLAY D.: Terapéutica de los trastornos psicológicos de la infancia. Salvat. Barcelona, 1974.
140. MALE P.: Les nevroses infantiles. *Rev. Neuropsychiat. Infant*, 1966, 14, 643-649.
141. MALET P. H. y RABAN D.: Phobias et obsessions. *Encyc. Med. Chirurg.*, París, 1985, 4101, L10.
142. MARCO MERENCIANO F.: Psicopatología de la adolescencia. Metis Valencia.
143. MARKS I. M.: Fears and Phobias. Heineman. Londres, 1969.
144. MASSERMAN J. H.: Behavior and neurosis. Univ. Chicago Press, 1943.
145. MAVISSAKALIAN M. y BARLOW D. H.: Phobia, Physiological and Pharmacological treatment. Guildford Press. 1981.
146. MAZET P. y HOUZEL L.: Psiquiatría del niño y del adolescente. *Médica y Técnica*, Barcelona 1981.
147. MENDIGUCHIA F.: Detección de complejos infantiles con el test de Düss. *Soc. Gatal. Ped. Bol.* 1961, 91, 196-207.
148. MENDIGUCHIA F.: Psiquiatría Infanto-Juvenil. Castillo, Madrid, 1980.
149. MEYER V.: Modifications of expectations in cases with obsessional ritual. *Behav. Res. Therapy* 1966, 4, 273-280.

150. MICHAUX L.: Etude clinique de la nevrose obsessionnelle chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1957, 5, 9-20.
151. MICHAUX L.: Psiquiatría Infantil. Miracle. Barcelona, 1965.
152. MICHAUX L.: De l'obsession au delire. La semaine del Hopitaux de París, 1949.
153. MIERMONT J. y STERNESCHUSE S.: Therapies familiales. *Encyc. Med. Chirurg.*, París 1981, 37819 F10.
154. MILLER L.C., BARRET C. L. y HAMPE E.: Phobias of childhood in a prescientific era. (cit. Pelechano).
155. MISES R.: Les obsessions chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1958, 1, 513-522.
156. MOSS F. A.: Note on building likes and dislikes in children. *J. Exp. Psychol.*, 1924, 7, 475-478.
157. MOOR L.: Glossaires de Psychiatrie. Masson. París, 1976.
158. MORAGAS J.: Psicología del niño y del adolescente. Labor. Barcelona, 1963.
159. MUSSEN P.H., CONGER J. J., KAGAN J. y GEIMITZ: Psychological development: A lifespan approach. Harper-Row, 1979.
160. NISSEN G.: Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatic. En: Kinder und Jugendpsychiatrie de Harbauer, Lempp, Nissen y Strunk. Springer Verlag. Berlín, 1976.
161. ODIER G.: La nevrose obsessionnelle: sa distinction analytique et nosographique de la phobie et de l'hysterie. *Rev. Franc. Psychanal.*, 1927, 1, 425-491.
162. PATTERSON G. R.: A learning theory approach to the treatment of school phobic child. En: Ullman y Krasner: Case studies in behavior modification, 1965, Holt, N. York.
163. PAVLOV J. P.: Essai d'une interpretation psisyologique de la paranoia et de la nevrose obsessive. *Encephale*, 1935, 30, 381-393.
164. PEARSON G.: Trastornos emocionales en los niños. Beta. Buenos Aires, 1972.
165. PELECHANO V.: Miedos infantiles y terapia familiar natural. Alfaplus. Valencia, 1981.
166. PELECHANO V., BAGUENA M. J., BOTELLA C. y ROLDAN C.: Miedos infantiles. *Anal. Modif. de Conducta*, vol. 10, 1984, 23, 24, 1-224.
167. PICHON E.: Le development psychique de l'enfant et de l'adolescent. París, 1965.
168. PICHOT P.: Obsessions et phobies. *Rev. Prac.*, 1965, 7, 759-766.
169. PICHOT P., GUELFY D. y MARKIN C.: La personalidad. Roche, 1977.
170. PITRES A. y REGIS y REGIS: Les obsessions et les impulsions. París, 1922.
171. POROT A.: Diccionario de Psiquiatría. Labor. Barcelona, 1967.
172. PUIG ANTICH y colabs.: Entrevista semiestructurada. Kiddie-Saads. E. *Rev. Neuropsiquiat. Infant.*, 1984, II, 125-157.
173. QUERE J. P.: A propos du traitement institutionnel de phobies scolaires graves. *Neuropsychiat. de l'Enfance*, 1984, 82, 611-622.
174. RACHMAN S. y COSTELLO C. G.: The actiology and treatment of children's phobias: a review. *Am. J. Psychiat.*, 1961, 118, 97-105.
175. RANK O.: Le traumatisme a la naissance. Payot. París, 1928.
176. RAPOPORT J. y colabs.: Childhood obsessive-compulsive disorders. *Am. J. Psychiat.*, 1981, 138, 1545-1554.
177. RECA T.: Problemas de conducta y neurosis en la segunda infancia. En: Problemas psicopatológicos en pediatria. Ed. Universitaria. B. Aires, 1961.
178. REGIS E.: Tratado de Psiquiatría. Saturnino Calleja. Madrid, 1911.
179. REGNER E.G.: Obsessive-compulsive neurosis in children. *Acta Psychiat. Scand.*, 1959, 34, 110-125.
180. RESCORLA R.: Behavioral Studies of associative learning in animals. *Ann. Rev. Psychol.*, 1982, 33, 265-308.
181. ROBINSON F. y VITALE L. J.: Children with circumscribed interest patterns. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1954, 24, 755-766.
182. ROLLA D. E.: La construcción de símbolos en las fobias. IV. Congr. Mundial de Psiquiatría. Madrid, 1966, 872-878.
183. RUSSO S.: Adaptations in behavior therapy with children. *Beavior Res. Ther.*, 1964, 2, 43-47.
184. RUTTER M. y HERSOV L.: Child Psychiatry. Blackwell. Londres, 1977.
185. SADGER J.: Preliminary Study of the psychic life of the fetus and the primary germ. *Psychoanal. Rev.*, 1941, 28, 327-358.
186. SANDLER J. y JOFFE W. G.: Notes on obsessional manifestations in children. *Psychoanalytical Study of the child*, 1965, 20, 425-438.
187. SCREENIVAN U., MANOCHA S. y PAIN U: K: Treatment of severe dog-phobia in childhood by flooding: a case. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1979, 20: 255-260.
188. SCHEREHER H. y LIBOW J.: Alucinaciones fóbicas en niños muy pequeños. *J. Am. Child Psychiat.*, 25, 4, 574-578, 1986.
189. SEGAL H.: Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós. Buenos Aires, 1973.
190. SENN M. J. y SOLNIT A. J.: Trastornos de la conducta y del desarrollo en el niño. Ed. Pediátrica. Barcelona, 1971.
191. SERRATE A.: El síndrome obsesivo en la infancia. *Arch. Neurobiol.*, 1966, 27, 214-218.
192. SEVESTRE P.: Contribution a l'etude clinique des obsessions, chez l'enfant. Tesis. París, 1956.
193. SHIRLEY H. F.: Pediatric Psychiatry. *Harvard Univ. Press.*, 1963.
194. SKOOG G.: Onset on anacastic conditions. *Act. Psychiat. Scand.*, 184, 1965.

195. SOKOLNICKA E.: Analysis of an obsess. Neurosis in a child. *Internat. J. Psychoanal.* 1922, 111, 306-319.
196. SPERLING M.: School phobias. Classification, dynamics and treatment. *Psychoanal. Study Child.*, 22, 1967, 375-401.
197. STERN E.: Anormalidades mentales y educabilidad difícil de niños y jóvenes. Labor. Barcelona, 1933.
198. STERN W.: Psicología general desde el punto de vista personalístico. Paidós. Buenos Aires, 1951.
199. STONE F.: Psiquiatría para el Pediatra. La Prensa Médica Mexicana, 1982.
200. STONE F. y KOUERNIK C.: Psiquiatría Infantil Salvat. Barcelona, 1980.
201. STUTTE H.: Kinder und Jugendpsychiatrie. En: *Psychiatrie der Gegenwart*. II Springer. Berlín, 1960.
202. SWIFT J. y LETVEN R.: Bulimia and the Basic Fault: A Psychoanalytic Interpretation of the Binging-Vomiting Syndrome. *J.A.A. Child Psychiat.*, 23, 4, 489-497, 1984
203. TALBOT M.: Panic in school phobia. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1957, 27, 286-295.
204. TIMBERGEN N.: El estudio del instinto. Siglo XXI. México, 1977.
205. TORO J.: Aplicaciones de la terapéutica conductista en la Psiquiatría Infantil. Act. X Cong. Nac. Neuropsiquiat., 1969, 149-169.
206. TORO J., ALGA J. y DOMENECH E.: Las obsesiones en Psiquiatría Infantil. Act. XI Cong. Nac. Neuropsiquiat., 1971, 365-384.
207. TORO J.: Trastornos de ansiedad en la infancia. En: *Trastornos de ansiedad*. Harofarma. Barcelona, 1986.
208. TORO J.: Obsesiones en la infancia (pendiente de publicación).
209. TRAMER M.: Manual de Psiquiatría Infantil. Morata. Madrid, 1956.
210. VALENTINE C. W.: The innate bases of fears. *J. Genet Psychol.*, 1930, 37, 394-420.
211. VALENTIN F.: Les phobies chez l'enfant. *Perspect. Psychiat.*, 1980, 4, 265-289.
212. VIDAL PERERA. A.: *Psiquiatría Infantil*. Magisterio. Barcelona, 1908.
213. WAHLER R. G., WINKLE G. H., PETERSON R. E. y MORRISON D. C.: Mothers as behavior therapists of their own children. *Behav. Res. Ther.*, 1965, 3 (2), 113-124.
214. WALDER L. O., COHEN S. I., BREITER D. E., DASTON P., HIRSCH I. S. y LEIWOBITZ J. M.: Teaching behavioral principles to parents of disturbed children. *Paper read at East. Psychol. Ass.* Boston, 1967.
215. WALDFOGEL S., COOLIDGE S. C. y HAHN P. B.: The development, meaning and management of school phobia. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1957, 27, 754-776.
216. WARNEKE. R.: School phobia and his treatment. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1964, 33, 71-79.
217. WATSON J. B.: El conductismo. Paidós. Buenos Aires, 1954.
218. WATSON J. B. y RAINER R.: Conditioned emotional reactions. *J. Exp. Psychol.*, 1920, 3, 1-14.
219. WIDLOCHER D.: L'angoisse infantiles precoce. *Rev. Neuropsychiat. Infant. Supl.*, 1966.
220. WIDLOCHER D.: Le development de la pensée obsessionnelle chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. Infant. Supl.*, 1967.
221. WINNICOTT D. W.: Psychotherapy of character disorders. Act. II Cong. UEP., 1973, 1, 187-208.
222. WOLPE J. y RACHMAN S.: Psychoanalytic «evidence». A critic based on Freud's case of Little Hans. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1960, 130, 135-148.
223. YARIURA-TOBIAS J. A. y NEZIROGLU F.: Gilles de la Tourette Syndrome. *Prog. Neuropsychopharm.*, 1977, 1, 335-338.
224. YARIURA-TOBIAS J. A. y NEZIROGLU F. A.: Psychological diagnostic assesment in obsessive-compulsive disorders. New York, Marcel Dekker, 51-64.
225. YATES A. J.: Terapia del comportamiento. Trillas. México 1980.
226. ZETZEL E.: Notes supplementaires sur un cas de nevrose obsessionnelle. *Rev. Franc. Psychanal.* 1967.
227. ZULLIGER H.: Zwangsneurotische Erscheinungen bei gesunden Kindern (cit. por Serrate A.)

II PARTE

En esta segunda parte analizamos 150 casos, recogidos 50 de ellos en los archivos de historias clínicas del Hospital «Fray Bernardino Alvarez» y 100 de nuestra consulta privada, que presentaban todos ellos sintomatología de miedos, fobias y obsesiones de la niñez y de la adolescencia. Se trata de historias clínicas y de síntomas que en ellas aparecen, no de una recopilación de respuestas de un inventario, por lo tanto son menos forzadas y más libres, aunque por lo mismo más imprecisas.

Agrupamos todos los casos en un principio por edades, sin separar previamente los que correspondían a cada uno de los tres síndromes, para ver cómo se agrupaban en conjunto a lo largo del desarrollo desde 0 a 16 años. No hicimos una separación previa porque en el estudio teórico anterior apreciábamos claramente que la identidad nosológica de cada uno de ellos dista mucho, hoy por hoy, de estar claramente establecida.

La separación entre miedos y fobias tiene mucho de artificiosa y está basada muchas veces en criterios puramente cuantitativos (mucho-poco, duradero-pasajero) o evolutivos (el miedo de los seis años se considera fobia a los 13) además de existir una terminología ambigua que insinúa el paso de un concepto a otro, tales como miedos patológicos, fobias normales, prefobias y pseudofobias.

Con los conceptos de fobia y obsesión sucede otro tanto, aunque en menor grado, a pesar de que hace casi cien años S. Freud intentó establecer tajante entre el cuadro clínico fo-

bias y el cuadro clínico obsesiones y aún hoy día se siguen utilizando conceptos como obsesiones fóbicas, fobias obsesivas, organizaciones mixtas fobo-obsesivas, etc.

El total de casos y su distribución por edades aparecen en el gráfico n.º 1 (pág. 109), en el que se aprecia la escasez de los mismos antes de que los niños cumplan 3 años, siendo el máximo de su frecuencia de los 4 a los 11 años y a partir de los 12 años comienza su disminución hasta los 16 años.

La frecuencia de las diferentes formas en que aparecen clínicamente los miedos, las obsesiones y las fobias en las diferentes etapas evolutivas desde los 0 a los 18 años se muestra en las tablas n.º 1, 2, 3, 4:

Tabla n.º 1

0-3 años

Casos de 0 a 2 años = 0

Casos de 2 y 3 años:

— Rituales precoces	2
— Miedos con ansiedad de separación	2
— Fobias:	
Condicionadas:	
• Máscaras	1
• Cuna	1
• Muletas	1
• Alimentos sólidos	1
• Perros	1
Sin condicionar:	
• A la altura	2
— Conducta compulsiva (potomanía)	1

12

Tabla n.º 2

4-7 años

Miedos con ansiedad de separación	8
Miedos nocturnos (oscuridad, soledad)	11
Miedos polimorfos	6
Miedos con fobias	4
Fobias:	
— Muerte	4
— Animales	6
— Altura	1
— Agora-fobia	2
— Alimentación-defecación	1
— Bomberos	1
(7 de los catorce casos son condicionados)	
Fobia escolar:	
— Pura	8
(Una de las ocho condicionada)	
— Con miedos-fobias	4
(Una de las cuatro agorafobia)	
Fobias con obsesiones	1
Obsesiones:	
— Fóbicas	1
— Ideativas	0
— Compulsivas	1
— Ideativo-compulsivas	1
Rasgos obsesivos:	
— Puros	1
— Con miedos	6

Tabla n.º 3

8-11 años

Miedos con ansiedad de separación	14
Miedos nocturnos	10
Miedos polimorfos	1
Fobias:	
— Hipocondria	6
— Agorafobia	2
— Claustrofobia	1
— Perros	1
— Aviones	1
— Inyecciones	1
— Altura	1
— Ascensores	1
— Locura	1
— Puerta cerrada	1
— Personas deformes	1
— Ruido desagradable	1
Fobia escolar	10
Obsesiones:	
— Ideativas	1
— Compulsivas	2
— Ideativo-compulsivas	2
Rasgos obsesivos de personalidad	6
Neurosis obsesiva	7
Prepsicosis	1

Tabla n.º 4

12-16 años

Miedos con ansiedad de separación	1
Miedos nocturnos	6
Miedos polimorfos	1
Fobias:	
— Dismorfofobia	3
— Hipocondria	2
— Perros	1
— Cucarachas	1
— Agorafobia	1
Fobia escolar:	
— Obsesión por resultados escolares	2
Obsesiones:	
— Compulsivas	5
— Rasgos obsesivos de personalidad	2
— Neurosis obsesiva	9
— Prepsicosis	5

Si separamos los miedos, las fobias y las obsesiones la frecuencia es la siguiente:

Tabla n.º 5

Miedos	118 casos
Fobias	48 casos
Obsesiones	44 casos

Como puede verse, los miedos aparecen en el 78 % de las historias, mientras que las fobias lo hacen sólo en un 32 % y las obsesiones en un 29 %, es decir, están prácticamente igualadas.

Nos ha parecido interesante agrupar los casos puros por diagnósticos sindrómicos y los casos en los que hay una concordancia de síntomas. Los resultados han sido los siguientes:

Tabla n.º 6

Miedos aislados	43
Fobias aisladas	30
Obsesiones aisladas	22
Obsesiones y miedos	9
Fobias y miedos	19
Obsesiones y fobias	13

Existe, pues, una mayor aparición de los casos en que hay miedos en las historias, la mayoría aislados y en menor proporción unidos a fobias y en menor número aún acompañando a obsesiones. Esto nos lleva a pensar que la variante «miedos» es independiente de la presencia de fobias y obsesiones y aparece como podría aparecer en cualquier historia infantil con otros diferentes diagnósticos; es decir, se trata de los miedos normales del desarrollo o bien, si no es absolutamente independiente, tampoco va ligada a ninguno de los otros dos cuadros, fobias y obsesiones, de una manera clara aunque acompaña en mayor proporción a las fobias que a las obsesiones, es decir, que las fobias y los miedos tienen un algo común en su aparición que lo tienen en menor grado las obsesiones y los miedos, aunque también es de notar la presencia de esos 13 casos en que coinciden las fobias y las obsesiones nos parece lo suficientemente significativo a nivel clínico para pensar, unido a lo anterior, en la presencia de un núcleo común que merecería la pena ser estudiado nuevamente, sobre todo a nivel infantil donde los cuadros son más puros.

Hemos aislado también los casos que se acompañaban de sintomatología borderline en la tabla n.º 7.

Su análisis nos indica:

a) La epilepsia aparece en tres casos (2 %) del total de casos, pero de ellos dos aparecen en obsesiones lo que representa un 4,5 % de las mismas.

b) Los tics representan también el 2 % del total y se reparten entre los cuadros clínicos sin mostrar preferencias apreciables entre ellos.

c) Los rasgos psicóticos representan un 4,6 % del total, pero como sólo aparecen acompañando a cuadros obsesivo-compulsivos, representan el 15 % de los mismos.

d) En cambio, en nuestra muestra los síntomas de la serie depresiva representan el 7 % del total, pero ligados más bien a los miedos 1,6 %, y como dato a destacar, a la fobia escolar 1,7 %. Aparecen también dos casos con ideas de suicidio ligadas a miedos.

Tabla n.º 7

Rasgos depresivos:	
— Total de casos	11
— Fobia escolar	4
— Miedos	6
— Obsesiones	1
Ideas de suicidio:	
— Total de casos	2
— Miedos	2
Rasgos psicóticos:	
— Total de casos	7
— Obsesiones	7
• Alucinaciones	4
• Ideas delirantes	2
• Doble personalidad	1
Tics:	
— Total de casos	3
— Fobia simple	1
— Fobia escolar	1
— Obsesiones	1
Epilepsia:	
— Total de casos	3
— Obsesiones	2
— Miedos	1

Si analizamos cada uno de los tres diagnósticos por separado encontramos lo siguiente:

Miedos

La frecuencia según el estadio evolutivo es la siguiente: Gráfico n.º 2.

La curva obtenida coincide con la que obtienen todos los autores, rápido ascenso desde el nacimiento a los 3 años, máxima frecuencia de 4 a 7 años, descenso a partir de los 8 años y mínimo al aparecer la adolescencia.

En la tabla n.º 8 analizamos la temática de los miedos.

De su estudio se pueden destacar los puntos siguientes:

1) Los resultados obtenidos se refieren bien a casos aislados de miedo sin otra sintomatología, bien a casos de miedos que coinciden con síntomas obsesivos y fóbicos.

2) Los casos más numerosos resultan los que se agrupan bajo el epígrafe genérico de «miedos nocturnos» y que desencadenan una

Gráfico n.º 1

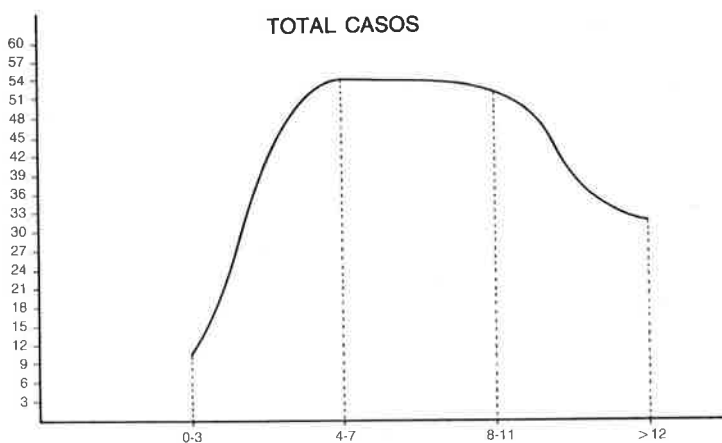
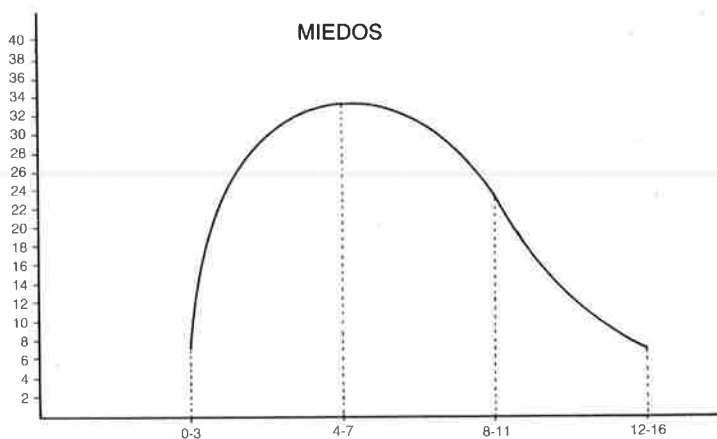


Gráfico n.º 2



serie de rituales defensivos, que constituyen el 68,5 %, proporción que sube a 78,7 % si se le añade los casos de miedo a la oscuridad, que se producen casi siempre de noche (excepciones: cuartos con la ventana cerrada, cuevas, etc.).

3) El segundo gran tema de los miedos es el de la soledad, el «estar solo», que puede identificarse con la ansiedad de separación.

4) Estos resultados no coinciden con los obtenidos por los otros con el test de Düss o por Pelechano, Siva y Esquete con sus Inventarios de Miedos, todos ellos con niños españoles, pero en situación de «normalidad» (niños en las escuelas), mientras en los casos que aquí exponemos se encontraban en situación de «consulta por supuesta patología».

Tabla n.º 8

Miedos

Nocturnos:	
— Dormir con la luz encendida	22
— Ir a la cama con los padres	17
— Dormir con otra persona	16
— Tener alguien al lado para dormir	6
— Dormir con la puerta abierta	4
— Taparse con sábana o mantas	3
— Sin especificar	13
Oscuridad	12
Soledad	9
Ir solo de una habitación a otra	7
Tormentas	2
Calificaciones escolares	2
Cerrar armarios	1
Ruidos extraños	1
Robo	1
Diurnos sin especificar	2

5) Podría deducirse que, por ejemplo, el factor 1.º de Silva y Esquete: Guerra, muerte, castigo de Dios, operaciones quirúrgicas, enfermedad de los padres, ser atacado por animales. Es un miedo muy normal en edades infantiles pero que, o no se expresan verbal o conductualmente o no es considerado por los padres como de importancia para consultar por ello, mientras que los expresados con más frecuencia en esta muestra, nocturnidad, oscuridad y soledad producen una serie de rituales defensivos muy llamativos y que alteran la vida normal del entorno (ir a la cama de los padres, no querer quedarse solos, etc.).

6) Estos miedos más numerosos, coinciden con los llamados miedos arcaicos normales, pseudofóbicos o prefóbicos.

Ansiedad de separación

Al repasar las historias se aprecia que en algunos casos de miedos y fobias y en menor número en casos de obsesiones aparece, más o menos explícitamente, ansiedad de separación respecto de los padres, por lo que hemos analizado y comprobado su posible identidad con la fobia escolar. Gráfica n.º 3.

1. El total de casos en que se manifiesta la ansiedad de separación es de 27 (1,8 %) comenzando ya a aparecer de 0 a 3 años, suben un poco a los 4-7 años, alcanzan su máxima

expresión de los 8 a los 11 años para decrecer rápidamente a partir de los 12 años.

2. La curva no tiene parecido con las obtenidas en las obsesiones y las fobias, sólo tiene una cierta semejanza, pero no identidad, con la de la fobia escolar, con la diferencia de que el número de casos en la ansiedad de separación sigue subiendo de los 8 a los 11 años, mientras que la fobia escolar en nuestra muestra decrece. ¿Hay dos tipos de fobia escolar, una inferior a los 8 años identificada en gran parte con la ansiedad de separación y otra por encima de esta edad, menor en número, pero con identidad propia y no asociada con dicha ansiedad?

3. En la adolescencia disminuye muy rápidamente la ansiedad de separación, al comenzar la ambivalencia afectiva, el afán de independencia y el distanciamiento físico y psicológico respecto a los padres.

Fobias

El análisis de la curva de frecuencia de las fobias (gráfica n.º 4) (pág. 113) nos dice que en esta muestra la máxima frecuencia de las fobias se encuentra entre los 4-11 años, siendo de destacar la presencia de verdaderas fobias en niños de 2-3 años, así como la disminución brusca de los casos a partir de los 12 años en adelante.

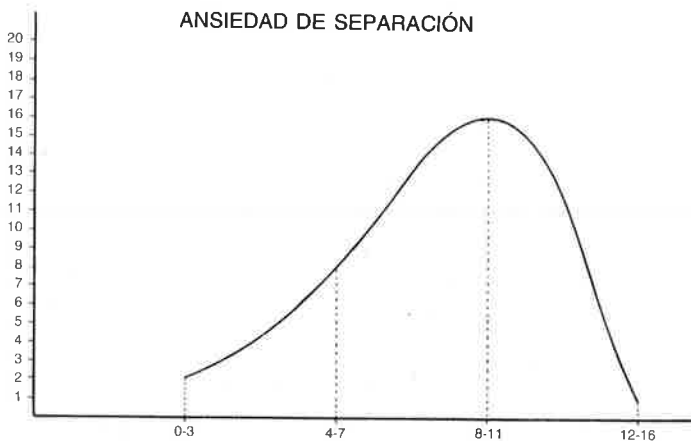


Gráfico n.º 3

Dada la frecuencia de las fobias en los adultos, esta caída de la curva a los 12 años ¿es real o es que los padres consultan por ellas cuando el niño es pequeño, pero no se consulta de mayores por considerarlas de menor importancia?

Otros puntos a analizar fueron:

1. El contenido de las fobias

Animales:

Grandes: Perros	0- 3 = 1
	4- 7 = 3
	8-11 = 1
	12-16 = 1
Medianos: Pájaros	4- 7 = 1
Pequeños: Cucarachas	4- 7 = 1 (H)
	12-16 = 1 (H)
Hormigas	4- 7 = 1 (V)
Enfermedades	8
Agorafobia	4- 7 = 2
	8-11 = 2
	12-16 = 1 = 6

Dismorfofobia	4
Altura	4
Muerte	4- 7 = 4
Comida	2
Ascensores	1
Exámenes	2
Puertas cerradas	1
Cuna	1
Personas deformes	1
Bomberos	1
Máscaras	1
Locura	1
Inyecciones	1
Aviones	1
Ruido desagradable	1
Fuego	1

2. División	
Fobias de situación	23
Fobias de objeto	25

3. Condicionamiento	
Gráfica n.º 5 (pág. 113)	
0- 3	4 de 6 66 %
4- 7	7 de 14 50 %
8-11	1 de 8 12 %
12-16	0 de 8 0 %
Condicionadas por T.V.	5 12 %

4. Fobia escolar	
4- 7 = 11	
8-11 = 9	
12-16 = 3	

De estos datos creemos interesante resaltar lo siguiente:

1) La presencia o no de situaciones traumáticas anteriores que han podido condicionar las fobias. Se ve cómo en las fobias de niños pequeños menores de 3 años la mayor parte son condicionadas, descendiendo los casos de condicionamiento a partir de los 4 años y llegan a su total desaparición a partir de los 12 años. Esto puede indicar que las fobias pueden estar producidas con arreglo a los dos diferentes modos expuestos por las diferentes Escuelas Psiquiátricas que han tratado el tema de las mismas, pero el que sea uno u otro de los mecanismos aducidos depende un poco de la evolución cronológica del niño (condicionamiento para los niños más pequeños y mecanismos psicológicos más complejos en los mayores). En relación con la influencia y posible condicionamiento por la T.V. sobre los miedos y fobias infantiles tenemos 5 casos de fobias (12 %) que han sido condicionados por visión de escenas más o menos terroríficas o repugnantes en T.V.

2) Sobre el contenido de las fobias podemos resaltar:

a) Fobias a animales: El número de casos no es demasiado grande para obtener unas conclusiones fiables, pero sí parece que haya una tendencia a que aparezcan sobre animales grandes, tipo perro en los más pequeños, mientras que los animales de menor tamaño se den preferentemente en niños y niñas de mayor edad.

b) Agorafobia: En nuestra casuística aparecen ya casos claros a los 7 años y constituyen el 10,4 % del total de las fobias.

c) Miedo a la altura: Aparecen 4 casos y en niños realmente pequeños y exponemos la posibilidad de que exista un mayor número de ellos que pasan desapercibidos en su mayoría.

d) Fobia a la muerte: Los 4 casos en que aparecen fobia a la muerte como tal, bien pura o bien unida a la ansiedad de separación que produciría la muerte de los padres, se producen a edades realmente precoces 4, 5 y 7 años, mientras que el temor a las enfermedades bien como futuro, bien como presente (hipocon-

dría) aparecen en edades posteriores de 8 a 12 años. La explicación podría ser la de que en niños mayores, al conocer el verdadero significado de lo que es la muerte, la enmascaran como temor a las enfermedades.

3) Identidad miedo-fobia: Mientras que en nuestra casuística se aprecia que los miedos coinciden más o menos con los que aparecen en las muestras de la mayoría de los autores, la mayor parte hechas sobre poblaciones de niños sin patología, en nuestros casos el contenido de la idea fóbica es más bien diferente e inexistente o por lo menos raro en esas estadísticas (bomberos, cuna, hormigas, etcétera).

4) Fobia escolar: Los casos de fobia escolar comienzan, como es lógico, a los 4 años alcanzándose la máxima frecuencia de los 4 a los 7 años y apreciándose un ligero descenso de los 8 a los 11 años. En comparación con los casos de ansiedad de separación vemos que estos siguen aumentando de 8-11 años, para desaparecer bruscamente a los 12, coincidiendo en esto con la curva de los casos de fobia escolar que son sólo tres de 12 años en adelante, alcanzándose en ambas curvas un máximo de coincidencia de 6 a 10 años. Una interpretación de la curva de fobia escolar podría ser la siguiente: a) La mayoría de los casos de fobia escolar son debidos a la ansiedad de separación. b) La curva podría indicar la adaptación progresiva al ambiente escolar y sus problemas. Gráfica n.º 6.

Obsesiones - Compulsiones

Al analizar las curvas de frecuencia (gráficas n.º 7, 8, 9) se aprecia que en los tres primeros años no aparecen obsesiones ni compulsiones propiamente dichas, sólo aparecen dos casos de rituales precoces; de 4 a 7 años siguen siendo escasas (4 casos) pero son ya frecuentes los casos de aparición de rasgos obsesivos en la personalidad aunque sigue sin aparecer ningún caso de neurosis obsesiva; de 8 a 11 años se sigue manteniendo la cantidad de estados obsesivos-compulsivos, empiezan

a disminuir los casos de rasgos obsesivos de personalidad y aparecen ya neurosis obsesivas francas, situación que continúa de 12 a 16 años con un ligero aumento de los casos de neurosis obsesivas, algunas de ellas (5) con rasgos prepsicóticos o psicóticos bastante evidentes.

Los contenidos de las obsesiones y compulsiones se repartían del siguiente modo:

1. Ideas obsesivas	
Pecado	4
Enfermedades	2
Muerte	2
Metafísicas	2
Comida	2
Venenos	2
Mandato	1
Números	1
Homosexualidad	1
Rapto	1
2. Compulsiones	
Lavado de manos	7
Tocar objetos	3
Colocar objetos	3
Hábitos motóricos complejos	2
Tocar imágenes religiosas	2
Bulimia	2
Olerse las manos	1
Cerrar puertas	1
Recitar frases	1
Pasar por un sitio	1
No pisar raya	1
Potomanía	1
Usar letra T	1

Del estudio de estos casos podemos resaltar lo siguiente:

1. Los rasgos obsesivos, que no llegan a constituirse en una verdadera neurosis obsesiva aparecen a los 4-6 años y son frecuentes hasta los 10-11 años, edad en la que su frecuencia disminuye coincidiendo con la aparición de casos de verdaderas neurosis obsesivas similares a las que se ven en los adultos. ¿Se trata de los mismos problemas pero que en los niños más pequeños no llegan a alcanzar la plenitud de la forma clínica «neurosis obsesiva»? ¿Es el mismo cuadro pero que di-

Gráfico n.º 4

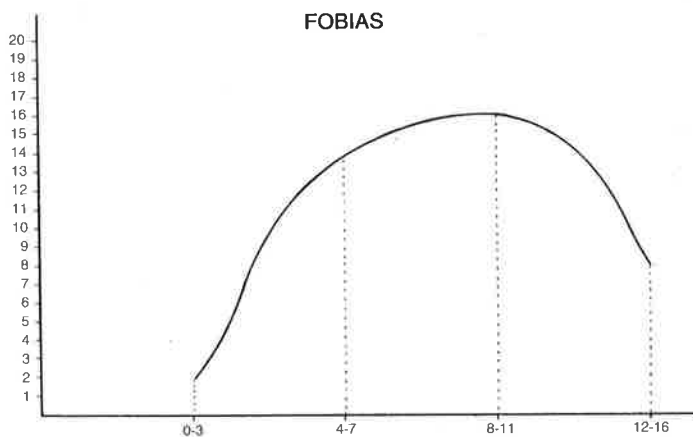


Gráfico n.º 5

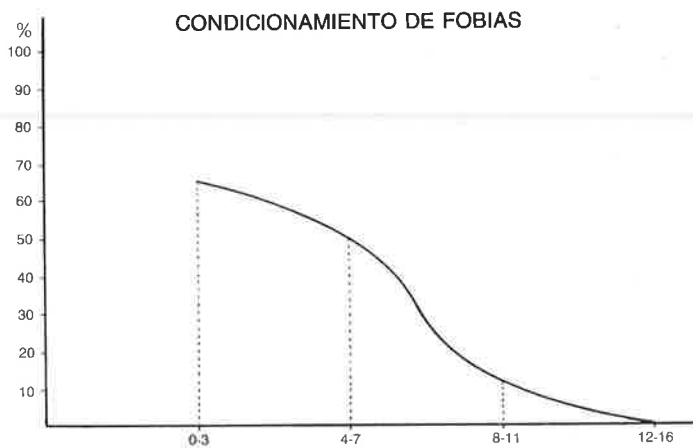
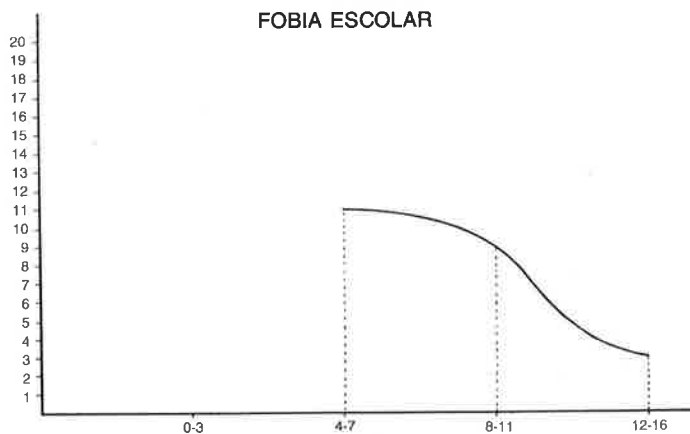


Gráfico n.º 6



fiere solamente en su expresividad clínica? ¿Es que los síntomas graves de la neurosis obsesiva hacen pasar a un segundo plano los rasgos de la personalidad obsesiva, mientras que si no existen los graves síntomas neuróticos emergen más llamativamente los rasgos de personalidad? ¿Son absolutamente independientes los rasgos de la anancasticidad de la infancia y la neurosis obsesiva de la adolescencia? (Gráfica n.º 10).

2. En la casuística se aprecia una mayor

frecuencia de las compulsiones obsesivas y de las obsesiones ideativo-compulsivas sobre las obsesiones puramente ideativas. Se avanza la idea de que eso puede ser debido a la tendencia infantil a la resolución de sus conflictos por medio de «actos» más o menos complejos, desde el ritual conjuratorio hasta el tic.

3. Dentro de los rituales compulsivos los más frecuentes se refieren ya a los de limpieza, siendo de destacar dos casos de ritual de lavado de manos muy precoces, 2-3 años.

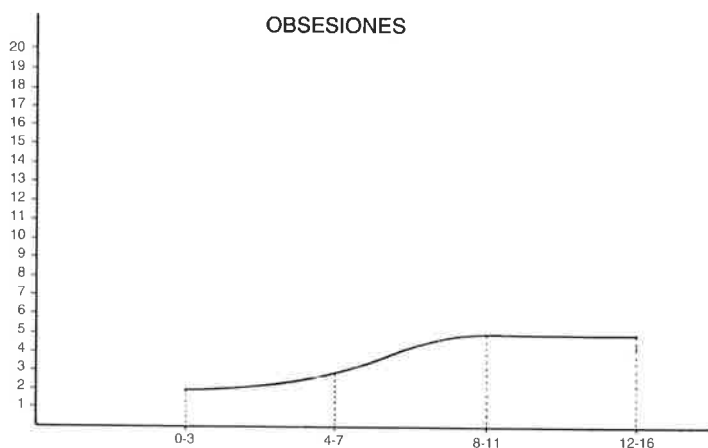


Gráfico n.º 7



Gráfico n.º 8

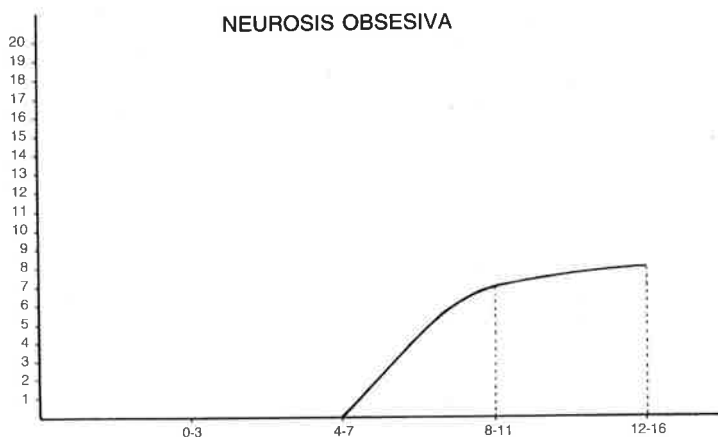


Gráfico n.º 9

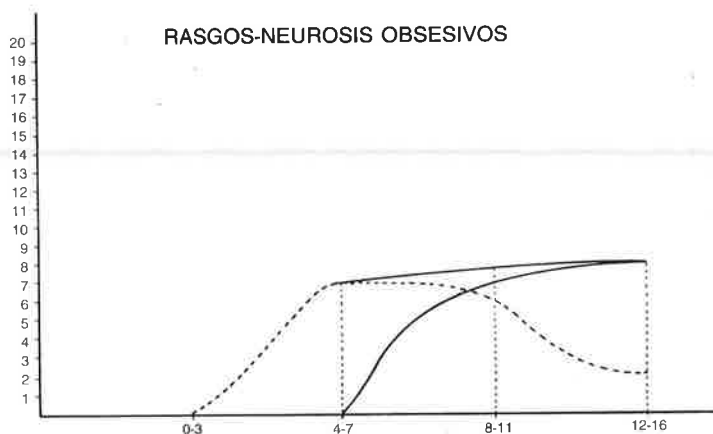


Gráfico n.º 10

Casuística

Caso 1. E. S. S.: H. 9 a. Desde hace más de un año está en tratamiento con el diagnóstico de neurosis obsesiva. Últimamente ha desarrollado una conducta compulsiva de tocarse constantemente así como a otros objetos externos para evitar algún perjuicio que pudiera llegarle si no lo hiciera. Madre nerviosa padece tics, tío materno esquizofrénico.

Caso 2. A. P. L.: H. 10 a. A los 9 años se queja de dolores fuertes en región superciliar. La han visto varios especialistas y no le encuentran nada. Madre y tía materna jaquecosas, siempre ha sido una niña tranquila pero

que se preocupa demasiado por todo. Inteligencia normal alta (percentil 75). En el C.A.T. aparece un cierto temor a los accidentes. El E.E.G. muestra una discreta disritmia. En las entrevistas aparecen unas ideas obsesivas en relación con la muerte y la posibilidad de que ésta le pueda venir a ella.

Caso 3. A. M. S.: H. 7 a. Niña que acude a la consulta por sus problemas de aprendizaje. A.F. sin interés psicopatológico. En la entrevista revela que desde hace mucho tiene miedos nocturnos, no quiere quedarse sola y a veces no quiere salir de la habitación por-

que si lo hace puede morir. Los exámenes de personalidad revelan un contenido ansioso en la mayoría de las láminas del C.A.T.

Caso 4. I. H. S.: H. 16 a. Acude a la consulta llevada por la madre que cuenta que tiene la obsesión de no engordar pero que como tiene hambre acaba comiendo y después devuelve. A.F. sin interés psicopatológico. A.P. embarazo, parto y nacimiento normales, desarrollo psicomotor normal. Menarquía a los 10 años, altura 1,64 m, peso 53 kg. Siempre ha sido una niña afectiva tranquila y sociable pero que, últimamente, desde que empezó con los problemas de la alimentación se ha hecho más retraída y casi no se relaciona con chicos y chicas de su edad. Acude voluntariamente a la consulta porque quiere quitarse la obsesión de engordar.

Caso 5. G. C. V.: H. 8 a. Niña que asiste a la consulta por rechazo escolar con reacciones de tristeza y ansiedad cuando tiene que asistir al colegio. Se queja continuamente de diversos males y cree que puede coger cualquier enfermedad que vea en su entorno. A.F. sin interés psicopatológico. A.P. Cuando la niña tenía 9 meses tuvo que abandonar el hogar durante 40 días por hospitalización de la madre manifestando al final de esta separación un rechazo a la madre que pronto fue superado. El C.A.T. muestra muchos relatos castróficos. Realmente ha sido una niña muy superprotegida y su hipocondría es el reflejo de los miedos padecidos.

Caso 6. E. V. S.: 7 a. Acude a consulta por enuresis nocturna. Últimamente se ha vuelto más triste, y ha empezado a mostrar miedo a quedarse a oscuras, tiene que dormir con la luz encendida, se tapa con la colcha, etc., y por el día no puede ir sola a ningún lado porque le da miedo. A.F. Es la segunda de tres hermanos, los otros sin problemas, padres estables y tranquilos, un primo del padre crisis histéricas.

Caso 7. R. S. C.: H. 3 a. Siempre ha sido una niña un poco inquieta y llorona, no puede separarse de su madre, con insomnio como defensa para no dormirse y que su madre se vaya a trabajar y la deje sola. La niña vive sola

con la madre porque los padres están separados.

Caso 8. M. R. D.: H. 6 a. Niña que tiene vómitos matutinos, cuando tiene que asistir al colegio, sin que aparezcan los sábados y domingos y en vacaciones, algunas veces se acompañan de dolores abdominales. A.F. Padre algo inestable, madre más estable pero un poco rígida.

Caso 9. B. R. U.: H. 2 a. 9 m. Acuden a consulta porque es nerviosa e inquieta, con claras tendencias obsesivas, dice que se le pegan los dedos y hay que limpiarla, repitiendo esta operación 10-12 veces al día. Los padres creen que es una niña un poco triste, tímida y asustadiza y con muy poca sociabilidad, por la noche tiene miedo a acostarse sola y tiene que dormir con los padres sin haberla podido sacar nunca de la habitación de ellos. A.F. Padre muy nervioso e inestable, madre más estable, hija única. Va a una guardería y está prácticamente sola todo el día porque los padres trabajan y la recogen a las 7 de la tarde.

Caso 10. R. G. M.: V. 11 a. Acude a consulta por vómitos matutinos y dolores abdominales, cuando va al colegio, es un niño muy perfeccionista y va con gran ansiedad al colegio pendiente de obtener siempre unos buenos resultados, pues quiere ser en todo el primero. Por las noches le cuesta dormirse, hay que dejarle la luz encendida y a veces exige la presencia de algún padre con él.

Caso 11. S. G.: H. 10 a. Niña que tuvo al ingreso en el colegio un problema de vómitos matutinos que cesaron sin tratamiento. Desde hace dos meses ha comenzado con una serie de rituales obsesivos tales como tener que dormir con una muñeca, siempre la misma, o con la hermana agarrándose a su mano. Tiene miedo a morir y se asegura contra la muerte poniendo papeles en las puertas o colocando unas sortijas que tiene siempre en el mismo sitio. También como defensa se quiere echar continuamente gotas en la nariz.

Caso 12. H. G. C.: H. 7 a. Sufrió un traumatismo craneal en el colegio. A los dos meses comenzó con vómitos matutinos los días que tiene que ir al colegio negándose y tenien-

do que llevarla casi a la fuerza. Desde entonces le ha aparecido enuresis nocturna y nada más despertarse llora y se queja de dolores de estómago viniendo a continuación los vómitos.

Caso 13. L. G. A.: H. 2 a. Desde que la operaron de apendicitis tiene miedos nocturnos y por el día tiene que estar pegada siempre a su madre y no quiere quedarse nunca sola. Ansiolíticos y el cuadro cede en treinta días.

Caso 14. S. G. N.: H. 5 a. Acude a consulta porque desde hace un mes ha empezado a tener miedos nocturnos y algo menos durante el día sin causa aparente que lo justifique. Padres estables y afectivos y los antecedentes personales son normales.

Caso 15. P. F. O.: H. 8 a. Siempre ha sido un poco nerviosa tratada con ansiolíticos. A su ingreso en el colegio tuvo un rechazo escolar con vómitos matutinos que todavía duran intermitentemente. Ha tenido terrores nocturnos y espasmos respiratorios afectivos. Actualmente tiene un gran miedo a separarse de la madre sobre todo si ésta tiene que salir a la calle y dice «que va a ser de mí si a ti te pasa algo», miedos nocturnos y tiene que dormir la madre con ella.

Caso 16. E. D. S.: H. 11 a. Acude a consulta porque no resiste el ruido que hace la dentadura postiza de la abuela, teniendo que levantarse de la mesa por lo nerviosa que la pone, despertando esta fobia una gran ansiedad a la niña dado el cariño que tiene a la abuela. Siempre ha sido un poco nerviosa y con rasgos obsesivos; por ejemplo, cuando tenía tres o cuatro años se quejaba de que a veces le faltaba el aire, tuvo problemas de sueño y al ingreso en la escuela tuvo rechazo. Padre un poco rígido. Madre más estable.

Caso 17. P. D. L.: H. 7 a. Tiene miedos nocturnos y no puede dormir sola pues si lo hace tiene pesadillas, cosa que no sucede si duerme con los padres. A los dos años tuvo quemaduras graves en la cabeza con intervención quirúrgica que duró más de dos horas produciendo una gran ansiedad en la niña que estuvo todo el tiempo llamando a la mamá.

A los tres años shock al ingreso en el Jardín de Infancia. Hace dos años muchas pesadillas a partir de la muerte de una abuela y la idea obsesiva de que a su madre le podía pasar algo. Tratamiento con ansiolíticos y psicoterapia con mejoramiento de sus síntomas aunque persiste una ligera ansiedad de fondo.

Caso 18. D. C. N.: V. 6 a. Niño que siempre ha sido muy miedoso pero que últimamente se han hecho más intensos tanto de día como de noche. Abuelo materno internado en un sanatorio psiquiátrico, es hijo único, es muy inquieto, inestable y con tendencia a obsesionarse fácilmente con cualquier cosa, sobre todo miedo, aún sin demasiada intensidad y sobre todo sin ansiedad.

Caso 19. M. P. D.: V. 12 a. Según los padres fue muy inquieto desde que nació, necesitó tratamiento con ansiolíticos. Actualmente es inquieto e inestable y por las noches no quiere dormir solo porque le da miedo sobre todo si ve alguna película de terror en la T.V. y entonces no quiere dormir solo. Onicofagia, somniloquia y sonambulismo. Padre alcohólico e irritable. Madre con fuertes rasgos obsesivos.

Caso 20. S. P. J.: H. 9 a. Desde hace unos meses ha empezado con miedos nocturnos (tiene que dormir con la luz encendida, tienen que estar con ella, etc.). Padre algo inestable, madre más tranquila y estable. Siempre ha sido una niña nerviosa y muy imaginativa, escribe cuentos pero en la mayoría con predominio de ideas depresivas. El dibujo libre que hace es un cementerio, con tumbas, nichos y personas que llevan flores a los muertos.

Caso 21. S. O. A.: H. 6 a. Siempre ha sido nerviosa, enurética, onicofágica, y ha dormido mal desde que era muy pequeña, lo que motivó el uso de tranquilizantes. Actualmente tiene miedos nocturnos, se despierta por las noches y se tiene que pasar a la habitación de los padres. Es muy posesiva (carácter anal), y según la madre «tiene la manía de ponerse los zapatos al revés». Actualmente manifiesta un gran rechazo a la escuela a la que no quiere ir porque dice que los demás niños y

los maestros se meten con ella. Padres un poco nerviosos y rígidos en la educación, tiene dos hermanos de 11 y 12 años sin problemas.

Caso 22. D. O. O.: V. 6 a. Hace tres meses se atragantó comiendo y desde entonces come muy poco por miedo a atragantarse y lo que toma lo hace casi siempre pasado en un pasapurés. El pescado lo rechaza sistemáticamente por miedo a las espinas, todavía tiene que chuparse un dedo para dormirse, hace dos años fue visto en una consulta de psiquiatría infantil por miedos nocturnos. El embarazo, parto y nacimiento fueron normales. Padre introvertido y poco afectivo. Madre más estable y afectiva. Hijo único, los test proyectivos revelan sólo miedo a la oscuridad, sin que aparezcan otros rasgos fóbicos. Se prescriben tranquilizantes de descondicionamiento cesando al cuadro en dos meses.

Caso 23. E. N. O.: V. 11 a. Niño que siempre ha sido un poco nervioso, pero que desde hace un año manifiesta una gran ansiedad que ha ido en aumento y que se manifiesta en forma de quejas hipocondríacas y un gran miedo a morir porque se le puede parar el corazón. Siempre ha sido un niño más bien terco, rígido y posesivo, pero hasta ahora no había manifestado miedos de ningún tipo, ni siquiera los miedos más o menos normales (oscuridad, etc.).

Caso 24. L. N. L.: H. 12 a. Desde hace 2 años comenzó con la manía de no poder tocar las cosas con las manos después de habérselas lavado, lo que motiva que esté prácticamente sin hacer nada, no quiere salir con sus compañeras, no puede jugar, etc., al mismo tiempo que tiene que lavarse muchas veces las manos en cuanto cree que ha tocado algo. Si se le pregunta el motivo, como por ejemplo, miedo a coger enfermedades, etc., no puede responder porque lo único que sabe es que «tiene que hacerlo» pero sin saber por qué ni para qué. Siempre ha sido una niña un poco extraña y poco sociable, terca y rígida en sus actividades diarias. Le costó la educación esfinteriana que no consiguió totalmente hasta los 6 años. Padre tranquilo, estable. Madre muy rígida sobre todo con la educación de sus

hijos, un hermano de 10 años sin problemas.

Caso 25. M. M. C.: H. 10 a. A los dos años fue diagnosticada por un pediatra de neuropatía y tiene hechos varios E.E.G. que dan un ligero foco epileptógeno izquierdo, también ha aparecido una insuficiencia tiroidea tratada con tiroides Leo y Proloide. Según los padres siempre ha sido una niña muy precoz, de gran imaginación y que necesita que todo el mundo esté pendiente de ella. Desde que era muy pequeña ha sido una niña problemática, quisquillosa y molesta para las compañeras, mentirosa y a temporadas con «manías» de cerrar toda las puertas que veía abiertas o de esconder los cojines que veía a su paso. Ha tenido frecuentes trastornos digestivos sobre todo matutinos con síntomas de rechazo escolar, insomnio pertinaz desde que era muy pequeña. Actualmente dice que tiene «alucinaciones», que ve y oye cosas que no existen, describiéndolas con gran complacencia a todo el que quiera escucharla. Padre depresivo con disritmia cerebral. Madre más estable pero que tolera mal los problemas de la hija. Es una niña muy desarrollada con una talla de 1,65 m. y un peso de 73 kg.

Caso 26. M. M. P.: V. 8 a. Niño nervioso que ha empezado a tener miedos nocturnos teniendo que ir a la cama con los padres o con un hermano para poder conciliar el sueño, todo esto a partir de haber visto una película de Drácula en la T.V. Cede al cuadro con tranquilizantes y una pequeña psicoterapia de apoyo.

Caso 27. M. J. A.: H. 7 a. Después de un episodio de inundación visto por la niña tiene miedos nocturnos durante los cuales cree que la casa está inundada con tiburones que amenazan con devorarla. Por otro lado y desde entonces también tiene miedo de que le suban cucarachas por el cuerpo hasta la cara. Describe como «voces interiores que le dicen lo que tiene que hacer», tales como «súbete encima de esa roca, no toques la casa, etc.». Padre en tratamiento con una neurosis fóbico-ansiosa. Madre depresiva también en tratamiento. Un hermano epiléptico con graves trastornos de conducta en tratamiento psico-

terápico y anticomercial. Los tests proyectivos muestran un pensamiento reiterativo muy obsesivo y dando la impresión a veces de que falla el control de la realidad, y revela que existen dos miedos fundamentales, el estar separada de la madre o ser rechazada por ella si como es evidente también siente celos del hermano pequeño.

Caso 28. J. G. C.: V. 8 a. Hace 6 meses y a partir de un golpe que tuvo en un ojo le han aparecido miedos nocturnos (tiene que dormir con la puerta abierta y la luz encendida, etc.), así como aparecen terrores nocturnos y somniloquia.

Caso 29. E. A. A.: H. 11 a. Embarazo, parto y nacimiento normales. Desarrollo psicomotor normal. Escolaridad a los 4 años y medio sin problemas. Siempre ha sido una niña muy miedosa y tenía que acostarse con la madre. Siempre ha sido obsesiva, el curso pasado, al final del mismo, estuvo llorando el último mes porque decía que le iban a suspender todas las asignaturas, después aprobó todas con buenas notas. Es muy aprensiva, cree que va a coger todas las enfermedades, hace un año vio una niña con crisis asmáticas y al poco tiempo empezó a imitarla, al cesar esto dijo durante algún tiempo que veía a las personas borrosas, el examen oftalmológico fue normal. Hace unos meses vio un travesti por la calle y al explicarle lo que era se pasó una temporada llorando porque no quería ser homosexual. Hace unos días, al bañarse con una prima de su edad que ya había desarrollado las mamas lloraba también pensando en que a ella no se le iban a desarrollar. El motivo actual de consulta es porque dice que tiene dos personalidades, una la que le dicta las ideas obsesivas y otra que las rechaza. En la familia no hay antecedentes de interés.

Caso 30. B. T. M.: V. 6 a. Niño con buen desarrollo psicomotor que desde siempre ha sido inquieto, inestable, negativista y terco. Tiene crisis asmáticas y espasmos de glotis. Desde hace 3 meses ha empezado con miedos nocturnos por lo que tiene que ir al cuarto de sus padres y meterse en su cama.

Caso 31. J. K. T. T.: V. 15 a. Siempre ha

sido un niño muy rígido y triste, con un desarrollo psicomotor normal y antecedentes de infiltración pulmonar hace dos años. Fobia escolar desde hace dos años que ha hecho que su asistencia a clase haya sido muy irregular y tiene una sensación de impotencia ante los estudios, con reacciones de ansiedad cada vez que se intenta obligarle hacerlo. Últimamente le ha dado por poner todo en orden no tolerando el menor desorden en sus ropas, mesa de trabajo, etc.

Caso 32. J. T. M.: V. 13 a. Hace unos meses ha seguido unos ejercicios espirituales donde empezó con ideas fuertemente obsesivas sobre el pecado en relación con la sexualidad siendo diagnosticado por otro psiquiatra de neurosis obsesiva, la cual ha tenido una marcha oscilante, y últimamente tiene unas crisis muy fuertes de ansiedad, agitación psicomotriz con llanto y risa alternantes y posibles alucinaciones, «veo a mi hermano como si llevara peluca». En la exploración se aprecia el estado de ánimo muy lábil, confusión ideativa y lenguaje incoherente con tendencia a las pararrespuestas.

Caso 33. C. T. A.: H. 7 a. No ha tenido ningún problema hasta su entrada en el colegio comenzando entonces con vómitos matutinos y dolores abdominales con remisiones en las épocas de vacaciones.

Caso 34. A. M. V.: V. 5 a. y 6 m. Se ha negado a ir al colegio a los pocos días de comenzada su escolaridad. Siempre fue un niño un poco tímido y retraído con tendencia a la diarrea y a los vómitos y hasta hace muy poco enuresis nocturna. Todavía algunas noches terrores nocturnos, onicofagia.

Caso 35. E. M. R.: H. 3 a. y 8 m. Niña que ha estado ingresada en un hospital por poliuria y polidixia bebiendo hasta 5 litros diarios de agua y de diuresis de hasta 3 litros, siendo finalmente diagnosticada de potomanía al no encontrarle ninguna enfermedad orgánica. El proceso comenzó cuando quedó el padre en paro y el ambiente familiar se hizo muy depresivo acostándose la niña todas las noches con una foto de su padre cuando él no estaba físicamente.

Caso 36. A. I. M.: V. 4 a. y 8 m. El desarrollo psicomotor es ligeramente retrasado con inestabilidad psicomotriz y actualmente tendencia a las fobias y a los rituales para dormirse (el objeto es una almohada que abraza, chupa, etc., para consolarse o dormirse), celotipia de un hermano pequeño.

Caso 37. F. F. G.: V. 15 a. Desarrollo psicomotor normal y escolaridad normal hasta hace unos meses en que se ha negado a ir al colegio, cambiando bruscamente de conducta, volviéndose agresivo, insociable, y sobre todo ha empezado con la obsesión de que es muy bajo para la edad que tiene y que tiene que crecer de cualquier forma solicitando que le traigan de América la hormona del crecimiento, produciendo crisis de ansiedad y agresividad cada vez más frecuentes. Realmente padece una escoliosis bastante pronunciada.

Caso 38. J. L. A.: V. 10 a. Tiene un desarrollo psicomotor normal y que siempre ha sido un poco tímido y miedoso, actualmente con clara claustrofobia y miedo a las tormentas. Ha tenido una crisis que describe «como si estuviera soñando» de segundos de duración. E.E.G. normal. Las pruebas proyectivas muestran una personalidad histérica, hipersensible, con rasgos fóbicos y con gran dependencia de la madre.

Caso 39. F. D.: V. 16 a. Hijo de padre hipocondríaco, celotípico e inseguro que fue mimado por el mismo, que a los 9 años empezó también a mostrar signos de temores infundados hacia las enfermedades: decía que se ahogaba y temía morir de repente, síntomas que aumentaban al anochecer y sobre todo al acostarse si no hay nadie con él. Sometido a terapia familiar e individual y antidepresivos mejoró notablemente y sólo a los 2 años tuvo una recaída fuerte con ocasión de un viaje al extranjero durante el cual se sintió un poco perdido por no conocer bien el idioma, actualmente persisten los rasgos hipocondríacos, hace una vida normal y sin medicación.

Caso 40. I. R. G.: V. 9 a. Hace un mes vio una película de terror en la T.V. y desde entonces ha empezado con miedos nocturnos, a la oscuridad, a quedarse solo, tiene que ir

la madre para que se duerma, y desde hace 15 días tiene miedo a que sus padres se mueran y se quede solo en el mundo. Padre un poco irritable. Madre más afectiva y estable. A los 5 años tuvo terrores nocturnos por lo que tomó tranquilizantes. Psicoterapia, desapareciendo los miedos en 6 sesiones.

Caso 41. M. N. S.: H. 10 a. Consultan por un retraso escolar y en el interrogatorio aparecen una gran variedad de miedos, algunos nocturnos, por lo que quiere irse a la cama de la hermana, no se atreve a ir sola por dentro de la casa y menos hacer recados fuera de ella. En la entrevista con la niña manifiesta que realmente no quiere ir al Colegio porque tiene miedo de todas las profesoras. Padre rígido y perfeccionista. Madre más abierta e infantil. Una hermana de 8 años. C.I. 102.

Caso 42. C. N. A.: V. 10 a. Siempre ha sido un niño un poco nervioso e intranquilo; desde hace unos meses está peor y además han empezado a notar que toca muchas veces al día un determinado número de cosas, sobre todo paredes, repite números y de vez en cuando se agacha. Padre enurético hasta los 13 años. Madre obsesiva en tratamiento. Educación exigente. Los síntomas empeoraron a partir de una mastectomía de tumor maligno de la madre. A los 8 años hospitalización en el Niño Jesús 15 días con bastante angustia. En las entrevistas confiesa el carácter conjuratorio de sus acciones compulsivas. Se hace psicoterapia y se receta clorimipramina habiendo mejorado bastante pero queda todavía una personalidad obsesivoide que racionaliza sus problemas.

Caso 43. P. M. T.: H. 7 a. Desde que la niña tenía tres años tiene un gran temor a que a la madre le pudiera pasar algo, temor que se ha acentuado desde que su abuela murió en un accidente de tráfico hace dos años. La madre lo achaca a que en la guardería había una maestra que le metía mucho miedo. Su conducta se ha hecho tan obsesiva que por la noche se levanta varias veces para ver si están los padres, volviendo otra vez a la cama. También tiene miedo a la oscuridad, a quedarse sola. Padre tranquilo. Madre algo más ner-

viosa, los dos con rasgos ligeramente obsesivos.

Caso 44. J. M. H.: V. 16 a. Desde que empezó su escolaridad ha sido un niño muy preocupado por sus estudios llegando a obsesionarse con los resultados de las evaluaciones y notas lo que le produce tal estado de tensión que le impide concentrarse en sus estudios, le duele la cabeza y tiene trastornos del sueño. Padre y madre estables y sin problemas, es el primero de dos hermanos, el otro normal.

Caso 45. M. M. B.: H. 5 a. Tiene problemas de asistencia a la escuela porque dice que tiene miedo a la monja y porque la castigan y la dejan encerrada, lo que le produce mucha ansiedad. Fue vista a los tres años por disfasia evolutiva con retraso escolar generalizado. Padre tranquilo y sin problemas. Madre algo más nerviosa.

Caso 46. A. V. L.: H. 10 a. Es una niña que, excepto en la casa, se muestra tímida. Desde muy pequeña tenía que dormirse abrazada a una almohada. Ha tenido temporadas de rechazo al colegio, tiene miedos por la noche y no quiere dormirse a oscuras; también teme mucho a las inyecciones que le producen verdadero pavor. Padre muy nervioso e inestable. Madre más tranquila. Es la primera de tres hermanos, los otros dos normales.

Caso 47. P. V. L.: V. 8 a. Desde hace dos años tiene crisis nocturnas que todavía aparecen cada 2-3 meses. Tiene miedos nocturnos a la oscuridad, hay que dejar la luz encendida, se va a la cama con los padres. No quiere salir al jardín a jugar con otros niños y siempre está pendiente del padre: ¿vas a venir por mí?, ¿qué vas a hacer? Es muy perfeccionista. Padre ligeramente obsesivo. Madre ligera inestabilidad. Es el 2.º de tres hermanos, los otros bien. Cuando acude a la consulta lleva cuentos de aventuras con escenas terroríficas.

Caso 48. C. S. M.: V. 3 a. 11 m. Es un niño muy nervioso y ya hace un año decía que tenía «bichos en las manos» al levantarse, se le pasó «con vitaminas». Cuando tenía 2 años y medio vio el cadáver de un primo de 11 años

y ahora no tolera que su madre se ponga ropas negras. En la actualidad muy miedoso, sobre todo de los animales que ve en la T.V., de máscaras y de algunos objetos más o menos repugnantes. En las entrevistas todavía habla de la muerte del primo y del miedo que le produjo. Padre y madre nerviosos, el 2.º de dos hermanos, el otro algo nervioso.

Caso 49. B. S. S.: H. 2 a. Desde hace 15 días notan los padres una cierta espasmofemia al hablar y, sobre todo, parece que tiene miedo a la altura pues no quiere estar en sillas altas y manifiesta también otros miedos, quedarse sola, llamar a la madre por la noche. Padre, espasmofemia motórica. Madre tranquila y estable.

Caso 50. M. S. S.: H. 9 a. Está en tratamiento psicoterápico desde hace un año y medio con el diagnóstico de neurosis obsesiva. Se está tocando continuamente sobre todo la cabeza, brazos y piernas, tocando también otros objetos, no siempre los mismos, y lo justifica diciendo que lo hace para que no le pase nada. Padre normal. Madre muy nerviosa con tics, un tío materno esquizofrénico. En el colegio tiene muchos menos rituales para que no se rían de él.

Caso 51. A. S. R.: V. 5 a. Es un niño muy miedoso, por las noches tiene que dormir con las luces encendidas desde los dos años, quiere dormir con los padres, todo lo desconocido le da miedo y tiene verdadero terror a las alturas (asomarse a ventanas). Vio una película en T.V. donde unas hormigas se comían a unos hombres y desde entonces le dan miedo también las hormigas. Padre, espasmofemia. Madre miedosa que le prohibía al niño muchas cosas (no te subas que te puedes caer, etc.).

Caso 52. E. R. A.: H. 7 a. Niña educada por la abuela por el trabajo de los padres, actualmente vive sólo con la madre por separación matrimonial. Es una niña poco sociable y retraída y bastante miedosa. Tiene miedos a la oscuridad y se tiene que ir a la cama con la madre, también tiene miedo a los animales sobre todo a los perros (hay un test de Corman en el que aparecen dos perros, uno de

ellos mordiendo a la madre).

Caso 53. J. P. C.: V. 7 a. Hace un año tuvo una corea con grave crisis de agitación psicomotriz. Actualmente el problema es que el niño no sólo no quiere ir al colegio, dice que se han portado mal con él, sino que raramente quiere salir de casa para nada, manifestando gran ansiedad cuando se le obliga a ello, no sabiendo los padres qué hacer dado el cuadro padecido hace un año. Padre y madre algo nerviosos. Hijo único.

Caso 54. R. P. V.: H. 2 a. Consultan los padres porque desde hace 3 meses tiene la «manía» de meterse dos dedos de la mano derecha en la boca y con la otra se tira del pelo, empezando a arrancarse alguno de ellos. Estos movimientos los hace desde que con motivo de un ingreso hospitalario por bronquitis estuvo durmiendo en posición sentada y cuando salió del hospital ya hacía dichos movimientos. Padre y madre tranquilos y estables.

Caso 55. R. J. B.: V. 3 a. Los padres le encuentran un comportamiento un poco extraño desde el nacimiento del hijo pequeño, se ha vuelto más retraído ante extraños, se ha vuelto miedoso, se despierta llorando por las noches llamando a su hermano mayor para que esté con él, no se puede asomar a la terraza porque se asusta y llora enseguida. Preocupaciones sexuales y probable masturbación por balanceo. Padre, inestabilidad emocional importante. Madre fóbica cuando era pequeña.

Caso 56. M. G. R.: H. 10 a. Desde que empezó a ir al colegio a los 4 años manifiesta un claro rechazo al mismo, que en un principio se manifestó con vómitos y que aunque ha mejorado con el tiempo se nota todavía un cierto temor a ir al colegio, de tal manera que su madre tiene todavía que asomarse a la ventana para decirle adiós, y tirarle besos. Es una niña tímida excepto en casa que es rebelde y caprichosa. Padre un poco rígido en su educación. Madre más afectiva y expansiva.

Caso 57. G. G. B.: V. 12 a. Consultan por su carácter agresivo pero en las entrevistas se aprecia que es un niño que aún tiene miedos

por la noche al dormirse con la luz apagada y a irse a la cama de sus padres, no puede ir solo por la casa si está oscuro y es un niño que fuera de casa es más bien tímido y no le gusta la violencia. Padre nervioso. Madre más tranquila y tolerante. Dos hermanos de 8 y 6 años sin problemas.

Caso 58. L. G. H.: H. 9 a. Siempre ha sido una niña inquieta e insomne, sin verdaderas crisis de ansiedad nocturnas pero si ha sido siempre muy miedosa tanto de día como de noche, no se podía quedar sola, andar sin luz por la casa, dormir con la luz apagada, se iba a la cama con los padres, etc., y todavía tiene miedos nocturnos a la oscuridad, y en la actualidad muestra también unos síntomas depresivos con llantos frecuentes diciendo que se quiere morir y que se va a suicidar. Padre y madre en tratamiento de terapia de pareja con un clima familiar realmente malo. Dos hermanos de 14 y 11 años sin problemas.

Caso 59. A. G. E.: H. 5 a. Padres separados, la niña tiene que ir a ver al padre cada semana y, según la madre, la niña vuelve con miedos nocturnos, a la oscuridad, a dormir sola, etc., que le duren tres o cuatro días al volver a su casa y que ella representa la disciplina y el padre la permisividad con lo que intenta atraérsela. Una hermana de tres años sin problemas.

Caso 60. E. G. F.: H. 7 a. Los padres cuentan que siempre ha sido bastante miedosa y cuando era pequeña no podían dejarla sola en la cuna porque lloraba y que desde hace dos meses no quiere separarse de la madre, dormir con ella, etc., porque se pueden morir una de las dos, sobre todo la niña que no cesa de hablar de la muerte, de qué pasa cuando se muere uno, «me pueden meter en una caja y ya no respiro». Durante la entrevista dice que tiene miedo a morir desde que en el colegio le cuentan historias de santas que se morían jóvenes. Padre tranquilo. Madre algo más nerviosa e inestable.

Caso 61. C. G. C.: V. 5 a. Desde los dos años tiene miedos que aún le continúan, no puede estar en una habitación con la puerta cerrada, no puede quedarse solo, necesita que

le den la mano o tener la luz encendida para dormirse aunque sigue durmiendo en la habitación de los padres. Hace unos días tuvo una crisis de llanto porque decía que no quería morir. Padre un poco nervioso. Madre más estable. Hijo único.

Caso 62. F. J. T.: V. 10 a. Desde hace un año ha empezado a tener miedos, al caer la tarde no quiere quedarse solo, tiene que dormir con la luz encendida y en algunos casos ha llamado a la madre muy asustado pero despierto diciendo que le latía muy deprisa el corazón. Estos síntomas aumentan cuando ve alguna escena de miedo en la T.V. Ha tenido bronquitis asmática. Padre tranquilo. Madre tratada por depresión al querer adelgazar.

Caso 63. J. C. P.: V. 7 a. Niño que ha estado dos años en tratamiento psicoterápico con el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, en la exploración se aprecia un niño con una inseguridad en sí mismo muy grande con reacción defensiva de aislamiento; tiene una fobia muy marcada y casi exclusiva a la oscuridad que se pone de manifiesto sobre todo a la hora de acostarse y que ha llegado a tener que dormir en el mismo cuarto que su hermana menor. Padre apático. Madre algo obsesiva. Una hermana de tres años sin problemas. Además presenta un cuadro de inestabilidad psicomotriz y trastornos instrumentales por lo que se trata con metilfenidato. Mejora mucho en el tratamiento y al año se le da de alta sin fobias y buen progreso escolar.

Caso 64. J. C. D.: V. 4 a. Es un niño muy miedoso sobre todo por la noche (tiene que dormir con la luz encendida, la puerta abierta, cogido de la mano de su hermana), a las tormentas y una fobia muy específica que consiste en fuerte reacción de ansiedad cuando ve bomberos. Padre y madre nerviosos, un hermano de 7 años enurético.

Caso 65. J. C. A.: V. 3 a. Desde que estuvo ingresado a los dos años en un hospital por deshidratación sufre crisis de ansiedad cuando se le va a acostar por las noches y tiene que dormir con algún familiar. La sola intención de meterle en la cuna le produce verdadero terror y los padres creen que le recuer-

da al hospital. Padre algo nervioso. Madre más estable. Una hermana de 8 años se lleva muy bien con el niño.

Caso 66. J. V. V.: H. 8 a. Desde hace cerca de un año muestra una gran resistencia a asistir al colegio con fuertes reacciones de depresión y ansiedad por tener que asistir al mismo y que se manifiestan con llanto, apatía, dolores sin localización específica y ya la niña ha dicho que no quiere ir más al colegio racionalizándolo en que las niñas no quieren ir con ella. Tiene una hermana de un año mayor con su pandilla de colegio que ha rechazado a la paciente por ser más pequeña. Padre tranquilo y estable. Madre algo más nerviosa.

Caso 67. J. C. A.: V. 10 a. Siempre ha sido un niño callado, introvertido y poco sociable. Ahora le notan los padres triste y preocupado. Es un buen estudiante pero va con miedo al colegio con reacciones de vómitos y dolores abdominales y cuando le preguntan dice que tiene miedo a que le pegue el maestro por no saber la lección. Sus síntomas digestivos llegarán a producir un diagnóstico de úlcera de estómago, pero últimamente ha sustituido los síntomas digestivos quejándose de que se le agarrotan y duelen las piernas.

Caso 68. I. C. M.: V. 7 a. A los 4 años y medio hubo varias muertes en la familia y estuvo obsesionado mucho tiempo con la idea de la muerte, «no quiero dejar de jugar porque se hace uno mayor y se muere uno», más tarde empezó con miedos nocturnos a la oscuridad, a dormir solo, etc., y últimamente a vuelto otra vez con sus ideas obsesivas sobre la muerte tanto de él como de sus padres. Su conducta se ha hecho irritable y tiene problemas escolares. Padre tranquilo. Madre más nerviosa. Una hermana de 4 años sin problemas.

Caso 69. J. B. C.: V. 4 a. 11 m. Según los padres es un niño difícil, algo nervioso con miedos variados a la soledad, a la oscuridad, a las tormentas, etc., y que ha desarrollado un tipo de conducta obsesiva en cuanto a su alimentación (toma sólo una pequeña variedad de alimentos, siempre los mismos) y con

la defecación (hace muchos-poquitos al día) por miedo al dolor que una vez tuvo por estreñimiento. Padre un poco nervioso. Madre obsesiva.

Caso 70. S. B. A.: V. 10 a. Es un niño con abundantes fobias, a los perros, a los aviones, a la oscuridad, con problemas para dormir, ha tenido varias crisis agudas de ansiedad en las que pedía que le llevaran al hospital porque se ahogaba y tenía miedo de morir, es un niño tímido y con malos resultados escolares. Padre muy nervioso e irritable. Madre tranquila. Un hermano de 7 años sin problemas.

Caso 71. M. D. M.: V. 9 a. Tiene miedos nocturnos obligando a los padres a que le dejen la luz encendida y a estar con él hasta que se duerme. Si se acuesta en la cama con los padres no tiene miedo aunque esté solo, sin embargo, si se despierta por la noche se vuelve a dormir aun con la luz apagada y no se mueve de la cama. Todo esto comenzó al ver una serie de T.V. en la que salían muertos y violencia. Padre un poco nervioso, madre más estable. El contenido consciente de sus miedos es que pueden entrar a robar y le pueden matar.

Caso 72. E. A. D.: H. 3 a. 11 m. Consultan los padres por la rebeldía, la indisciplina y el egoísmo de la niña. En las entrevistas aparece que es una niña miedosa, sobre todo por las noches y que estuvo escayolada de pelvis y piernas desde los 13 a los 27 meses y que ahora tiene tendencia a las fobias (animales), pero, sobre todo, le produce un gran terror ver a gente que anda con muletas. Madre autoritaria y nerviosa, padre más tranquilo. Un hermano de 4 meses.

Caso 73. A. A. V.: V. 8 a. Es un niño muy miedoso, por ejemplo, no quiere bajar las escaleras solo por miedo a caerse, pero sobre todo son miedos nocturnos, tiene que dormir con la luz encendida y con la madre cerca de él. Sus miedos se han acentuado desde que hace unos meses tuvo una conjuntivitis alérgica y creía que podría quedarse ciego. A los tres años ya fue visto por un psicólogo por su nerviosismo. Tiene también miedo de ciertas

películas de T.V. Como sus amigos conocen sus miedos le asustan contándole cuentos terroríficos. Padre tranquilo. Madre inquieta y nerviosa. Un hermano de dos años inquieto.

Caso 74. E. A. R.: V. 2 a. Consultan porque se niega a tomar otro tipo de alimentación que no sean papillas, no logrando hacerle masticar y últimamente ha seleccionado dos o tres tipos de sus alimentos y sólo toma esos. En una ocasión, y por indicación del médico, estuvo hasta dos días sin comer. Es un niño muy inquieto. En los antecedentes figuran que los padres quisieron darle de comer sólidos muy precozmente con lo que el niño se atragantaba mucho. Padre hiperprotector. Madre un poco rígida y obsesiva.

Caso 75. J. A. J.: V. 7 a. Dormía con una hermana mayor, y cuando los separaron empezó con miedos a la oscuridad, a estar solo, etc. En la actualidad no quiere que su madre se marche de casa porque tiene miedo también diurno, por ejemplo, a la soledad, al guarda del parque, y en alguna ocasión ha llegado a decir que lo que tenía que hacer era matarse. El niño cuenta que su madre y su hermana le decían que iba a venir el coco si no se dormía, y actualmente unos primos que conocen sus miedos le dicen que ellos hablan con el espíritu del abuelo que murió hace dos años, u otras historias de terror. En algún caso de irse la madre de casa ha tenido crisis agudas de ansiedad. Padre muy miedoso de pequeño. Madre más tranquila y segura.

Caso 76. I. A. M.: V. 4 a. 11 m. Es un niño muy miedoso, otros niños se burlan de él y le dicen que le van a llevar los gitanos, cuando está viendo la T.V. se tapa la cara para no ver la violencia de las películas, por las noches tiene miedo al acostarse y muchas noches tiene que acostarse con él la madre para que se le pase el miedo, estos miedos nocturnos los une la madre a unas crisis asmáticas que tuvo cuando era más pequeño. Padre tranquilo. Madre tranquila.

Caso 77. J. A. M.: V. 7 a. Antecedentes de tics a los 6 años que pasaron solos a los 2 meses. Hace dos meses tuvo una varicela y al comenzar otra vez las clases se negó a ir a

los dos días de comenzar porque tenía miedo a que le riñeran y a sacar malas notas, «no quiero hacer sufrir a la señorita ni a mis padres». Está preocupado y triste «a mi me pasa algo, pero no sé qué». El comienzo de la varicela fue con síntomas de frío y malestar que comenzaron en el colegio y tuvieron que ir de su casa a buscarle. Se despierta algunas noches a las 3-4 de la mañana llorando, con miedo y se tiene que pasar a la habitación de los padres hasta que se duerme otra vez. Padre expansivo, alegre. Madre tranquila.

Caso 78. T. D. E.: H. 6 a. Hace 20 días vio una película de terror en T.V. y desde entonces tiene miedo tanto de día como de noche aunque más intenso y frecuente a la hora de acostarse despertándose a veces en la noche y queriendo ir a dormir con los padres. En la entrevista se aprecia una cierta precocidad intelectual y habla de problemas metafísicos como la vida, la muerte. Durante el día no quiere separarse de sus padres pero en el colegio no presenta ningún problema. En los antecedentes figuran vómitos voluntarios cuando se enfadaba o quería llamar la atención. Padre irritable y permisivo. Madre más rígida.

Caso 79. I. R. G.: V. 9 a. Desde hace un mes tiene miedo nocturno y dice que tiene miedo de que sus padres se mueran y lo dejen solo. Según parece estos síntomas empezaron a manifestarse después de haber visto en el cine una película de terror. Padre tranquilo y estable. Madre algo más nerviosa.

Caso 80. T. J. M.: H. 4 a. Desde hace dos semanas tiene miedos por las noches, se despierta y se va a la cama de los padres, por el día tampoco quiere separarse de la madre y cuando se intenta hacerlo grita, llora y patalea. Siempre ha sido anoréxica pero ahora se le ha aumentado. Según la niña, los miedos son producidos por cuentos que le cuentan las amigas. Padre y madre algo nerviosos.

Caso 81. F. H. C.: V. 8 a. Es un niño muy inquieto y que consultan los padres porque es muy miedoso, teme salir solo a la calle, a los animales como perros y, sobre todo, es por la noche cuando más se manifiesta, tiene que

dormir con la luz encendida, tiene que estar la madre agarrándole la mano y si se despierta por la noche y llora quiere pasarse a la cama de los padres. Padre tranquilo y estable. Madre algo más nerviosa.

Caso 82. J. H. U.: V. 7 a. Nunca ha tenido miedo pero a raíz de padecer un proceso gripal con fiebre alta tiene miedos pero sólo nocturnos, tiene siempre que haber alguien con él para dormirse, tienen que dejar la puerta abierta y si no lo hacen llora, se levanta y se va donde están los padres en ese momento. Padre algo irritable. Madre más tranquila y estable.

Caso 83. C. G. S.: V. 6 a. Es un niño que siempre ha dormido mal pero que últimamente ha comenzado a tener miedos por la noche, llora, tiene que dejar la luz encendida y estar su madre al lado cogiéndole la mano. Lleva así dos meses y aunque los padres han procurado no cultivar los miedos consultan porque no desaparecen. Padre y madre estables y tranquilos.

Caso 84. B. G. M.: H. 5 a. Es una niña miedosa y aprensiva de la que se ríen sus amigas contándole cuentos del demonio. Tiene una apariencia precoz, habla de temas religiosos como el cuerpo, el alma, la muerte, etc., y según ella habla con Dios porque si no lo hace le podía pasar algo malo o no ganaría los concursos del colegio. Hace algunos rituales como olerse las manos constantemente y se queja de dolores de tripa, sobre todo cuando come, y dice que empieza a pensar muy aprisa, se pone nerviosa y por eso le duele el vientre. Padre estable y tranquilo. Madre un poco rígida y obsesiva.

Caso 85. G. P. S.: H. 7 a. Siempre ha sido una niña un poco nerviosa, no le gusta quedarse sola, no va a hacer recados a otras habitaciones si está oscuro y hasta hace poco tenía la manía de cerrar los armarios por temor a que hubiera alguien dentro. Por la noche también le tiene miedo a la oscuridad, a que no haya nadie a su lado. Padre algo nervioso. Madre más tranquila. Desde los 6 años encopresis. E.E.G. normal. R.X espina bífida oculta.

Caso 86 F. C. J.: V. 16 a. Es llevado a la consulta por sus padres porque siempre ha sido un niño un poco obsesivo y escrupuloso pero sin que sus síntomas llegaran a ser alarmantes (las épocas de exámenes las pasaba muy mal por sus ideas obsesivas sobre su resultados escolares). No ha tenido nunca compulsiones. En la actualidad los padres están muy asustados porque el chico ha comenzado a exponer que tiene ideas obsesivas que le atormentan continuamente sobre si es o no homosexual, él cree que no lo es y lucha continuamente contra esas ideas, acompañada esta lucha de una gran ansiedad, pidiendo a los demás que le confirmen en su masculinidad. Padre un poco nervioso e irritable. Madre nerviosa.

Caso 87. L. B. H.: 16 a. Siempre ha sido una niña un poco miedosa y con tendencia a obsesionarse con pequeñas cosas y problemas, actualmente el síntoma que le atormenta es el miedo que tiene a las cucarachas, que aunque comprende que es risible, a ella le produce una gran ansiedad que le impide hasta conciliar el sueño, teniendo que levantarse varias veces por la noche para comprobar que no hay ninguna en su cuarto. Padres separados, el padre alcohólico. Madre más estable.

Caso 88. A. G. M.: H. 5 a. Dicen los padres que es una niña muy sensible, de difícil sociabilidad, fantástica y muy inteligente y que por eso mismo imagina muchas ideas que le producen miedo, sobre todo si ha visto alguna película en la T.V. que le produzca miedo aunque sea de dibujos animados; por el día lo pasa relativamente bien pero por la noche exige la presencia de la madre para que la proteja contra sus imaginaciones terroríficas. Padre y madre sin problemas.

Caso 89. O. I. H.: H. 7 a. Los padres la consideran un poco infantil aunque su desarrollo psicomotor ha sido normal. Enuresis nocturna hasta los 6 años. Inteligencia, Percentil 50. Es una niña pasiva y que tiene muchos miedos, no quiere quedarse sola, pasar a otra habitación oscura, quiere dormir con la luz encendida, etc. Padre irritable. Madre más tranquila y estable.

Caso 90. J. M. A.: V. 8 a. Es un niño enurético, irritable con ciertas ideas de autorreferencia (cree que los demás niños se ríen de él), por el día no tiene miedo pero por la noche los padres lo encuentran demasiado miedoso para su edad, llegando a tener que dormir con los padres en la misma cama por el miedo a quedarse solo a oscuras en su cama. Padre psicosis maniaco-depresiva. Madre normal. Vuelto a ver a los 12 años persistía la enuresis, pero los miedos habían cesado.

Caso 91. A. M. S.: H. 4 años y medio. Consultan los padres por sus conductas ritualistas tal como mover los ojos hacia arriba, torcer la boca, llevarse las manos a la cara aunque ya ha dejado de balancearse con el pie derecho que hacía a los tres años. Todos estos movimientos los puede cortar a voluntad de ella si se lo piden, pero no pasa mucho tiempo sin que vuelva con los mismos. Es muy miedosa y sobre todo tiene una verdadera fobia a los perros que le producen verdaderas crisis de ansiedad si ve cerca alguno, aunque según los padres y que ellos sepan no le atacó nunca ningún perro. Padre tranquilo. Madre algo más inestable.

Caso 92. J. V. P.: V. 9 a. Es un niño que desde hace dos años se ha vuelto más miedoso «tengo miedo a morirme porque a lo mejor voy al infierno», las inyecciones le dan verdadero pavor. Últimamente la familia está preocupada por sus quejas sobre dolores de vientre (es sobrino de un afamado digestólogo y no le ha encontrado nunca nada). En las entrevistas se aprecia que tiene unos rasgos obsesivos muy fuertes «tengo otro yo que me manda pensar y hacer cosas en relación con el número 3; por ejemplo, meter las manos 3 veces en agua caliente», a veces hace gestos de tirar canicas y cuando se le pregunta dice que es que se le caen. Es poco sociable «me gusta más quedarme en casa», «me gusta más ser raro y tener por eso más fama».

Caso 93. L. V. A.: V. 10 a. La familia le encuentra raro desde hace 2-3 años, se obsesiona por cualquier cosa, actualmente tiene dos obsesiones: la del dinero (siempre esta hablando de ello) y sobre todo con la sexuali-

dad (todo es pecado, no consiente que le vean desnudo) esto último muy acentuado, con respecto a su madre «tápate las piernas», «no mires». Se confiesa cada dos por tres y nunca queda conforme. El padre es un alcohólico celoso y también obsesivo.

Caso 94. L. P. R.: V. 5 a. Desde que nació ha sido un niño muy nervioso y le tenían que dar tranquilizantes para que durmiera. Tiene muchos miedos, habla de la muerte, del más allá y le gusta tocar temas religiosos y metafísicos, por las noches le cuesta dormirse y tiene que llamar a su madre asustado y generalmente llorando para que le tranquilice; por el día, cuando se encuentra solo habla mucho consigo mismo en voz alta para no tener miedo.

Caso 95. E. M. L.: V. 6 a. Según los padres desde que ha pasado la varicela, según el niño, desde que le hablaron de las enfermedades en el colegio, está muy obsesionado con las enfermedades, cree que las va a coger todas y se defiende con rituales obsesivos de limpieza, sobre todo lavarse las manos. No quiere desde entonces dormir solo y tiene que acostarse con la madre.

Caso 96. A. M. V.: V. 5 a. Siempre ha sido un niño tímido y retraído. A los 12 meses internamiento hospitalario durante una semana por deshidratación. Al comenzar por primera vez la escolaridad, hace dos meses, fue al principio contento, pero a medida que han pasado los días se niega a ir, llora si los padres insisten y tiene verdadera crisis de agitación (pataleos, llanto, morder, etc.) por lo que los padres han dejado de llevarle. Después de tres entrevistas con el niño ya va al colegio normalmente (en ellas se ha puesto de manifiesto que hay una ansiedad de separación, pero no respecto a la madre sino de los hermanos que quedan en casa).

Caso 97. A. I. M.: V. 4 a. Es un niño muy inquieto y llorón y actualmente con tendencia a las fobias (miedo a los animales) y que desde que ha nacido el hermano más pequeño tiene una conducta más regresiva (enuresis, chupeteo del dedo pulgar) y tiene que dormir abrazado siempre a la misma almohada

chupando una esquina.

Caso 98. M. L. F. P.: V. 11 a. Siempre ha sido un niño nervioso y asustadizo y desde hace un año ha comenzado con diversas fobias, primero con miedo a las alturas, luego a salir a la calle solo y sobre todo a montar en metro o en coche (una vez en un viaje empezó a decir muy angustiado: «tengo miedo, nos tenemos que volver, nos va a pasar algo», han ido este año a ver las fallas de Valencia y no podía mirarlas cuando se quemaban. No puede pasar solo por un puente por encima de la M-30 y tiene que llevarle su madre al colegio por ello, «con mi madre no me da miedo»). También le daría mucho miedo subir en avión.

Caso 99. B. B. G.: H. 4 a. 10 m. De pequeña no era miedosa, por ejemplo, besaba a los perros y ahora les tiene un miedo cervical, también tiene miedo a los pájaros, a las palomas y desde que ha tenido epistaxis tiene miedo a morir «si me muero que harías», «¿la sangre se acaba?», «¿los viejecitos, si se mueren, van al cielo?»

Caso 100. S. S. F.: V. 13 a. Desde hace un año se ha vuelto muy excitable y agresivo, sobre todo con el padre, con un gran bajón en los rendimientos escolares y la aparición de escrúpulos religiosos que lleva a confesarse casi continuamente y a tener miedo a comulgar, por las noches tiene que estarse su madre con él, tenerle cogidas las manos, y pretendiendo asegurarse contra sus ideas de pecado, tardando 2 y 3 horas en dormirse o teniendo fuertes crisis de agitación porque su madre no le comprende. De ella dice «a pesar de ser mi madre y quererme más que nadie y ser muy buena, parece como si a veces quisiera hacerme pecar». ¿Cómo te puede hacer pecar tu madre?, «porque a veces le veo la cinta del sostén o el nacimiento del pecho o las piernas». Tiene una estampa de la Virgen en el revés de la tapa de su pupitre y en medio de la clase le viene la duda de si tocará el libro de Historia Sagrada donde viene Adán y Eva desnudos, abre, cambia los libros y al poco tiempo le sobreviene una duda igual con otro libro, también se sobresaltaba si pensaba en

la Virgen o rezaba y se daba cuenta que poco tiempo antes se había tocado los genitales, o si al abrir un libro donde había una imagen pecaminosa su vista tropezaba con una imagen religiosa en la pared o en cualquier otro lugar. Todo ello le llevaba a la gran angustia de morirse de repente, sobre todo por la noche, sin poder confesarse y condenarse por tanto.

Caso 101. L. A.: V. 11 a. 7 m. Acude a consulta por trastornos del comportamiento. Padre y madre rígidos, lábiles de afectividad y explosivos. Antecedentes epilépticos y diabéticos. Es un niño muy inquieto, necesitó tranquilizantes desde muy pequeño, en la historia relatan alguna fobia aislada como la oscuridad y a quedarse solo. E.E.G. normal. Al año siguiente aparecen fobias constantes y rituales que dificultan su vida normal y su escolaridad y en el E.E.G. aparece una disritmia centrocefálica, estado de ansiedad muy aparente, bulimia intensa.

Caso 102. A. A. J.: H. 6 a. La llevan los padres a consulta por su insomnio, no quiere dormir sola necesitando coger un cojín y mecerlo durante horas para dormir. Padre algo nervioso, ulceroso. Madre alegre, algo irritable. Comenzó la escolaridad a los 3 años con shock al ingreso que tuvieron que sacarla y volver al año siguiente. E.E.G. normal.

Caso 103. A. B. G.: V. 7 a. El motivo de la consulta es inquietud, cuando tenía 2 años le dijeron que tenía un retraso. Madre obsesiva. Tiene miedos en general, introvertido, reacciona explosivamente ante pequeñas frustraciones. Muy obsesivo, limpio y ordenado. Celos del hermano. No problemas escolares.

Caso 104. F. C. H.: V. 7 a. Acude a consulta por temor a los castigos e inquietud. Ante los castigos se pone nervioso, llora, se esconde. Fobias esporádicas a animales que fueron más intensas a los 4 años (brujas, coco, etcétera).

Caso 105. D. O. M.: V. 5 a. 5 m. Niño que viene a la consulta por insomnio, pesadillas y terrores nocturnos. Inquieto desde pequeño, operado de amígdalas a los 4 años. Insomnio desde hace dos años, generalmente

acompañado de representaciones fóbicas. Miedo a los perros, monstruos, oscuridad, etc.

Caso 106. T. B. S.: H. 12 a. Consulta por presentar síntomas fóbico-obsesivos desde hace unos meses. Coincidiendo con los exámenes del curso pasado empezó con sintomatología obsesiva; ve manchas en las paredes, ropa con manchas, se lava las manos varias veces seguidas, no come la comida que puede haber sido tocada por otros, se molesta que la toquen sus familiares, sobre todo del sexo masculino. A los 20 años no ha vuelto a presentar ninguna obsesión y hace una vida completamente normal.

Caso 107. P. F. P.: H. 9 a. Viene a la consulta por presentar crisis de ansiedad al estudiar sus tareas escolares. Está en 4.º de E.G.B. y este curso tiene antes de comenzar sus tareas escolares unas crisis de ansiedad fóbica con náuseas, mareos, sensación de malestar. Si no se sabe alguna lección pasa la noche con pesadillas, buena adaptación al colegio y buena relación con sus compañeras, aunque es algo inhibida.

Caso 108. J. M. G.: V. 12 a. Le traen a consulta por presentar fobias y dificultad en los estudios. Siempre ha sido muy miedoso, a los 2 años terrores nocturnos que desaparecieron a los 5-6 años, le costaba mucho aprender las lecciones y antes de ir al colegio tenía verdaderas crisis de ansiedad, ha repetido curso, miedo de las personas que desconoce, de los lugares oscuros, hipocondríaco y meticuloso en extremo.

Caso 109. J. M. C.: V. 4 a. Consultan por retraso mental. Operado de vegetaciones, duerme excesivamente, sobreprotección familiar. C.I. 81. E.E.G. normal. Tiene miedos por la noche, tiene que dormir con la luz encendida, con su madre al lado, no quiere ir de una habitación a otra a oscuras, etc.

Caso 110. J. L. M. D.: V. 12 a. Lo traen por ser miedoso. Escolaridad a los 4 años, adaptación y rendimientos buenos. Tiene miedo a salir de casa y a dormir solo, dice que cree que le van a raptar. Sueños angustiosos.

Caso 111. L. R. S.: H. 10 a. Consultan porque tiene miedo de quedarse encerrada en

el ascensor. Desde que tenía un año no la podían dejar sola. A los 5 años se quedó encerrada en el cuarto de baño y desde entonces tiene miedo de que cierren las puertas, no quiere subir en el ascensor porque se pone temblando y excitada, algo retrasada en el colegio. Defecto visual.

Caso 112. E. J. V.: H. 5 a. Consulta porque tiene miedo a todo, sobre todo a estar sola, duerme con la madre. La escolaridad la inició el presente curso, iba contenta al principio, luego tiene miedo no puede estar sola. Triste, solitaria, introvertida, torpe en sus movimientos.

Caso 113. L. P. P.: V. 9 a. Consultan por fobias a los animales, oscuridad, soledad. No juega con niños, no tiene interés por nada. A los 4 años se cayó por una ventana, desde entonces le entraron las fobias; a la oscuridad, soledad, a los perros, vacas, etc. Juega solo o con niños menores, se relaciona mal, retraído, tímido y callado, celotipia de la hermana. Obesidad.

Caso 114. A. M. M.: H. 14 a. Consultan por su estado de ansiedad y pesadillas. Desde hace un mes, nerviosismo, pesadillas, temor a dormir sola. Ordenada y limpia. Quiere ser perfecta, fuerte identificación con la figura materna, cefaleas desde siempre. C.I. 110.

Caso 115. R. R. G.: H. 11 a. Consultan los padres por dolores de cabeza, y alteraciones del carácter. Desde hace unos meses comenzó con dolores de cabeza y la madre cree que el primer episodio coincidió con la menarquía de la hermana gemela; ella aún no la ha tenido. Miedo a la oscuridad y a la locura.

Caso 116. C. Ch. O.: V. 5 años y medio. Acude porque tiene mucho miedo, no puede estar solo ni de día. La escolaridad la comenzó hace un año, siempre llorando y negándose a ir. Duerme en la misma cama que los padres, se despierta al menor ruido. (Desde hace tres meses).

Caso 117. J. O. S.: V. 11 a. Vienen porque es muy nervioso, por cualquier cosa se afecta. Miedos a salir a la calle, cerrar la puerta del baño, dormir solo. Siempre muy nervioso.

Caso 118. E. L. M.: V. 13 a. Consultan por retraso escolar. Está en 7.º de E.G.B., no rinde bien en clase. A los 9 años tenía enuresis en la clase. C.I. 110 (Raven). Diagnóstico: fobia escolar y fracaso escolar. Terapia de grupo.

Caso 119. C. M. R.: H. 12 a. Consultan por tics y fobia escolar. La operaron de anginas a los 5 años. Tics a los 4 años, coincidiendo con la entrada en el colegio y con el nacimiento del hermano. Al nacer su hermana pequeña la ausencia de la madre hizo que le aumentaran los tics, escolaridad a los 3 años. Está en 7.º de E.G.B., el año pasado tuvo un rechazo total del colegio. Estuvo 3 meses en su casa. C.I. normal.

Caso 120. A. A. L.: H. 9 a. y medio. Vienen a consulta porque tiene muchos miedos, «cualquier cosa le da miedo». No quiere dormir sola. A los 4 años tuvo un accidente de automóvil, sin daños, susto muy fuerte, al poco su hermano le asustó con una careta y tuvo un ataque de histeria, desde entonces muy miedosa.

Caso 121. F. S. L.: V. 10 a. Niño que hasta los 3 años y medio fue muy inquieto. A los 2 años y medio operación de anginas. Es muy ordenado, con rasgos obsesivos. Un hermano de la madre débil mental.

Caso 122. J. M. A. L.: V. 7 a. Consultan por enuresis. Enuresis primaria nocturna y diurna. Ha tenido miedos y terrores nocturnos, rendimiento escolar bueno. Muy obsesivo y ordenado, metódico, limpio, miedo a los perros y a la oscuridad.

Caso 123. S. O. M.: H. 10 a. Acuden a consulta «porque es una niña con muchos problemas». Tiene algunas amigas, pero no es muy sociable. Desde pequeña temor «por lo que les podía suceder a sus padres y hermanos», no tolera que sus hermanos salgan solos a la calle, y si salen sus padres se altera mucho, si su padre se retrasa del trabajo pierde las ganas de cenar y «se le descompone el vientre», dormía mal hacia los 3 años (tomó tranquilizantes), siempre le han notado rarezas y manías.

Caso 124. J. R. M.: V. 15 a. Consulta por

«manías». Hace 3 años que notan que tiene obsesiones, tiene miedo a comer, por ejemplo, porque se ha roto un vaso y no sabe si saltarán los vidrios a la comida. No se come el último trozo del bocadillo porque lo ha tocado con las manos. Nada le llama la atención, tiende a tener amistades un poco menores que él, tendencia a aislarse.

Caso 125 J. G. P.: H. 9 a. Consultan porque «tiene miedo a todo». Hace unos meses empezaron a notarle cambios de humor, tristeza y al empezar el curso han visto que tiene miedo a todo. Por las noches se despierta asustada, llora por cualquier cosa, ella dice que se pone nerviosa por miedo a no quedar bien en los exámenes. Psicoterapia individual y de grupo.

Caso 126. J. U. G.: V. 11 a. A los 5 años muere el padre lo que le produjo un shock fuerte que desencadenó una crisis grande de ansiedad con insomnio, miedo nocturno (tenía que dormir con el abuelo) y adoptaba la postura de ponerse cabeza boca abajo. A los 7 años se negó a ir al colegio reaccionando con vómitos (rechazo escolar) y decía que se iba a morir pronto. A los 9 años comenzó otra vez con ansiedad que se manifestaba en forma de fobias a objetos que pudieran hacerle daño, dejando de ir al colegio. En la actualidad su ansiedad es muy grande con fobias de muerte muy intensa creyendo que todo lo que come le puede envenenar, gustándole hablar de los problemas metafísicos como la vida, la muerte, Dios, el más allá, etc. Debido a sus fobias e ideas obsesivas se ha ido retrayendo sobre sí mismo y prácticamente ya no tiene amigos, llamando constantemente a su madre, últimamente tiene miedo hasta de jugar solo.

Caso 127 S. M. M.: H. 13 a. Consultan los padres porque desde hace 1 año tiene cuadros de ansiedad ante los exámenes y evaluaciones en los estudios; siente opresión en el estómago, deseos de llorar y gritar (y a veces lo hace), rompe lapiceros, da puntapiés a las mesas, pierde el control y cuando se le pasa pide disculpas, y estudia y rinde bien. Últimamente tiene rituales al acostarse; tocar la Virgen, beber o no beber un vaso de leche. Padre ale-

gre, afectuoso y familiar. Madre alegre, activa y ordenada (rasgos un poco obsesivos). Una hermana «rara» y con miedos. Controló pronto los esfínteres. Anoréxica. Ordenada y limpia. No se pudo tratar por abandono de los padres.

Caso 128. L. R. S.: V. 18 a. A los 10 años la primera consulta, por sus graves trastornos obsesivos, cree que cuando piensa en una persona o letra va a tragársela, piensa que puede convertirse en otra persona o en su hermano a quien odia; con la letra T que es su preferida neutraliza todo lo malo a él o a las personas que quiere, así escribe mama-te, etc. Fobia a la palabra loco, bien sola, bien formando parte de otra (locomotora). Rituales abundantes, comía con un muñeco, después lo rechazó fóbicamente. Madre diagnosticada desde la infancia de neurosis obsesivo-compulsiva grave con ingresos hospitalarios por ello. El padre también presenta síntomas obsesivos. Abuela materna obsesiva. A los 15 años ingresó en el hospital con un cuadro agudo de conducta extravagante, pseudoalucinaciones, rituales obsesivos e ideas obsesivas de carácter religioso. A los 17 años, estando en casa presentó un cuadro delirante agudo con ideas catastróficas de matiz depresivo (temor a morir, sentimientos de culpa, miedo a condenarse) y actos rituales.

Caso 129. E. O. L.: V. 13 a. Consultan los padres por su problema de carácter y de convivencia con los hermanos. Terco, egoísta, autoritario, ansioso, envidioso, tics faciales, irritabilidad, parece de más edad, limpio, escrupuloso con las comidas, muy dubitativo en sus decisiones. En los primeros meses muy vomitador. Vivió 4 años en Alemania donde se encontraba muy a gusto por «carácter ordenado, no como aquí» y quiere ser militar para imponer disciplina. Realmente tiraniza a toda la familia y no tiene amigos porque quiere hacer igual. Actualmente el objeto de sus críticas son los escotes y las minifaldas. Personalidad anancástica.

Caso 130. M. G. V.: H. 4 a. Los padres están muy preocupados porque dice cosas muy raras, continuamente está preguntando

por venenos, muertes y otras cosas extravagantes en las que incluye a Dios. Comportamiento regresivo al nacimiento del hermano. En la entrevista hace alusión al veneno, inducida por un programa de T.V. Habla de sus fobias a animales, objetos, basada en su agresividad (me muerden, me matan). Parece de más edad. Vivió con los abuelos de los 5 meses a los dos años.

Caso 131. A. G. S.: H. 6 a. Cuando empezó la escolaridad comenzó con vómitos, diarreas y luego crisis de llanto y negativa a ir al colegio, durando estos problemas hasta el momento actual (3 años). Asiste al colegio a pesar de todo, pero los síntomas se agudizan todos los años a la incorporación después de las vacaciones y casi todos los lunes y si en el colegio le presionan o tiene nuevas tareas escolares. Sus rendimientos son buenos. Es una niña poco espontánea, dependiente y sobreprotegida. Un hermano de 9 a. A los 2 años sarampión con ligera reacción encefalítica que provocó dos crisis convulsivas, no dejó secuelas. E.E.G. normal. Psicoterapia individual y familiar.

Caso 132. F. H. T.: V. 15 a. Consultan los padres por la conducta extravagante del niño, llena de rituales de tipo obsesivo (tocar cosas, pasar por determinados sitios, recitar frases) de tipo conjuratorio. Va retrasado en sus estudios y presenta a veces reacciones agresivas en casa.

Caso 133. F. J. M. M.: V. 16 a. A los 14 años empezó a no querer salir de casa con los amigos y salía de noche solo, sus rendimientos escolares bajaron mucho, lo que provocó una reacción negativa en los padres, comenzando entonces a hacer cosas raras, sentarse separado de la mesa, escrúpulos con la comida, tocar las paredes y el suelo, etc., y a continuación se preocupaba mucho de su aspecto físico, se consideraba bajito, etcétera.

Caso 134. E. J. M.: V. 13 a. A los 5 años comenzó con tics faciales. En 4.º de E.G.B. tuvo una profesora que les decía que tenían que confesar porque se podían morir por la noche, y entonces no quería dormirse por miedo a morirse, luego le atormentaba la idea de

que podía convertirse en otro niño o en un animal y hacía rituales como de no pisar raya, terminar los pasos con un pie determinado, vio «Yo Claudio» en T.V. y tenía miedo de que le envenenaran la comida. Este año lo han cambiado de colegio y parece que ha mejorado algo, pero sigue con sus tics y parte de su sintomatología.

Caso 135. P. R. C.: H. 13 a. A partir de la muerte imprevista del padre hace un año, ha empezado con miedos: de irse sola a la cama, a la oscuridad, la presencia de alguna cosa inconcreta. Ha empezado a dejar de salir con las amigas y a relacionarse en el colegio así como a bajar en sus rendimientos escolares, aunque todavía son aceptables. Tristona y apática.

Caso 136. F. S. B.: V. 8 a. Desde los 6 años notan que tiene miedo a estar solo en la cama y se va a la cama del hermano, no quiere ir solo a ningún sitio de la casa, le dan miedo (aunque las ve) las películas de T.V. de terror y le producen pesadillas. Crisis epilépticas de los 14 meses a los 6 años, tratado con luminaletas, ya no le tratan y no se han repetido.

Caso 137. F. C. B.: V. 14 a. Desde los 7 años empezó con miedos, tenía que quedarse con él la madre por las noches, se tapaba la cabeza con las mantas. Actualmente se muere de los dedos y las uñas, se pasa el día tumbado, no sale de casa viendo T.V. u oyendo música o entretenido con juegos electrónicos que es lo único que le divierte. Últimamente ha empezado con rituales obsesivos, tiene que dormirse con un crucifijo, lo besa 50 veces, ni una más ni una menos. En conjunto le consideran infantil y poco maduro. Su perfil psicomotor no pasa de los 10 años.

Caso 138. J. C. N. O.: V. 13 a. Enuresis primaria nocturna, a los 7 años episodio de encopresis de 2-3 meses. Ha sido siempre muy miedoso, le aterroriza quedarse solo y la oscuridad, se despierta continuamente por miedo a los ruidos, duerme completamente tapado. Muy ordenado, le gusta todo limpio, escrupuloso con la comida e hipocondríaco. Im-

presiona de conducta «aprendida» de la madre.

Caso 139. R. G. D.: V. 10 a. A los 6 años, y desde que una noche se levantó para ir al W.C. y creyó ver una sombra de un hombre de pelo largo, sombrero ancho y brazo cortado, que desapareció cuando gritó, desde entonces tiene miedo por las noches, a la oscuridad, a ir solo a buscar algo, a dormir solo. Onicofagia intensa.

Caso 140. F. S. J.: V. 8 a. A los 5 años comenzó con miedos nocturnos, duerme todavía en el cuarto de los padres por ello. Muy ordenado y limpio. Hipocondríaco, siempre piensa en el mañana, ha tenido rituales de limpieza. Enuresis primaria nocturna.

Caso 141. Y. M. G.: H. 13 a. De siempre ha sido muy ordenada y metódica, acumuladora de cosas. Miedo a los perros. Hace unos meses comenzó con rituales de lavarse la cara y las manos, saltos si se los prohíben, muy agresiva, tiene crisis de furor (los padres temen los escándalos que arma).

Caso 142. J. F. G.: V. 9 a. Estando previamente bien, tuvo una caída y a partir de entonces empezó con miedos, se negaba a abrir los ojos diciendo que no veía. Los miedos son sobre todo nocturnos y se le acentúan en la primavera. Le afectan mucho las personas con enfermedades o defectos físicos de los que huye, últimamente peor al oír que a una persona le habían operado «a vida o muerte» por problemas respiratorios, y el presentó también sintomatología respiratoria. Padre tranquilo, afectivo. Madre nerviosa, miedos de pequeña. El 3.º de 3 hermanos, los otros bien.

Caso 143. R. C. M.: H. 12 a. Consultan por retraso escolar y las posibles consecuencias por la separación de los padres durante un año, cuando la niña tenía 3, pues la niña lloró mucho. En la actualidad tiene miedo a muchas cosas: oscuridad, que le pase algo malo, que se incendie la casa, que le pille un coche, tarde mucho en dormirse, síntomas que empezaron a los 9 años. Padre muy preocupado por el orden y la limpieza. Madre ale-

gre, fóbica con miedo a la muerte desde que nació su segundo hijo. El 1.º de dos hermanos, el 2.º bien.

Caso 144. A. A. T.: V. 7 a. Enuresis primaria. Tiene miedos por la noche, sobre todo a la oscuridad y tienen que dejar la luz encendida. Padre estable y tranquilo. Madre fóbica a la oscuridad y a los muertos. El 1.º de 2 hermanos, el 2.º bien. Desaparición de la fobia con T.C.

Caso 145. J. L. A.: V. 7 a. Consultan por una enuresis primaria y en la historia aparecen miedos nocturnos, se pone muy nervioso al irse a acostar y le tienen que poner juguetes, cromos o la radio para que se pueda dormir. Onicofagia. Ligera tartamudez. Padre serio y poco afectivo. Madre más abierta y sociable. 3.º de tres hermanos normales.

Caso 146. E. M. D.: H. 10 a. Hace 2 años se puso mala en el colegio y empezó a no querer ir por miedo a enfermar, no terminó el curso, se volvió muy llorona. Después tiene ya miedo de salir de casa y por las noches no quiere ir a la cama, algunas veces hasta que amanece. Padre rígido, inestable. Madre más tolerante y abierta. La 1.ª de dos hermanas, la 2.ª bien.

Caso 147. J. B. M.: V. 9 a. Es un niño medroso, tímido, le cuesta relacionarse, tiene miedos a la oscuridad, a quedarse solo por si le roban. En un principio parecía que lo que quería era llamar la atención. Padre estable. Madre irritable, perfeccionista. A.P. sin interés.

Caso 148. J. G. S.: V. 11 a. Desde los 9 años le notan que ha empezado a hacer cosas raras, como estar largos ratos moviendo una cuerda rítmicamente, que se introduce en la boca si intentan quitársela. Es muy escrupuloso con la limpieza y las comidas y es muy ordenado. No tiene fobias, tendencia a jugar solo y en el colegio va un poco atrasado. C.I. 92.

Caso 149. L. F. S.: V. 11 a. El motivo de la consulta es que va un poco retrasado en el colegio respecto a los demás niños. Ha sido un niño muy inquieto que dormía muy mal

hasta la edad de 6 años. Preocupa a los padres el que presente rasgos obsesivos, es demasiado ordenado, se preocupa por todo y muy machacón cuando coge algún tema.

Caso 150. F. H. E.: V. 14 a. Consultan los padres por sus síntomas obsesivos, como

temor a las enfermedades, excesiva limpieza, ideas de pecado, que se acompañan frecuentemente de rituales compulsivos que producen un comportamiento extravagante que dificulta sus relaciones sociales. Retraso escolar, C.I. 86.

Tratamiento cognitivo-conductual de fobias simples

M. Cervera Laviña

J. Toro Trallero

*Departamento de Psiquiatría y Psicobiología
Clínica. Universidad de Barcelona*

Dentro del repertorio de trastornos por ansiedad en infancia y adolescencia haremos especial referencia a la ansiedad en fobias simples. Y en concreto a la fobia a la soledad nocturna, es decir, al temor durante estas épocas (infancia y adolescencia) a permanecer solo por la noche en la cama o lejos del núcleo familiar, que ilustraremos a través de dos casos.

En el tratamiento hemos aplicado una combinación de técnicas cognitivas y conductuales. La decisión de emplear ambas técnicas y no una sola de ellas se basa en que la ansiedad que experimentan estos niños y adolescentes tiene unas manifestaciones cognitivas, y otras conductuales, además de las somáticas sobre las que «de rebote» se pretende incidir.

Los principales trastornos observables en los miedos y fobias infantiles podemos sistematizarlos de la siguiente manera en lo que concierne a la fobia a la soledad nocturna:

A. Trastornos somáticos

- Taquicardia
- Temblores
- Sudoración
- Hiperpnea
- otros...

B. Distorsiones cognitivas

Anticipaciones ansiógenas concretas:

- Inseguridad personal: temor a sentir dolor, sufrir un ataque, ser herido, morir...
- Inseguridad familiar: temor a que esto mismo le suceda al padre, madre...
- Seres imaginarios tales como: brujas, fantasmas, demonios...
- Hechos naturales tales como: viento, tormenta, temblor de tierra...

Anticipaciones ansiógenas inespecíficas: el niño tiene miedo pero le es imposible concretarlo, y al recorrer toda una larga lista... sigue sin concretarlo.

- Autoevaluación negativa de las habilidades de afrontamiento.

C. Cambios conductuales

(En este apartado los trastornos pueden ser muy diversos; sólo haremos referencia a los más frecuentes).

- Llanto.
- Exigencia de compañía al acostarse.
- Id. a media noche.
- Solicitud de que otros permanezcan levantados hasta conciliar el sueño.
- Negarse a dormir fuera de casa.

TRATAMIENTOS

Ante una fobia a la soledad nocturna, podemos emplear diferentes técnicas; no es preciso describirlas por ser suficientemente conocidas, únicamente nombraremos las más usuales:

- Relajación.
- Exposición imaginada.
- Exposición «in vivo».
- Desensibilización sistemática imaginada.
- Desensibilización sistemática «in vivo».
- Imágenes emotivas.
- Imitación de modelos.
- Intervención familiar.

Marks en su libro sobre tratamiento de las neurosis enumera una lista de 56 tratamientos diferentes en los que de un modo u otro interviene la *exposición* (intención paradójica, reforzamiento encubierto, tratamiento contrafóbico, ansiedad inducida, etc...). Los tratamientos de exposición pueden variar en intensidad de los estímulos, en tiempo de exposición... es decir, se trata de un «continuum».

Todos los terapeutas están de acuerdo en que sea cual sea la técnica elegida, es conveniente que el sujeto tome parte activa en el tratamiento y que se enfrente con los estímulos fóbicos. En general parece que la exposición prolongada es más eficaz que la exposición breve. Pero en cuanto a intensidad del estímulo hay que procurar que el grado de ansiedad del sujeto no sobrepase ciertos límites de tolerancia.

En la mayoría de estas técnicas queda implícito el componente cognitivo, pero en algunos casos se abordará de una manera preferente a través de cualquiera de los distintos procedimientos como son las técnicas de autocontrol (Rehm), las autoinstrucciones (Meichenbaum), o la inoculación de stress (Meichenbaum).

Durante los últimos 50 años se ha despertado un notable interés por el estudio de los temores infantiles, pero en cambio se ha pres-

tado escasa atención a la mediación cognitiva tanto para explicar su etiología como para estructurar el procedimiento terapéutico.

Criterios para la elección del procedimiento

Para la elección de la técnica principal y, si procede, de las complementarias, tenemos en cuenta estos factores:

1. *Intensidad y frecuencia* con que se presentan los síntomas. Si una clase de síntomas perturba más que otra la vida cotidiana del niño, serán aquellos los que habrá de tratar en primer lugar.

2. *Características individuales del sujeto*. En este grupo hay que tener presente factores tales como:

a) *Edad* del niño. (Por ejemplo: si es de escasa edad deberá incidirse más en la intervención familiar).

b) Factores de personalidad tales como la dimensión *extraversión-introversión*. (Posiblemente en el extravertido puedan ser más útiles estrategias conductuales, mientras que en el introvertido puedan serlo las técnicas cognitivas.)

c) *Estilo atributivo* del sujeto, es decir, su tendencia a exteriorizar o interiorizar la causa del problema, a generalizar o especificar, o a considerarlo estable o inestable.

d) Posible existencia de *trastornos afectivos emocionales*: depresión, ansiedad generalizada...

e) *Contexto familiar*. Tenerlo en cuenta es imprescindible dado que una parte del tratamiento deberá realizarse en el ambiente doméstico y con la colaboración familiar. Por consiguiente, es preciso conocer las circunstancias ambientales y la respuesta familiar ante la reacción fóbica del niño a fin de poder modificarlas en caso de ser perturbadoras o ineficaces. El error más habitual suele ser el exceso de atención social recibido por el paciente y por tanto una ganancia secundaria como consecuencia de su fobia. Señalemos además que la mayoría de estudios realizados ha-

cen patente la correlación entre fobias infantiles y antecedentes fóbicos familiares, así como ansiedad general.

f) Y, por último, *estilo de afrontamiento de los problemas*. Habitual en el niño en cuestión. A partir de dos grandes estilos de afrontamiento (activo y pasivo), hemos sistematizado del siguiente modo las conductas a través de las cuales suelen manifestarse:

Estilo pasivo: el niño se limita a sentir miedo, pero no actúa.

Estilo activo:

- Negación del problema
- Conductas de evitación:
 - prolongar el tiempo de ver T.V... pedir ir al W.C... pedir agua...
 - negarse a dormir fuera de casa...
- Autocontrol cognitivo:
 - Pensamientos placenteros.
 - Relajación
 - Decirse a sí mismo que no hay motivo para sentir miedo.
- Solicitud ayuda:
 - Pedir compañía.
 - Ir a dormir a la cama de los padres, hermanos...
- Conducta supersticiosa:
 - Aferrarse a muñecos de trapo.
 - Abrazar almohada.
 - Taparse con la sábana.
- Verificaciones compulsivas:
 - Mirar debajo de la cama.
 - Comprobar que todo está en su sitio.
 - Asegurarse de que las puertas están cerradas.

Así pues, consideramos que no existe una técnica «mejor» o «única» para la fobia nocturna, sino que en cada caso particular se deben tener en cuenta todos estos criterios para decidir el mejor procedimiento a emplear. A veces, a lo largo del tratamiento será preciso cambiar la técnica empleada.

* * *

A continuación resumiremos muy brevemente dos casos de fobia simple a la soledad nocturna tratados con procedimientos cognitivo-conductuales.

Son dos casos muy parecidos en cuanto al motivo de sus fobias y características generales. Se trata de dos niñas de 11 años y 9 meses, y de 11 años y 6 meses respectivamente, que experimentan un intenso temor a quedarse solas en la cama por la noche, que han presentado episodios claros de ansiedad, solicitan la compañía de los padres al acostarse y también a media noche si se despiertan. Para una de ellas ha sido totalmente imposible pasar una noche fuera del núcleo familiar.

Son muchas las semejanzas entre ambas niñas, tanto en edad como nivel socio-cultural familiar, estilo de escuela a la que asisten, rendimiento académico, sociabilidad, etc.

Ambas niñas fueron sometidas a una amplia exploración psicológica. Sólo obtuvieron resultados significativos en el cuestionario EPQ-J, en el que una de ellas obtuvo una puntuación alta en extraversión, mientras la otra lo hacía en introversión y neuroticismo.

El abordaje terapéutico consistió en:

- Análisis del problema con las pacientes.
- Suministro de información acerca de la génesis y características de las fobias.
- Suministro de información acerca de la desensibilización sistemática.
- Elaboración de una jerarquía de estímulos fóbicos (10 ítems).
- Práctica de la desensibilización imaginada.
- Práctica de la desensibilización «in vivo».
- Organización de la intervención familiar en casa.

La evolución diferente de ambas niñas obligó a realizar algunas adaptaciones menores (por ejemplo, momento del día para practicar la relajación), y otras más importantes. Entre éstas la sustitución de la desensibilización imaginada (en una de las niñas) por la relajación con presentación de imágenes placenteras, manteniendo en cambio la desensibilización «in vivo», con atenuación del soporte

(presencia del padre). En esta niña se añadió medicación inductora del sueño por presentar insomnio muy acusado. Y a la vez, se aplicó desensibilización «in vivo» con atenuación del soporte y provocación de cogniciones incompatibles a su temor a ir sola por la calle.

En ambas niñas los primeros ítems de la jerarquía se desensibilizaron muy rápidamente. El progreso ante los ítems más ansiógenos fue más lento y laborioso.

Los objetivos quedaron cumplidos tras diez meses de tratamiento desarrollado con una sesión semanal durante los tres primeros meses y quincenal en los siguientes.

Opinamos que las diferencias de evolución de ambas niñas que obligaron a introducir modificaciones en el primer diseño, están relacionadas con las características de personalidad, principalmente con la dimensión de extraversión-introversión. Por otro lado, señalamos que la niña más introvertida, la que obligó a mayores cambios, contaba con antecedentes familiares fóbicos.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders* (third edition). Washington: American Psychiatric Association.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BURNS, D. D. y BECK, A. T. (1978). «Cognitive behavior modification of mood disorders». En FOREYT, J. P. y RATHJEN, D. P. (Eds.): *Cognitive behavior therapy: research and application*. New York: Plenum Press.
- KENDALL, P. C. y HOLLON, S. D. (1981). «Assessing self-referent speech: methods in the measurement of self-statements». En KENDALL, P. C. y HOLLON, S. D. (Eds.): *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- KENNEDY, W. A. (1983). «Obsessive-compulsive and phobic reactions». En OLLENDICK, T. H. y HERSEM, M. (Eds.). *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- LAZARUS, A. A. y ABRAMOVITZ, A. (1973). «The use of emotional imagery in the treatment of childhood phobias». En ASHEN, B. A. y POSER, E. G. (Eds.) *Adaptive learning: behavior modification with children*. New York: Pergamon.
- MAHONEY, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass: Ballinger.
- MARKS, I. (1981). *Cure and care of neurosis*. New York: Wiley.
- MORRIS, R. J. y KRATOCHWILL, T. R. (1984). *Treating children: fears and phobias*. New York: Pergamon Press.
- O'BRIEN, G. T. y BARLOW, D. H. (1984). «Agoraphobia». En TURNER, S. M. (Ed.): *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- SCHWARZ, S. y JOHNSON, J. H. (1981). *Psychopathology of childhood: a clinical experimental approach*. New York: Pergamon Press.
- STURGIS, E. T. y SCOTT, R. (1984). «Simple phobia». En TURNER, S. M. (Ed.): *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- TROWER, P. y TURLAND, D. (1984). «Social phobia». En TURNER, S. M. (Ed.): *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- YATES, A. J. (1970). *Behavior therapy*. New York: Wiley.

Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad por separación

Ana M.^a Martínez González

*Departamento de Psiquiatría y Psicobiología
Clínica. Universidad de Barcelona*

DEFINICIÓN DE ANSIEDAD-FOBIAS-MIEDOS EN LA INFANCIA

Con frecuencia en la literatura sobre el tema los términos de miedos, fobias, ansiedad y conductas de evitación se utilizan de forma indistinta; sin embargo, un intento de delimitación nos muestra conceptos totalmente distintos en función de las posiciones teóricas de las que se parta.

Nuestro propósito es únicamente reconsiderar la distinción entre los términos ansiedad y miedos. La *ansiedad*, tradicionalmente se ha diferenciado de los miedos por la *especificidad del estímulo* que la evoca (Jersild, 1954), así como por el hecho de ser una *respuesta más difusa* (Barrios, cols., 1981).

No todos los autores concuerdan en considerar ansiedad y miedos como términos distintos, para Nietzel, Bernstein (1981), así como Borkoveck y Weerts (1977) la ansiedad es un constructo definido a través de cuatro características básicas (Tabla 1) fundamentadas en los Principios del Aprendizaje Social; a partir de los cuales, el concepto cobra una nueva dimensión.

Tabla 1

Ansiedad: características básicas
1. La ansiedad no puede entenderse como un rasgo o característica interna del individuo.
2. Puede adquirirse a través de diferentes mecanismos de aprendizaje.
3. Se manifiesta a través de distintos «canales de respuesta» —conductual, cognitivo y fisiológico—.
4. Existe una baja correlación entre dichos canales o componentes de respuesta.

(Nietzel, Bernstein, 1981)

CONCEPTO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (A. S.)

La A.S. es uno de los tres trastornos infantiles propuestos por el D.S.M. III que cursan con *ansiedad* como rasgo clínico básico (Tabla 2).

Para la mayoría de los autores la característica fundamental del trastorno es la angustia del niño ante la separación —posible o real— de las personas a las que está más estrechamente vinculado, generalmente la madre.

Aunque la A.S. representa una modalidad fóbica, existe una situación específica, no se incluye entre los trastornos fóbicos en la clasificación D.S.M. III, por tener rasgos únicos y estar ligado de forma característica a la infancia.

La denominación de A.S. fue acuñada por el grupo de Johnson al observar la ansiedad mutua entre madre e hijo en grupos de niños con fobia escolar, hecho que interpretaron como fundamental en la patogenia del cuadro de fobia escolar.

En la actualidad tiende a concebirse la A.S. como un cuadro de características definidas claramente diferenciado del Rechazo Escolar. Para autores como Ollendick la A.S. podría entenderse como uno de los mecanismos explicativos del rechazo escolar. Hallazgos de estudios experimentales en los que se manifiesta una alta incidencia de rechazo escolar en hijos de agorafóbicos dirigen los pasos de la búsqueda de relaciones entre agorafobia, ansiedad por separación y rechazo escolar.

LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA: PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PARA CUADROS DE ANSIEDAD, MIEDOS Y FOBIAS

Teniendo en cuenta los puntos de contacto entre el cuadro de A.S. y los cuadros fóbicos —fobia escolar— y el hecho de que la A.S. puede entenderse como una modalidad peculiar de fobia, es lógico pensar que la aproximación terapéutica será similar si no igual a la de otros cuadros de ansiedad, miedos y fobias en la infancia.

La técnica probablemente más utilizada y debatida ha sido la Desensibilización Sistemática (D.S.)

Si bien revisiones como las de Graziano y cols. (1979) dejan en entredicho su utilidad en la infancia, otras más recientes como las realizadas por Morris, Kratochwill (1983) y Wells, Vitulano (1984) la apoyan incondicionalmente. Trabajos de Borkovec, Weerts, Bernstein

Tabla 2

Trastornos por ansiedad de la infancia y adolescencia: clasificación D.S.M. III

- A. Trastorno de ansiedad por separación.
- B. Trastorno por evitación en la infancia o adolescencia.
- C. Trastorno por ansiedad excesiva («overanxious disorders»).

Tabla 3

Desensibilización sistemática: aspectos prácticos

- Evaluación cuidadosa previa elección terapéutica.
- Uso simultáneo de técnicas cognitivo-conductuales.
- Construcción minuciosa de la jerarquía de items ansiógenos.
- Exposición directa o «in vivo».
- Cooperación y entusiasmo del niño.
- Participación de personas significativas.

Tabla 4

Desensibilización sistemática: Objetivos actuales de la investigación

- Estudios controlados. Diseño experimental de caso único.
- Estudios comparativos entre diversas técnicas.
- Estudios de seguimiento a largo plazo.
- Estudios de los elementos terapéuticos «activos».
- Estudios sobre características del sujeto.

(1977) en chicos polifóbicos señalan como eficaz la D.S. en relación a aspectos conductuales y cognitivos, no así el uso aislado de la relajación.

En las tablas 3 y 4 se resumen los aspectos prácticos de la aplicación clínica y objetivos actuales de la investigación de la Desensibilización Sistemática (D.S.)

ESTUDIO DE UN CASO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

En la literatura sobre miedos y fobias infantiles menudean los artículos en los que se ha practicado la D.S. con resultados induda-

blemente alentadores, sin embargo, en nuestra revisión, que abarca los últimos 10 años, no hemos encontrado cuadros de A.S. abordados a través de este procedimiento, de ahí nuestro interés en presentarlo.

El paciente en cuestión se trataba de un varón de 12 años de edad que presentaba desde hacía unos 3 años un cuadro de angustia y preocupación constante en torno a enfermedades, separaciones de su madre y verdaderas crisis de ansiedad ante situaciones reales de separación, lo que entorpecía su actividad cotidiana, escuela, amigos... este cuadro iba acompañado de unas conductas y rumiaciones de características obsesivo-compulsivas.

Tras un intento farmacológico que hubo de abandonarse a tenor de los efectos adversos que tuvo sobre el paciente, se decidió un abordaje conductual a través de la D.S.

El tratamiento se caracterizó por:

— Uso de la técnica mixta de desensibilización —imaginada e «in vivo».

— Participación de los padres a lo largo del tratamiento.

— Ubicación del tratamiento en ambiente natural.

El tratamiento se prolongó a lo largo de un año, los resultados obtenidos fueron notables en todas las áreas prolongándose la mejoría

y los sucesivos avances hasta la actualidad, lo que supone un período de 2 años de seguimiento.

Bibliografía

- BARRIOS, D., HARTMAN, D. P. y SHIGETOMI, C. (1981). «*Fears and anxieties in children*» in Behavioral Assessment of childhood disorders. N. Y. Guilford Press.
- BORKOVECK, T. D., WEERTS, T. C., BERSTEIN, D. «*Assessment of anxiety*» in Handbook of Behavioral Assessment N. Y. Wiley, 1977.
- BORSTEIN, P. H., KAZDIN, A. E. «*Handbook of Clinical Behavior Therapy with Children*» Dorsey Press, 1985.
- GRAZIANO, A. M., DEGIOVANNI, I. S., GARCÍA, K. A. «*Behavioral treatments of children's fears: a review*» Psychological Bulletin, 1979, 86: 804-830.
- JERSILD, A. T. «*Emotional development*» in Manual of Child Psychology, N. Y. Wiley, 1954.
- MORRIS, R. T., KRATOCHWILL, T. R. «*Treating Children's fears and phobias. A Behavioral Approach*» Pergamon Press, 1984.
- NIETZEL, A. T., BERSTEIN, D. A. «*Assessment of anxiety and fear*» in Behavioral Assessment: a practical handbook. N. Y. Pergamon, 1981.
- WELLS, J., VITULANO, R. «*Treatment of anxieties disorders*» in Behavioral Theories and treatment of anxieties. Ed. S. Turner, Plenum Press, 1984.

Fobia escolar

María Jesús Mardomingo

*Jefe de la Sección de Psiquiatría Pediátrica
del Hospital Provincial de Madrid
Profesora de la Universidad Complutense
de Madrid*

Resumen

Se revisan la clínica, etiología, prevalencia, etiopatogenia y tratamiento de la Fobia Escolar. La ansiedad a la separación aparece como el mecanismo clave en los niños pequeños, cobrando progresiva importancia los factores depresivos en los niños mayores. Se describen los criterios para el diagnóstico diferencial entre la fobia escolar y el absentismo por novillos.

Palabras clave, fobia escolar, rechazo escolar, absentismo por novillos.

Abstract

The clinical picture of school phobia, aetiology, prevalence, psychological mechanisms and treatment are revised. School refusal has historically been understood as primerey a consequence of separation anxiety, depression appears as a common factor in older school refusers thought. Criteria for a clear differential diagnosis between truancy and school phobia are described.

Key words, school phobia, school refusal, truancy.

Se entiende por fobia escolar la incapacidad total o parcial del niño de acudir al colegio como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar. El temor a acudir al colegio puede producirse en verdaderas crisis de pánico cuando se aproxima el momento de ir, o en las horas previas, con amplia sintomatología fisiológica acompañante, consistente fundamentalmente en náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, dolores abdominales, cefaleas y otros síntomas.

A veces el niño no expresa abiertamente el

miedo al colegio, pero la presencia de los síntomas citados durante los días escolares y su ausencia en vacaciones delata el problema.

El niño puede referir el miedo a un profesor, asignatura, compañero o examen, y a veces a nada en concreto.

La ausencia al colegio en los casos de fobia escolar tiene un significado claramente distinto al de aquellos casos en que el niño hace simplemente novillos. Las características de conducta y los factores sociofamiliares y geográficos son bien diferentes en ambos casos.

PREVALENCIA

Es difícil de establecer y varía de unos estudios a otros, desde un 1 % (Chagan, 1962) hasta un 8 % (Khan and Nursten, 1962), de todos los niños referidos a los servicios de Psiquiatría Infantil. Nosotros hemos encontrado una prevalencia de un 0,5 % en la población que acude a nuestro centro. Esta cifra tan baja seguramente se debe a las características socioeconómicas de la muestra, procedente de clase social muy desfavorecida con predominio por tanto de los casos de absentismo escolar por novillos (Tabla 1).

No suele haber predominio de ninguno de los dos sexos.

La mayoría de los trabajos señalan una mayor prevalencia entre los 5 y 7 años, a los 11 años y a partir de los 14 años.

Nuestra muestra de un total de 12 casos, 6 varones y 6 hembras, se distribuía por edades de la siguiente manera (Tabla 2). Puede observarse un predominio en el comienzo de la segunda etapa y en el comienzo del Bachillerato. Asimismo existe un predominio de las niñas durante los primeros años de colegio (de los 5 a los 10 años) y un predominio de los varones a partir de los 11 años, resultando que no coincide con otros trabajos y que debe ser objeto de posteriores investigaciones.

CLÍNICA

La fobia escolar puede iniciarse por protestas en relación con el colegio poco intensas, que se siguen de dificultades para no asistir algunos días, evolucionando hacia un rechazo total a acudir a clase. La negativa a asistir al colegio puede acompañarse de síntomas de ansiedad e incluso de verdaderas crisis de pánico cuando se aproxima la hora de ir. Muchos niños insisten en que descan ir al colegio e incluso hacen los preparativos pertinentes, pero llegado el momento son incapaces de ir,

Tabla 1

Frecuencia de la fobia escolar				
Chazan 1962	Kahn 1962	Smith 1970	Rutter 1970	Experiencia propia 1986
1,0*	8,0	3,8	3,0	0,5

* % del total de la población infantil referida a los servicios de Psiquiatría.

Tabla 2

Fobia escolar, distribución por edades. N = 12														
EDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
EN AÑOS														
NÚM.														
DE	2H		2H				1H	2V	2V				2V	
CASOS													1H	

V = Varones

H = Hembras

o se vuelven a mitad de camino o incluso una vez que ya están en la escuela.

El comienzo suele tener carácter brusco durante la primera enseñanza y manifestarse de un modo insidioso en los niños más mayores y en los adolescentes. En ocasiones puede señalarse un factor precipitante tal como un pequeño traumatismo o proceso intercurrente sin importancia. Otras veces se trata de una enfermedad de la madre o de otro familiar, un cambio de colegio o de etapa escolar, etc. Estas circunstancias parecen desencadenar en el niño un estado de intensa ansiedad que es incapaz de controlar.

En los niños adolescentes suele darse un cambio lento pero progresivo de conducta que se traduce en dificultades de socialización fundamentalmente, con tendencia al aislamiento, negativa a salir con amigos, actitudes críticas marcadas hacia el medio ambiente exterior y tendencia a las discusiones con los padres que contrastan con actitudes previas de docilidad. Son también frecuentes los síntomas depresivos.

En cuanto a la evolución de la fobia escolar, estudios longitudinales refieren que un

50 % de estos niños tienen problemas de socialización de adultos. Se han señalado también la presencia de trastornos emocionales (Berg et al., 1976).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FOBIA ESCOLAR Y «HACER NOVILLOS»

Broadwin describe en 1932 una variante de la ausencia al colegio (clásicamente «hacer novillos») que será denominada posteriormente «fobia escolar» por unos autores (Johnson et al., 1941) y «rechazo al colegio» por otros (Warren, 1948).

En realidad se trataría de dos entidades diferentes con características bien definidas. En nuestra experiencia personal el diagnóstico diferencial se basaría en los siguientes datos: (Tabla 3).

En la fobia escolar son frecuentes los antecedentes familiares de Neurosis, la asistencia

al colegio es percibida como un valor, la familia es de clase social media o alta y predomina la sobreprotección como pauta educativa y la pasividad y dependencia del niño. En el niño predomina la ansiedad y no se observan conductas antisociales.

La familia del niño que hace novillos suele pertenecer a una clase social desfavorecida que vive en los barrios periféricos de las grandes ciudades. El control rígido de la conducta del hijo y el uso del castigo físico son frecuentes como método educativo. La madre suele estar ausente del medio familiar durante los primeros años de la vida del niño y el padre en los posteriores. La asistencia a la escuela no es percibida como un valor importante y la presencia de conductas antisociales o claramente delictivas es relativamente frecuente. El rechazo y la ausencia del colegio aparece en estos niños como un trastorno de conducta que implica otros modos de inadaptación social. Por el contrario, la fobia escolar propiamente dicha suele ser expresión de un trastorno neurótico en el cual los síntomas predominantes son la ansiedad y los sentimientos depresivos.

Tabla 3

Diagnóstico diferencial entre fobia escolar y «hacer novillos»

	<i>Fobia escolar</i>	<i>Novillos</i>
1. Características del medio familiar:		
— Antec. famil. de neurosis	+	—
— Antec. famil. de conducta antisocial	—	+
— Familia numerosa	—	+
— Vivienda en barrio periférico	—	+
— Clase social media y alta	+	—
— Ausencia de la madre en los primeros años de vida	—	+
2. Características educativas:		
— La asistencia al colegio es un valor	+	—
— Pautas educativas inconsistentes	+	+
— Pasividad, dependencia y sobreprotección del niño	+	—
— Control rígido y uso del castigo físico	—	+
3. Características del niño:		
— Buen rendimiento escolar	+	—
— Conductas antisociales	—	+
— Predominio trastorno emocional con ansiedad	+	—
— Conducta adecuada en el colegio	+	—
— La asistencia al colegio percibida como un valor	+	—

PSICOPATOLOGÍA

No existe un acuerdo común acerca de los mecanismos etiopatogénicos presentes en la fobia escolar, aunque la mayoría de los autores coinciden en considerarla como expresión de un trastorno emocional. El término fobia escolar es utilizado preferentemente por aquellos que destacan la psicopatología individual en la génesis del trastorno tal como la escuela psicoanalítica, abogando por el tratamiento individual (Broadwin, 1932; Partridge, 1939).

Las teorías del Aprendizaje destacan asimismo la patología individual. El aprendizaje de respuestas inadecuadas a través de condicionamiento, condicionamiento operante o ambos, lleva a evitar determinadas conductas como medio de reducir la ansiedad, lo cual se traduce en la aparición de la fobia escolar (Ross, 1972).

Otros autores como Rutter proponen el término de Rechazo Escolar como más adecuado, ya que no hace referencia a un enfoque determinado y permite la consideración no sólo de los factores intrapersonales, sino también de los interpersonales con especial referencia a los mecanismos de interacción entre el niño, la familia y la escuela.

La fobia escolar debe entenderse ante todo como un problema de relación padre-madre-niño. Johnson en su trabajo de 1957 señala en la base de la fobia escolar una relación de dependencia madre-hijo, mal resuelta. Hersov describe tres modelos de interacción familiar fundamentales:

1. Madre superindulgente - Padre permisivo - Hijo obstinado y dominante.
2. Madre severa dominante - Padre pasivo - Hijo tímido y medroso que se revela en la adolescencia.
3. Madre superindulgente - Padre firme - Hijo obstinado y exigente.

Para Ajuriaguerra la ansiedad a la separación juega un papel muy importante en la fobia escolar. No obstante, en ciertos casos el comportamiento fóbico respondería a mecanismos más complejos bien de tipo reaccional depresivo, bien de tipo neurótico más or-

ganizado o más infrecuentemente prepsicótico.

La ansiedad a la separación es considerada como mecanismo clave de la fobia escolar por la mayoría de los autores, señalando que no se trata tanto de miedo o rechazo al colegio como de ansiedad y temor a la separación de la madre (Gittelman-Klein and Klein, 1980). Yates (1970), a partir de este concepto ha desarrollado un modelo interaccional basado en principios de la teoría del aprendizaje. En algunos niños la ansiedad se asocia a situaciones de separación, asociación generada y reforzada por la madre. Cuando el niño va al colegio, puede desarrollar miedo al mismo, en mayor o menor intensidad, dependiendo de sus propias experiencias acerca de la escuela y de la mayor o menor ansiedad desarrollada por la madre ante esta circunstancia.

La relación del niño con la madre se caracteriza por sentimientos ambivalentes de dependencia y hostilidad compatibles con un marcado temor a la separación (Eisenberg, 1958) (Esquema 1). El miedo del niño a abandonar la casa representa el miedo del niño a separarse de la madre. El niño teme que durante su ausencia algo trágico puede sucederle a su madre. Su permanencia en casa asegura su protección.

El tema de si la fobia escolar es una verdadera fobia o no, es todavía motivo de discusión. Algunos autores tales como Rutter prefieren hablar de Rechazo del Colegio, sosteniendo que el cuadro es una forma más de ansiedad a la separación. Otros autores opinan que es correcto usar el término de fobia ya que implica el desplazamiento de la ansiedad que se origina en el temor del niño a separarse de la madre hacia otro objeto externo tal como la escuela o alguna circunstancia en relación con ella.

Bowlby (1973) sugiere cuatro tipos de interacción familiar predominantes en la Fobia Escolar:

1. La madre, y menos frecuentemente el padre, padece un trastorno crónico de tipo ansioso y retiene al niño en casa como un modo de paliarlo.

Psicopatología de la fobia escolar

(Eisenberg 1958)



Esquema 1

DEPRESIÓN Y RECHAZO ESCOLAR

La presencia de síntomas depresivos en niños con fobia escolar ha sido descrita por numerosos autores (Warren, 1948; Harrington y Hassan, 1958; Clyne, 1966; Kohn et al., 1981). Hersov (1960) refiere reacciones depresivas en 10 casos de 50 niños con fobia escolar. A su vez el 10 % de las madres y el 8 % de los padres habían recibido tratamiento psiquiátrico por depresión. Davidson (1960) encuentra sintomatología depresiva en 23 de un total de 30 casos de fobia escolar, de los cuales el 50 % de las madres habían padecido una depresión. Asimismo esta autora refiere una mayor incidencia de muertes o amenazas de muerte por enfermedad severa en los familiares o amigos de la familia de los niños, precediendo el comienzo de la fobia escolar. Frommer (1967) entiende la fobia escolar como un síntoma de depresión en la infancia y opina que una vez tratada la depresión, la fobia desaparece por sí sola.

Por su parte, Gittelman-Klein y Klein (1971-1973) utilizando como definición de depresión la incapacidad para experimentar placer y el sentimiento de incompetencia, no encuentran síntomas depresivos en su muestra de 34 niños con fobia escolar.

El 69 % de los adolescentes afectos de fobia escolar estudiados por Bernstein y Garfinkel (1986) cumplen los criterios diagnósticos de depresión de la DSM-III; el 62 % cumplen los criterios de un trastorno de la ansiedad y el 50 % cumplen los criterios de ambos trastornos.

En nuestra experiencia personal la ansiedad a la separación predomina hasta los 13 años de edad, y a partir de esa edad hay un incremento en la incidencia de trastornos depresivos. En nuestra muestra tuvimos tres pacientes, una hembra de 15 años y dos varones de 12 y 15 años respectivamente con marcado componente depresivo, predominando la ansiedad en todos los demás. Esta proporción es similar a la obtenida por Hersov.

2. El niño teme que algo malo suceda al padre o a la madre mientras él está en el colegio, permanece por tanto en casa para evitarlo.

3. El niño teme que algo malo pueda sucederle a él mismo mientras está fuera de casa. Permanece por tanto en casa para evitarlo.

4. La madre, y más raramente el padre, temen que algo malo pueda suceder al niño mientras está en el colegio y por tanto lo retienen en casa.

El primer tipo es el más frecuente y también puede presentarse en combinación con alguno de los otros.

El temor del niño a que pueda suceder algo malo a la madre suele estar en relación con enfermedades o amenazas reales, en opinión de Bowlby, y no tanto en relación con el temor del niño a que sus sentimientos hostiles hacia la madre se hagan realidad.

TRATAMIENTO

La fobia escolar o el rechazo del colegio, es un trastorno emocional, presente en problemas psiquiátricos diversos, que puede aparecer en distintas edades en el intervalo comprendido desde el inicio de la escolaridad hasta su fin. Tanto el comienzo del cuadro como los mecanismos por los que se llega al comportamiento fóbico son variados. Por tanto no puede hablarse de una etiología, mecanismos psicopatológicos y pronóstico comunes a todos los casos, y por lo mismo no puede patrocinar un tratamiento único. El objetivo terapéutico común es la reincorporación del niño al colegio, pero la estrategia terapéutica debe ser planeada cuidadosamente en cada caso individual.

En algunos casos el niño es remitido a la consulta de psiquiatría infantil por el médico general o por el pediatra, al cual ha acudido la familia por síntomas somáticos variados, tales como cefaleas, dolores abdominales, vómitos, náuseas, etc. La actitud del médico contribuirá, o no, a ratificar a los padres en la creencia de que su hijo tiene una enfermedad física que le impide asistir al colegio. Esta actitud primera del médico repercutirá en el tratamiento posterior y en la evolución.

Otras veces el niño es remitido directamente desde el colegio. En cualquier caso, los problemas de fondo pueden haber permanecido ocultos en ambas circunstancias. Es importante reseñar con detalle los síntomas, así como los posibles factores precipitantes, las características del medio escolar, relaciones del niño con los profesores, compañeros, dificultad de determinadas asignaturas, temores específicos o indefinidos, etc. Asimismo la edad del niño, grado de independencia, capacidad para establecer contactos sociales, cambios de nivel escolar que exigen nuevos procesos de adaptación, etc.

Los factores genéticos y hereditarios, así como las características temperamentales del niño y la estructura de la personalidad son también importantes. El nivel de aspiración

del niño, la imagen personal y aquellas circunstancias que son percibidas como una amenaza para la autoestima, deben ser evaluadas. La habilidad del niño para manipular a los miembros de la familia es un factor importantísimo.

Los factores familiares son también esenciales, especialmente los métodos educativos y concretamente los modos de reacción de la familia ante situaciones generadoras de ansiedad, agresividad, desvalimiento y muerte. Amenazas de abandono de la casa por parte de la madre o de suicidio, como medios de control de la conducta del hijo, son especialmente importantes, produciendo en el niño marcado temor a abandonar la casa, lo cual provocaría que dichas amenazas se convirtieran en hechos.

Es necesario investigar la relación entre los padres y el papel que juega el resto de los hermanos en el mantenimiento del equilibrio familiar. La actitud familiar ante la escolarización es también importante pudiendo darse factores de resistencia a que el niño acuda al colegio que permanecen ocultos y son transmitidos al niño.

La presencia de patología psiquiátrica en uno de los padres puede estar implicando al hijo en la sintomatología. Por ejemplo: depresión o temores fóbicos de la madre.

El estudio físico del niño es importante para tranquilizar a los padres. En ocasiones un defecto físico concreto, por ejemplo la talla corta de uno de nuestros pacientes, puede jugar un papel decisivo.

El diagnóstico debe ser formulado de modo comprensivo, con el diseño de hipótesis explicativas, que la posterior evolución y la respuesta al tratamiento descartarán o confirmarán.

En primer lugar debe distinguirse si se trata de un trastorno de conducta que forma parte de un cuadro más amplio de conductas antisociales o de un verdadero rechazo de la escuela. En este caso es preciso discriminar si se trata de un problema de adaptación transitorio que suele darse al comienzo de la escolaridad o bien de una auténtica fobia al cole-

gio con marcada ansiedad a la separación.

En la pubertad y en la adolescencia es muy importante investigar la presencia de un trastorno depresivo o de una esquizofrenia. En algunos casos existen trastornos psiquiátricos en uno de los padres, preferentemente una depresión de la madre.

Gran número de autores se inclinan por una reincorporación del niño al colegio lo más rápida posible, lo cual implica establecer contacto con el colegio y discutir ampliamente el plan con los padres. Esta incorporación debe ser siempre gradual. Se discute qué persona debe acompañar al niño al colegio, lo mejor es que sea uno o ambos padres, previamente entrenados para afrontar las reacciones de ansiedad y pánico del niño. Es importante que los padres comprendan que la firmeza y decisión representan un apoyo y ayuda al niño y no un rechazo de sus problemas.

Miller et al., 1974, resume el tratamiento en cuatro fases:

- a) Establecer una relación de confianza con el niño y la familia.
- b) Aclarar qué situaciones en la familia y en la escuela desencadenan ansiedad.
- c) Desensibilización del niño respecto de las situaciones que le producen temor empleando el método que se considere oportuno.
- d) Confrontación y diálogo sobre dichas situaciones.

Si el niño no mejora o se incrementan los sentimientos depresivos, o los padres no son capaces de manejar la situación, puede estar indicado el tratamiento en régimen de hospital de día o incluso el ingreso hospitalario. Durante este tiempo puede producirse una mejoría de los síntomas del niño y un cambio en las actitudes de la familia que permitan la reincorporación al colegio al ser dado de alta.

Una vez reincorporado el niño al colegio, van a ser momentos de riesgo: los fines de semana, la ausencia por enfermedad, el cambio de curso, etapa escolar o colegio, la enfermedad de un miembro de la familia.

El tratamiento de la fobia escolar fue preferentemente de tipo psicoanalítico hasta la aparición de las terapias de conducta.

Los métodos de desensibilización sistemática han dado excelentes resultados. Independientemente del enfoque terapéutico que se elija, un alto porcentaje de fobias escolares se curan. El pronóstico está íntimamente ligado a la severidad del trastorno, al tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la intervención terapéutica y a la edad del niño, siendo tanto peor cuanto mayor es éste. En general los niños mayores suelen presentar problemas más severos. Rodríguez (1959) obtiene resultados positivos en el 89 % de los niños menores de 11 años y en el 36 % de los mayores de esta edad.

En nuestra experiencia personal, 10 de los pacientes se reincorporaron al colegio en un período breve de tiempo con buena evolución posterior. Un varón de 15 años no volvió a la escuela permaneciendo con serias dificultades de adaptación familiar y otros problemas de conducta. Otro varón de 12 años no volvió a la consulta siendo ingresado por los padres en un centro hospitalario con el convencimiento de que el niño tenía una enfermedad, concretamente un tumor cerebral.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ha sido utilizada preferentemente la medicación antidepresiva con resultados a veces discrepantes y existiendo pocos trabajos rigurosos y controlados.

Gittelman-Klein y Klein (1971, 1980), realizaron un estudio doble ciego con Imipramina y placebo en 45 niños con fobia escolar de edades comprendidas entre los 7 y 16 años... La dosis de Imipramina eran desde 25 mgr/día hasta 220 mgr/día durante seis semanas. Después de este tiempo el 70 % de los pacientes tratados con Imipramina se habían incorporado al colegio y el 44 % de los pacientes que habían recibido placebo. Berney (1981), por su parte, no obtiene mejores resultados mediante la administración de clorimipramina a dosis de 40 mg/día en los niños pequeños y 75 mg/día en los mayores usando placebo.

Esta disparidad de criterios tal vez sea atribuible a que las dosis del segundo trabajo fueran insuficientes.

Nosotros hemos utilizado Imipramina en dosis de 1 a 5 mg/día en niños mayores de 10 años que presentaban sintomatología depresiva con buenos resultados. Es probable que la fobia escolar en estos niños fuera un síntoma más del cuadro depresivo.

El tratamiento farmacológico debe acompañarse siempre de otras formas de intervención terapéutica.

Bibliografía

- BERG, I., BUTLER, A. y HALL, G. (1976): *The outcome of adolescent school phobia*. Brit. J. Psychiat. 128: 80-85.
- BERNEY, T., KOLVIN, I., BHATE, S., GARSIDE, F., JEANS, B., KAY, B. y SCARTH, L. (1981): *School Phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome*. Brit. J. Psychiat. 138: 110-118.
- BERNSTEIN, G. A. y GARFINKEL, B. D. (1986): *School Phobia: the overlap of affective and anxiety disorders*. J. Am. Academy Child Psychiat. 25, 2: 235-241.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. 2: Separation, Anxiety and Anger. Hogart Press, London.
- CHAZAN, M. (1962): *School Phobia*. Brit. J. Educ. Psychol. 32: 209-217.
- CLYNE, M. B. (1966) Absent: *School Refusal as an example of disturbed family relationship*. Tavistock Publications, London.
- DAVIDSON, S. (1960): *School phobia as a manifestation of family disturbance*. Its structure and treatment. J. Child. Psychol. Psychiat. 1, 270-287.
- EISENBERG, L. (1958): *School phobia - a study in the communication of anxiety*. Am. J. Orthopsychiat. 114: 712-718.
- FROMMER, E. (1967): *Diagnosis and treatment in Clinical Child. Psychiat.* Heinemann, London.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y KLEIN, D. F. (1971): *Controlled imipramine treatment of school phobia*. Arch. Gen. Psychiat. 25: 204-207.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y KLEIN, D. F. (1980): *Separation anxiety in school refusal and its treatment with drugs*. En Hersov, L. y Berg, I. (eds.) *Out of School - Modern perspectives in school refusal and truancy*, pp. 321-341. Wiley, Chichester.
- HERSOV, L. A. (1940): *Refusal to go to school*. J. Child. Psychol. Psychiat. 1: 137-145.
- JOHNSON, A. M. (1957): *School Phobia: discussion*. Am. J. Orthopsychiat. 27: 307-309.
- JOHNSON, A. M., FALSTEIN, E. I., SZUREK, S. A. y SVENDSEN, M. (1941): *School Phobia*. Amer. J. Orthopsychiat. 11: 702-711.
- KAHN, J. H. y NURSTEN, J. P. (1962): *School refusal: a comprehensive view of school phobia and others failures of school attendance*. Amer. J. Orthopsychiat. 32: 707-718.
- KAHN, J. H., NURSTEN, J. P. y CARROLL, H. C. (1981): *Unwillingly to school* (3.^a ed.) Pergamon, Oxford.
- MILLER, L. C., BARRET, C. L. y HAMPE, A. A. (1974): *Phobias of Childhood in a prescientific era*. En Davids, A. (ed.) *Child Personality and Psychopathology: Current Topics*, vol. 1. Wiley-Interscience, New York.
- PARTRIDGE, J. M. (1939): *Truancy*. J. Ment. Sci. 85: 45-81.
- RODRÍGUEZ, A., RODRÍGUEZ, M. y EISENBERG (1959): *The outcome of school phobia: a follow-up study based on 41 cases*. Amer. J. Psychiat. 116: 540-544.
- WARREN, W. (1948): *Acute neurotic breakdown in children with refusal to go to school*. Arch. Dis. Child. 23: 266-272.
- YATES (1970): *Behavior Therapy*. Wiley, New York.

